



# NACIONAL SEGUROS

*Compañero de vida*

## SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA CONDICIONES GENERALES Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



CONDICIONES GENERALES (BASES DEL CONTRATO)



GUIA INFORMATIVA PARA USO DE SERVICIO ODONTOLOGICO (SANTA CRUZ)



SERVICIOS DE EMERGENCIAS (SANTA CRUZ)



SERVICIOS DE EMERGENCIAS (LA PAZ)



SERVICIOS DE EMERGENCIAS (COCHABAMBA)



GUIA DE PROCEDIMIENTO PARA ATENCION DE SISTEMA CERRADO



GUIA DE PROCEDIMIENTO PARA ATENCION DE SISTEMA ABIERTO



#### CAPITULO I.- BASES DEL CONTRATO

**Artículo 1º PARTES INTERVINIENTES:** En virtud de la presente póliza, NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A., en adelante “la Compañía”, y las personas cuyos nombres se indican en las condiciones particulares, en adelante “asegurado”, convienen en suscribir un contrato de seguro de asistencia médica para la cual la compañía financiará al asegurado, en los términos y condiciones que se establecen en los artículos siguientes, el costo que signifiquen las consultas y los tratamientos médicos, de rehabilitación o quirúrgicos, producto de un accidente o enfermedad amparados en este contrato.

**Artículo 2º DOMICILIO LEGAL:** Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, se fija como domicilio en la República de Bolivia las oficinas de la compañía de la Ciudad donde se haya suscrito la póliza original entre el asegurado y la compañía, sin perjuicio de lo establecido por el artículo 1.039 del Código de Comercio.

**Artículo 3º MONEDA:** El contrato se pacta en dólares de los Estados Unidos de América, en particular para establecer el monto de la prima, y su forma de pago, así como el límite de las prestaciones, pudiendo las partes pagar sus obligaciones en Bolivianos o moneda de curso legal y poder liberatorio, al tipo de cambio oficial del día de pago.

**Artículo 4º IMPUESTOS:** Todos los impuestos, contribuciones, y demás tributos, que gravan esta póliza se encuentran dentro del marco de la Ley Boliviana; asimismo todos los impuestos, timbres, contribuciones, etc., creados y por crearse, serán por cuenta del Asegurado.

**Artículo 5º PAGO DE PRIMAS:** La prima anual especificada en esta Póliza, será pagadera en cuotas mensuales por el TOMADOR O ASEGURADO por adelantado y en los plazos especificados en las Notas de Cobranzas correspondientes, estando los mismos obligados a pagar la prima conforme a lo convenido. El pago de primas debe efectuarse necesariamente en el domicilio legal de la compañía. El servicio de cobranza ofrecido por la compañía, o pagos con chequeras en entidades financieras, o los intermediarios autorizados por ésta no libera al asegurado de su obligación, ni evita la no renovación de la póliza por incumplimiento de pago. Para tener derecho a los beneficios, el asegurado deberá tener vigente la póliza en las fechas de ocurrencia del siniestro. En caso de seguros contratados por una empresa en calidad de tomador en beneficio de sus empleados o terceras personas, dicho tomador se convierte en Responsable Solidario del pago de las primas u otras obligaciones emergentes del contrato, aun cuando tales empleados hayan sido separados de la empresa.

**Artículo 6º VIGENCIA:** La presente póliza tendrá una duración de un año desde la fecha de vigencia inicial, y podrá ser renovada por periodos iguales y sucesivos en las mismas condiciones de contratación salvo que alguna de las partes manifieste su intención de ponerle término o cambiar las condiciones con por lo menos 15 (quince) días de anticipo al término de vigencia. La compañía podrá poner término o rescindir unilateralmente el contrato, salvo mientras el asegurado se encuentre hospitalizado. Las condiciones de contratación de la presente Póliza, referente a la renovación automática, se enmarcan en el Límite de Indemnización Anual del Valor Asegurado. Los plazos y montos para el pago de primas, se regirán estrictamente por las disposiciones vigentes emanadas por la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero de la República de Bolivia.

El incumplimiento en el pago de la prima más los intereses dentro de los plazos fijados, suspende la vigencia del contrato. ( Art. 1018 del Código de Comercio) Si el asegurado no realiza el pago respectivo en las fechas señaladas, la vigencia quedará automáticamente cancelada, sin la necesidad de aviso mediante carta expresa.

**Artículo 7º LAS COMUNICACIONES:** Las comunicaciones a la Compañía, cualquiera sea su naturaleza o finalidad, solo se considerarán válidas cuando sean hechas por escrito, con la firma del Asegurado o de quien actúe legalmente por él, y entregadas en el domicilio legal de la Compañía. No se entenderá por tal la casilla postal. Para estos efectos, la fecha de la comunicación será aquella que aparezca estampada en el documento como recibida por la Compañía. Ningún agente, corredor, o intermediario podrá actuar a nombre del Asegurado salvo poder especial y expreso extendido a su favor.

**Artículo 8º DISCORDANCIAS EN LA POLIZA:** Art. 1013 C.C. Si el tomador o asegurado encuentran que la póliza no concuerda con lo convenido o con lo propuesto, pueden pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días siguientes a la recepción de la póliza. Se consideran aceptadas las estipulaciones de ésta si durante dicho plazo no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes al de la reclamación el asegurador no da curso a la rectificación solicitada o mantiene silencio, se entiende aceptada en los términos de la modificación.



**Artículo 9º JURISDICCION Y COMPETENCIA:** El presente contrato y cualquier término no contemplado en el mismo se sujetan a las leyes Bolivianas y a la jurisdicción de sus autoridades administrativas y judiciales.

**Artículo 10º CONCILIACION Y ARBITRAJE:** Ante cualquier controversia o disputa que surja entre EL TOMADOR y EL ASEGURADOR, como consecuencia del presente contrato, esta será resuelta definitivamente de acuerdo a lo establecido por la ley No. 1770 del 10 de Marzo de 1997, Ley de Arbitraje y Conciliación de Bolivia, siendo el laudo arbitral final, inapelable y obligatorio para las partes y su ejecución podrá ser demandada ante cualquier tribunal que tenga jurisdicción y competencia, salvo en ejecución del laudo, de conformidad con el artículo 12 de la Ley No. 1770.

El arbitraje deberá ser realizado en el lugar donde se contrate la póliza, en idioma español. Los costos y honorarios del procedimiento arbitral serán soportados en la forma que determine el laudo arbitral.

**Artículo 11º PLANES DE SEGURO:** De acuerdo a las necesidades del asegurado, éste contrata uno de los siguientes planes de seguro, los cuales les ofrecerán sólo los beneficios estipulados para cada uno, y que al suscribir esta póliza, El Tomador y los Asegurados declaran conocer:

- **Plan Nacional:** Los asegurados de esta póliza podrán financiar los gastos incurridos por prestaciones de salud, ocurridas en cualquier punto del territorio Boliviano, no alcanzando el amparo del seguro a ningún otro punto geográfico del exterior, hasta el monto máximo detallado en el arancel medico valorado (AMV) correspondiente. Los sub planes del plan Nacional varían en la suma asegurada anual principalmente, pero en todos los casos mantienen el arancel medico valorado en su integridad, que está definido en el presente contrato; caso contrario se especificarán en las condiciones particulares las adecuaciones específicas distintas del plan.
- **Plan Local:** El presente plan cubrirá las atenciones médicas incurridas por el Asegurado en la ciudad de su residencia habitual a través de la red de proveedores adscritos a la Compañía mediante sistema cerrado, hasta el límite máximo del valor asegurado pactado y de acuerdo a las prestaciones establecidas en el Arancel Medico valorado (AMV). Los sub planes del Plan Local varían en la suma asegurada anual principalmente, pero en todos los casos mantienen el arancel medico valorado en su integridad; caso contrario se especificarán en las condiciones particulares las adecuaciones específicas distintas del plan.

**Artículo 12º CAMBIO DE PLAN:** El asegurado debe solicitar a través del Tomador o Pagador el cambio de Plan de Seguros. La comunicación debe ser por medio escrito y entregado en el domicilio legal de la Compañía. La compañía podrá solicitar que se cumpla con los requisitos de suscripción (Art. 23.8). Los Gastos de Administración o Recargos por cambio de planes, los tiempos de carencia y las exclusiones

**Artículo 13º SISTEMA DE FRANQUICIA O DEDUCIBLE:** El asegurado podrá elegir cualquiera de los Planes mencionados en esta póliza y fijar con la Compañía una franquicia o deducible; en este caso la compañía reconocerá los gastos de asistencia médica que superen el monto de franquicia o deducible fijado, que estos pueden ser por evento o de forma anualizada, en las condiciones de contratación de cada plan y en el marco del presente contrato.

**Artículo 14º ANULACION POR FALTA DE PAGO:** El no pago de la prima en la fecha convenida más los intereses pactados dentro de los plazos fijados, suspende la vigencia del contrato. Suspendida la vigencia de la póliza, El Asegurador tiene derecho con fuerza ejecutiva a la prima correspondiente al periodo corrido, calculado a prorrata mensual (Art. 1018 C.C.); El no pago de las primas será causal para que la Compañía no renueve la vigencia mensual de la Póliza y se proceda a anular la póliza, en tal caso se reembolsarán los gastos médicos que se hayan efectuado desde el momento en que fue suspendida la vigencia de la póliza. Menores de sesenta y cinco (65) años.

**Artículo 15º TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:** Los beneficios que se dan bajo este contrato terminaran cuando se incurra en alguna de las siguientes causales:

15.1 Cuando termine la vigencia de la póliza.

15.2 Si cualquiera de las partes de manera unilateral manifieste su intención de rescindir la póliza.



- 15.3 Si el Asegurado Titular deja de pagar las primas convenidas. (Artículo 14º).
- 15.4 La fecha en la cual el Asegurado Titular se convierte en un residente de otro país.
- 15.5 Si el Asegurado o cualquier persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de La Compañía, Estipulados en la presente Póliza.
- 15.6 Cuando el asegurado solicite o reciba beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados otorgados a Personas no cubiertas en la póliza o cuando haya existido omisión, falsedad, reticencia o inexactitud en la información proporcionada por el tomador en la solicitud y sus declaraciones (Artículos 992, 993, 994, 999 1.038 del Código de Comercio).
- 15.7 Al cumplirse el límite de edad estipulado para los Asegurados, tanto para el Titular como para su Cónyuge; las Limitaciones de edad, sólo serán aplicables en el momento de la inscripción, indicándose en las Condiciones Particulares la limitación de edad para su permanencia en esta Póliza.
- 15.8 Para los Dependientes del Titular, cuando éstos contraigan matrimonio, y/o cuando cumplan la edad límite Establecida para los hijos dependientes. Sin embargo, podrán ser incluidos como Titular; según artículo 23.7

Dejando de esta manera sin efecto los reembolsos de gastos médicos que se hayan efectuado una vez terminada la vigencia de la póliza:

Si la decisión de poner término a la póliza fuera por cualquiera de las partes se deberá dar aviso por escrito a la otra parte, comunicando su decisión de no continuar con el seguro mediante carta simple con una anticipación no menor a los (15) quince días calendario y enviada a la dirección del destinatario.

#### Artículo 16º OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

Es obligación del Asegurado declarar por escrito a la compañía todos los hechos y circunstancias respecto a su estado de salud, que permitan apreciar correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato. La compañía se reserva el derecho de exigir la comprobación de lo declarado.

Así mismo está obligado a pagar las primas y/o cuotas en las fechas pactadas y cumplir con todos los requisitos exigidos por la ley boliviana para este tipo de contratos

El asegurado debe cumplir con los requisitos de Inscripción y Vigencia solicitados en este contrato.

Es requisito indispensable para requerir cualquier reembolso, de gastos realizados en asistencia médica, a la compañía la presentación de los Requisitos de Reembolsos definidos en el Art. 23.14 del presente contrato.

En caso de cambio de domicilio, el asegurado se obliga a dar aviso a la compañía dentro del mes de ocurrido dicho cambio.

#### Artículo 17º SUSCRIPCIÓN DE ASEGURADOS

Los Titulares podrán suscribirse bajo esta Póliza, siempre que no hayan cumplido la edad límite fijada para la suscripción, y su inclusión se hará efectiva de acuerdo a lo manifestado en el artículo referido a Altas y Bajas y la Compañía haya aceptado posterior a la evaluación como candidato asegurable, siempre y cuando no se haya enviado ninguna carta de no aceptación o solicitado información adicional, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud de Seguro en las oficinas de La Compañía.

Los Dependientes, podrán ser suscritos bajo esta Póliza, siempre que no hayan cumplido la edad límite asegurable, en cualquiera de las fechas siguientes:

17.1 En la fecha en que el Titular se inscribe

17.2 En un periodo posterior a los 30 días calendario en que el Titular los adquiere como Dependientes, y máximo dentro de un periodo de 45 días para el caso de Suscripción del Recién Nacido; específicamente se define como sigue: El bebé



podrá ser incluido como un nuevo integrante de la póliza, cumpliendo con los requisitos de suscripción que exige la Compañía y después de los 30 días de haber nacido.

17.3 El Titular podrá solicitar la inclusión de sus Dependientes en fechas distintas a las especificadas anteriormente, pero en estos casos se aplicarán los períodos de carencia establecidos en la póliza para todas las coberturas a excepción de accidentes.

17.4 En los casos en que el titular haya retirado un Dependiente, podrá solicitar su inclusión nuevamente, pero estará sujeto al período de carencia estipulado en el inciso anterior.

**Artículo 18º ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS:** Para la inclusión o exclusión de Asegurados se realizara el cálculo de la prima a prorrata mensual definiéndose como altas y bajas o siguiente:

18.1 **Altas:** Al incluir un nuevo asegurado se deberá solicitar por escrito a la Compañía, cumpliendo con los requisitos de suscripción según se indica en el Condicionado General de la Póliza. El cobro de la prima e inclusión del asegurado se realizará a partir del mes en que fue solicitada su inclusión, considerando como día del corte mensual el mismo día en que se originó la suscripción inicial.

18.2 **Bajas:** Para excluir un asegurado se deberá solicitar por escrito a la Compañía, como mínimo con cuatro días de anticipación al corte mensual de la fecha inicial establecida al momento de suscripción, en su defecto la prima se cobrará por un periodo completo de 30 días hasta la fecha de término mensual en la que se solicitó la exclusión; aclarando que si la póliza hubiese sido cancelada al contado por la anualidad completa, se procederá a la devolución de prima por la vigencia no transcurrida deduciendo los costos e impuestos incurridos, de lo contrario no existe devolución de prima alguna.

**Artículo 19º DECLARACIÓN FALSA, DOLO O MALA FE:** En caso de que el asegurado incurra en alguna de estas faltas se aplicarán por analogía los siguientes Artículos del código de comercio vigente:

**Artículo 992 (Obligación de declarar).** El asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente los hechos y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca; en su caso mediante cuestionario proporcionado por el asegurador.

**Artículo 993 (Retención o inexactitud).** La retención o inexactitud en las declaraciones del asegurado sobre los hechos y circunstancias que, conocidos por el asegurador, le hubieran inducido a no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el contrato de seguro, con la salvedad prevista en los artículos 1138 y 1140, sobre el seguro de vida.

**Artículo 994 (Ausencia de Dolo)** La retención o la inexactitud en las declaraciones del Asegurado, sin dolo de su parte, dan derecho al Asegurador a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta días de conocidos tales hechos por él, debiendo restituir, en este caso, las primas del período no corrido. Pasado este plazo, no puede impugnar el contrato por las causas señaladas. Si se subsanan los errores u omisiones, puede optar por reajustar las primas de acuerdo al verdadero estado del riesgo.

**Artículo 999 (Dolo ó mala fe)** Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

**Artículo 1004 (Dolo ó mala fe)** El dolo o mala fe del asegurado en la agravación del riesgo hacen nulo el contrato de seguro en los términos de artículo 999 del Código de Comercio.

**Artículo 1038 (Pérdida del derecho a la indemnización)** El asegurado o el beneficiario pierde el derecho a la Indemnización o prestaciones del seguro, cuando:

- Provoquen dolosamente el siniestro, su extensión o propagación;
- Oculten o alteren, maliciosamente, en la verificación del siniestro, los hechos u circunstancias mencionados en los artículos 1028 y 1031, y
- Recurran a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

En cualquiera de los casos el asegurado pierde además el derecho a la devolución de las primas, sin perjuicio de las sanciones legales.

**Artículo 20º REHABILITACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** El no pago de las primas en la época convenida, será causal para que la Compañía no renueve la vigencia de la póliza (Art. 14), y la póliza del asegurado será anulada de manera indefinida hasta que él mismo regularice su situación con la Compañía. Las condiciones de contratación de la presente Póliza, referente a la Rehabilitación,



se enmarcan en el Límite de Indemnización Anual del Valor Asegurado, Tarifa sexo edad, Tabla de Tarifas Sexo Edad, Renovación Límite de Indemnización Anual del Valor Asegurado y nuevos términos de contratación de la Póliza; el asegurado pierde su tiempo de antigüedad y con ello los beneficios de tiempos de carencias y derechos adquiridos por haber pertenecido a la lista de asegurados de la compañía. Para la Rehabilitación de la Póliza el asegurado deberá cumplir con los requisitos de inscripción e ingresará como un nuevo asegurado.

**Artículo 21º DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL:** La Compañía no se responsabiliza de los resultados de ningún tratamiento o atención ambulatoria u hospitalaria que reciba el Asegurado por parte de los profesionales o instituciones que los hubieran brindado, limitando su responsabilidad al reembolso de los gastos cubiertos por esta Póliza; sea que el Asegurado haya recibido beneficios a través de los Proveedores Médicos No Adscritos o con profesionales médicos que prestaron los servicios a través de Proveedores Médicos Adscritos, ambos definidos en los Art. 23.15 y 23.16 del presente condicionado.

**Artículo 22º AVISO DE SINIESTRO:** El Asegurado acepta y se somete a las leyes y normas vigentes en la República de Bolivia sobre la materia, y a los procedimientos establecidos por la Compañía, obligándose a dar aviso inmediato y a más tardar dentro de los 15 días calendario siguientes a la ocurrencia de la lesión o enfermedad utilizando los formularios proporcionados en cada caso por la Compañía, y, en ausencia de estos, utilizando cualquier medio escrito que deje constancia fehaciente de la fecha, tipo de lesión o enfermedad, nombre y firma del Asegurado o de quién actúe a nombre del Asegurado.

## CAPITULO II.- DEFINICIONES GENERALES

### Artículo 23º DEFINICIONES:

**23.1 Compañía:** NACIONAL Seguros Vida y Salud S.A., es quien asume el riesgo objeto del presente contrato y garantiza la indemnización hasta el límite de las coberturas establecidas en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Tabla de Beneficios, Cláusulas Especiales y Anexos.

**23.2 Seguro de Asistencia Médica:** Es aquel que cubre el riesgo de enfermedad o accidente del Asegurado y de sus dependientes incorporados en la Póliza, asumiendo los gastos por servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, ambulatorios o por hospitalización hasta el límite de la suma Asegurada; de acuerdo a las coberturas y sublímites establecidas en las condiciones particulares de la póliza.

**23.3 Tomador o Pagador:** Es la persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía, representa al grupo asegurado y es el único habilitado para solicitar enmiendas o modificaciones a esta póliza. El Tomador o pagador puede no ser asegurado, en el caso que no sea titular asegurado no recibirá ningún beneficio directo de este contrato; el beneficio lo recibirá el grupo o personas a las que representa.

**23.4 Asegurado:** Es la persona natural, menor de 65 años al momento de suscripción original de esta póliza que cumplió con los requisitos de asegurabilidad, que la compañía exige, además de haber sido admitida e inscrita en los registros de la compañía; Al alcanzar esta edad, la suma asegurada anual se reducirá automáticamente al 50%, aplicándose un doble coaseguro para las atenciones ambulatorias y sujetándose a las condiciones del Art. 29 inciso TT del presente condicionado, y alguna otra que la compañía especifique en anexo especial. Aclarando que no existe limitación alguna de edad para su permanencia en esta Póliza.

**23.5 Grupo Asegurado:** Es el conjunto de personas aseguradas unidas por un vínculo o interés común que cumple las condiciones del presente contrato; se puede definir como grupo familiar o colectivo. El Grupo Asegurado suscribe el contrato a través del Tomador o Pagador.

**23.6 Titular Asegurado:** Es la persona natural mayor a 18 años que suscribe la póliza de asistencia médica de la compañía a través del Tomador o Pagador, cumpliendo con los requisitos de suscripción de la compañía; tiene todos los derechos y

Obligaciones de la póliza contratada, además designa al (los) Asegurado(s) Beneficiario(s); solamente el Tomador o Pagador puede modificar las condiciones de contratación.

**23.7 Dependiente Asegurado:** Es designado por el Titular Asegurado en el Formulario de Solicitud de Inscripción del seguro y descrito en las condiciones particulares de la póliza. El Dependiente Asegurado cuenta con los beneficios descritos en la póliza contratada, El límite de edad es de 21 años, para todo asegurado dependiente; Todo asegurado o candidato mayor a la edad límite



como Dependiente Asegurado debe solicitar a través del Tomador su desafiliación; y posteriormente solicitar a la Compañía su afiliación como Titular Asegurado, dando continuidad a la antigüedad adquirida como dependiente; siempre y cuando no exista discontinuidad entre una y otra. Se excluye embarazos para toda asegurada menor de 21 años y que sea hija dependiente Asegurada.

**23.8 Requisitos de Suscripción:** Son los requerimientos que la compañía solicita al asegurado para poder evaluar su afiliación al Seguro de Asistencia Médica. Los documentos, debidamente llenados, que deben presentarse a la compañía son: Formulario de Solicitud de Inscripción, Declaración Personal de Salud, fotocopia de Carné de Identidad, o Certificado de Nacimiento, o cualquier otro documento que la compañía requiera como soporte técnico, administrativo y operativo con el objetivo de brindar un buen servicio al cliente y evaluar el estado del riesgo asegurable.

**23.9 Formulario de Solicitud de Seguro (F.S.S.):** Este documento debe ser llenado por el Tomador o Pagador y/o el Titular Asegurado. El F.S.S. contiene los datos generales o información general del Tomador o Pagador, del Titular Asegurado, del (los) Dependiente(s) Asegurado(s); además, de los antecedentes del Plan Elegido, la modalidad de los beneficios y la modalidad de pago. La compañía aceptará o rechazará la solicitud de seguro del candidato a ser asegurado.

**23.10 Declaración Personal de Salud (D.P.S.):** Este documento contiene la declaración de salud del candidato a ser asegurado, la misma indica de manera veraz y concreta el estado de salud del mismo. La D.P.S. debe contener la información real y necesaria para realizar una evaluación del riesgo a ser asegurado, caso contrario se considera como una falsa declaración de salud; esta declaración debe llenar el Titular Asegurado y cada uno de los Dependientes Asegurados; la misma tiene carácter de declaración jurada, en caso de asegurados dependientes menores de 18 años podrá ser llenada y firmada por el titular asegurado y/o apoderado.

**23.11 Antecedente Médicos o Clínicos.-** Son los documentos, informes y exámenes en general que la compañía requiere para realizar una correcta evaluación del riesgo a ser asegurado o que se pueden solicitar en cualquier momento de la vigencia del seguro como respaldo del tratamiento clínico, quirúrgico o medicamentoso aplicado al asegurado. El Candidato o Asegurado autoriza a la Compañía solicitar informe médico o antecedentes clínicos directamente a los médicos o especialistas que han tratado o asistido en las dolencias que hay padecido; en el caso de que los médicos no brindaran dicha información el Candidato o Asegurado es responsable de presentar los antecedentes Médicos o Clínicos solicitados por la Compañía.

**23.12 Examen y Cuestionario Médico (E.C.M.).-** Este formulario contiene la información general del estado de salud del asegurado y los aspectos físicos, anatómicos y clínicos en general que se generan como información básica posterior a la consulta con un médico especialista designado por la compañía. El médico designado debe llenar el E.C.M. en presencia del candidato o asegurado. Este documento se debe llenar cuando en la Declaración Personal de Salud (D.P.S.) se refleja una dolencia o enfermedad que deba ser analizada con mayor detalle por la Compañía.

**23.13 Requisitos de Cobertura de Seguro.-** Son los requerimientos que la compañía solicita al asegurado para poder brindarle los beneficios del Seguro de Asistencia Médica y que se describen en la póliza de seguro de asistencia médica de la compañía.

**23.14 Requisitos de Reembolso de Siniestros:** Constituye requisito indispensable para solicitar cualquier reembolso de gastos médicos a la Compañía, hasta máximo 15 días calendario de ocurrido el siniestro la presentación de:

Las facturas emitidas a nombre del Asegurado o de la Compañía NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A. (NIT 1028483024) acompañadas por la declaración o informe del profesional que otorgó la prestación. En caso de que las facturas estén a nombre del Asegurado, el reembolso se hará deduciendo el IVA. Las facturas comprobatorias de los gastos deben **presentarse dentro del mes que ocurrió el siniestro** o realizó la prestación, caso contrario se le descontará el valor del crédito fiscal de las mismas.

**Declaración del Profesional que brindó la prestación. (Informemédico)-** En esta declaración o informe se debe especificar el nombre del paciente, el diagnóstico, las eventuales complicaciones o evolución, pronóstico, recetas de medicamentos y fecha en que se otorgó la(s) prestación(es). La Compañía se reserva el derecho de solicitar al Asegurado mayor información médica en caso que se requiera o complementar con el historial o antecedentes clínicos.



Las notas fiscales o facturas y la declaración o informe del profesional de salud comprobatorias de los gastos y servicios realizados deben presentarse dentro de los 15 días calendario de otorgadas las prestaciones, después de transcurrido este plazo sin la presentación de los antecedentes, antes mencionados en esta definición, la Compañía no tendrá ninguna obligación de reembolsar.

**23.15 Proveedores Médicos Adscritos:** Prestadores de servicios médicos que han suscrito un convenio con la Compañía para brindar atención a los clientes afiliados al Seguro de Asistencia Médica. La Compañía se reserva el derecho de admisión o desafiliación de los proveedores médicos que se adhieran a la Red.

**23.16 Proveedores Médicos no Adscritos:** Prestadores de servicios médicos que no tienen suscrito un convenio con la Compañía para brindar atención a los clientes afiliados al Seguro de Asistencia Médica. El asegurado procederá según el sistema de reembolsos, para su indemnización.

**23.17 Red de Proveedores Adscritos:** Es la lista de proveedores médicos que suscribieron un contrato con la Compañía dentro de un área geográfica específica, los proveedores afiliados a la red acuerdan para atender de manera especial a los asegurados del Seguro de Salud de la Compañía. Los integrantes de la red son llamados también proveedores adscritos. Las opciones de red pueden variar, dependiendo de su plan y de la zona geográfica donde el Asegurado resida. El Asegurado aprovecha al máximo los beneficios de su plan de salud cuando utiliza proveedores adscritos. Esta lista puede ser modificada en cualquier momento, por este motivo, el asegurado consultará a la Compañía sobre modificaciones que puedan ocurrir en la Red. La Compañía se reserva el derecho de admisión o desafiliación de los proveedores médicos que se adhieran a la red de prestadores médicos.

**23.18 Porcentaje de Cobertura:** Es el porcentaje señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza que corresponde a la participación de la Compañía en los gastos cubiertos de una enfermedad o accidente.

**23.19 Deducible:** Es el porcentaje o importe económico establecido y pactado en las condiciones particulares de la póliza, que corresponde a la participación del Asegurado en los gastos de una enfermedad o accidente cubierto. Este importe debe ser asumido y pagado por el Asegurado al momento de recibir una atención médica fuera o dentro de la Red y cada vez que se genere un evento y/o atención médica.

**23.20 Enfermedad:** Conjunto de signos y síntomas que tienen la misma evolución y proceden de una causa específica conocida o desconocida, que produce una alteración, daño o trastorno en la salud por causa natural intrínseca o extrínseca al organismo del asegurado y ajena a la voluntad del mismo. El tratamiento para su cura puede ser de orden clínico, medicamentoso o quirúrgico dentro de los servicios y prestaciones que se establecen en los aranceles médicos valorados de la compañía. No se incluye los desórdenes nerviosos, stress, trastornos mentales o desintoxicaciones relacionadas con alcoholismo, o por ingestión de sobredosis medicamentosa provocada o abuso de drogas de cualquier tipo.

**23.21 Accidente:** Se entiende por accidente toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Por extensión y aclaración, se asimilan a la definición de accidentes:

- La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en locales públicos o adquiridos en tal estado de ignorancia.
- La consecuencia de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado al cuerpo por una herida externa, causada por accidente cubierto por la presente póliza.
- La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción; o electrocución.
- La consecuencia directa de picaduras o mordeduras de ofidios (serpientes) o insectos venenosos.

**23.22 Emergencia por Enfermedad:** Condición médica inesperada que se manifiesta por síntomas agudos y severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las 48 horas del mismo y definida como enfermedad en el presente contrato. La falta de atención médica inmediata podría arriesgar la vida de la persona o el deterioro de sus funciones vitales. La emergencia por enfermedad se considera una cobertura ambulatoria, siempre y cuando dicha emergencia no se derive en una hospitalización.



**23.23 Emergencia por Accidente:** Es toda lesión corporal que sufra una persona asegurada, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad que requiera atención inmediata dentro de las 48 horas de ocurrido el hecho. Queda entendido que si a causa de un accidente el Asegurado recibiera el tratamiento por un médico calificado sin dar aviso a La Compañía durante esas 48 horas, los gastos incurridos serán reconocidos como en una atención ambulatoria, la cual será sujeta a la bonificación correspondiente al plan elegido. La Compañía se reserva el derecho a rechazar o aceptar el siniestro, en caso de no dar aviso dentro de los 15 días calendarios siguientes a la ocurrencia.

**23.24 Atención Hospitalaria** Toda atención en Clínica, Hospital o Institución de Salud debidamente autorizada por Autoridad competente en la que el Asegurado requiere la ocupación de una cama hospitalaria por más de 24 horas. Una vez dado de alta, la atención médica posterior se considera ambulatoria, o sujeta a lo pactado en las condiciones particulares de la póliza.

**23.25 Atención Ambulatoria** Toda atención médica otorgada en consultorio Médico, en Hospital, Clínica o Institución de Salud en la que el Asegurado permanece menos de 24 horas y retorna a su domicilio.

**23.26 Atención de Emergencia:** Conjunto de actos médicos en el contexto de una emergencia realizados dentro de una clínica o centro de salud, y que puede requerir o no la ocupación de una cama hospitalaria por un tiempo menor de 24 horas en el servicio de emergencia. Pasado este tiempo el paciente puede retornar a su domicilio o ser hospitalizado. Esta atención de emergencia puede ser atendida dentro y fuera de la Red de Proveedores Médicos Adscritos.

En el caso de un ingreso de emergencia, el Asegurado o quien actúe legalmente por él, debe notificar a La Compañía dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al inicio de la atención médica.

En caso de no comunicar a La Compañía sobre dicho siniestro dentro de las 48 horas, esta atención será reconocida como ambulatoria, la cual será sujeta a los porcentajes de cobertura correspondiente al plan elegido. La Compañía se reserva el derecho a rechazar o aceptar el siniestro, en caso de no dar aviso dentro de los 15 días calendarios siguientes a la ocurrencia.

**23.27 Ambulatorio:** son tratamientos médicamente necesarios proveídos al Asegurado cuando este no está recluso en una clínica y/u hospital, ni en cualquier otra institución para cuidados médicos. Los servicios para pacientes externos incluyen, atención en consultorio, en centro de diagnósticos, servicios en un centro quirúrgico, salas de primeros auxilios y salas de emergencia.

**23.28 Reclusión hospitalaria:** Es el ingreso de un Asegurado como paciente en un hospital o clínicas para tratamiento médico.

**23.29 Paciente Hospitalizado:** Es una persona que ha sido ingresada en un hospital por órdenes de un médico para tratamiento médico, por lo menos durante 24 (veinticuatro) horas continuas.

**23.30 Reembolso:** Es el reintegro de gastos médicos que La Compañía realiza cuando el Asegurado ha efectuado un gasto médico cubierto por el seguro a través del sistema abierto.

**23.31 Formulario de Solicitud de Beneficios Con Proveedores Adscritos:** Es el formulario que emite La Compañía para que el Asegurado pueda hacer uso de los servicios médicos o prestaciones dentro de la Red de Proveedores Médicos Adscritos. Dichos servicios tienen cobertura hasta el límite de la suma asegurada y el porcentaje de bonificación que La Compañía y el Asegurado hayan pactados en el Condicionado Particular.

**23.32 Atención Domiciliaria:** Acto médico o consulta autorizada por la Compañía que se realiza en la vivienda del Asegurado.

**23.33 Hospitales o Clínica:** Establecimiento destinado a proporcionar todo tipo de asistencia Médica incluidas operaciones quirúrgicas y estancia durante la recuperación o tratamiento.

El término Hospital y/o Clínica no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para: descanso, cuidado de custodia, cuidado de enfermería, cuidado de ancianos, cuidados de convalecencia, o tratamiento de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

**23.34 Tratamiento Dental de Emergencia:** Es el costo de tratamiento dental de emergencia y de procedimientos dentales necesarios para restituir o reemplazar dientes naturales perdidos o dañados en un accidente.

Es necesario para que se brinde esta cobertura, que el accidente haya sido atendido y reportado a La Compañía dentro de los dos (2) días calendario de haber ocurrido y que esta atención se realice sólo en los centros odontológicos indicados por la Compañía para este fin.

**23.35 Transporte por Emergencia (Ambulancia Aérea):** Significa el costo incurrido para la evacuación médica y otros gastos razonables y habituales, hasta el límite especificado en la Tabla de Beneficios, debidos a los gastos de transporte por evacuación que se consideren necesarios para preservar la vida del Asegurado y que sea previamente coordinado con La Compañía y



siempre que la condición de emergencia del Asegurado y la autorización médica para el viaje hayan sido certificados por un médico especialista.

Si hubiera tratamiento disponible localmente, pero el Asegurado decide ser tratado en otro lugar, los costos de transporte serán entonces de responsabilidad del Asegurado.

**23.36 Arancel Medico Valorado (AMV):** Es el detalle de las prestaciones médicas con sus respectivos valores que brinda el seguro de asistencia médica. La descripción técnica de las prestaciones se encuentran agrupadas anatómicamente y codificadas en orden creciente, de manera que facilite su identificación, además de la descripción de los servicios en forma limitada, precisa y objetiva para poder evitar confusiones o ambigüedades con los clientes y los prestadores de los servicios médicos. Las prestaciones son las mismas para los planes contemplados en esta póliza con la diferencia del valor límite por plan. El AMV se encuentra diferenciado por Ciudad y guarda similitud con los Aranceles Básicos de cada Colegio Médico Departamental en lo que se refiere a prestaciones médicas; en términos monetarios, se encuentra expresado en dólares americanos, valores registrados en la columna derecha de este documento al lado de la descripción de cada prestación. La compañía puede actualizar estos servicios con el objetivo de ampliar o de mejorar las coberturas de los mismos, con el propósito de dar un mejor servicio a los Asegurados. Dichos Aranceles (AMV) se encuentra a disposición de los Asegurados en cada una de las oficinas de la Compañía. El AMV se encuentra registrado en la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero de la República de Bolivia. Al suscribir esta Póliza, el tomador declara conocer la existencia de los Aranceles Médicos Valorados (AMV) correspondientes, el cual se considera parte integrante de esta Póliza.

**23.37 Tarjeta de Identificación o Credencial o del Asegurado (TCA):** Es la identificación que la Compañía entrega a todo asegurado que contrató una póliza del seguro de salud, cuya función principal es habilitar al asegurado el servicio y cobertura del seguro de asistencia médica. El objetivo es certificar la cobertura en el seguro de asistencia médica siempre y cuando el asegurado haya prepagado el periodo de seguro contratado; la tarjeta o credencial contiene los datos principales del asegurado, fotografía, coberturas y exclusiones de coberturas de enfermedades específicas o tiempos de carencia. La TCA debe estar debidamente autorizada por la Compañía misma que forma parte de la póliza del seguro de salud.

**23.38 Órdenes de Servicios Médicos (OSM):** Es el comprobante que la Compañía emite al asegurado para que pueda recibir atención o servicios médicos mediante sistema cerrado que se brindan en la red de Proveedores Adscritos. En cuyo documento se describen la prestación médica, la cantidad, el valor de acuerdo a los porcentajes de cobertura, el coaseguro y los sublímites de indemnización autorizados por la Compañía y que se hayan pactados en el condicionado particular con el asegurado.

**23.39 Órdenes de Reembolsos de Gastos Médicos (ORM):** Es el comprobante de pago que emite la Compañía para que el asegurado reciba la indemnización de las prestaciones o gastos médicos que realizó con prestadores médicos fuera de la Red de Proveedores Médicos Adscritos y estarán de acuerdo con el Arancel Medico Valorado AMV de la póliza.

**23.40 Bono de Atención Medica (B.A.M.):** Son los comprobantes que emite la Compañía, previo pago de la prestación por parte del asegurado, para el uso de los servicios de prestaciones que se ofertan en la Red de Proveedores Médicos Adscritos y están acorde a los AMV. El B.A.M. es un beneficio adicional que tienen los afiliados a los planes de seguro de asistencia médica de la Compañía, y de esta manera puede utilizar las prestaciones excluidas en el contrato debido a enfermedad o prestación excluida. El B.A.M. es un descuento que se logra con los proveedores y que la compañía administra a favor del asegurado.

**23.41 Cargos Revertidos por no procedencia de siniestros (CRS):** Es el cobro que la Compañía realizará a los asegurados por la reversión del pago efectuado a los proveedores adscritos por la no procedencia de siniestros debido a que los mismos son a consecuencia de enfermedad (es) preexistente (s) y/o la(s) cual (es) están dentro del periodo de carencia o se encuentran excluidas en el presente contrato. Aclarando que esta reversión no es por gastos de administración del seguro, sino por gastos que no tienen cobertura en la póliza.

**23.42 Período de Carencia o No Cobertura:** También llamado periodo de espera, es el tiempo que un asegurado no puede hacer uso de las prestaciones que se requieren para un tratamiento clínico, medicamentoso o quirúrgico de una enfermedad determinada y que se especifica en el presente condicionado general o en anexo de "Periodo de Carencia" del Condicionado Particular del Asegurado.

**23.43 Exclusiones.-** Es el detalle de patologías y prestaciones que se encuentran establecidas en el presente condicionado identificadas como "Exclusiones Generales" y también pueden estar especificadas en anexo del condicionado particular del asegurado, determinadas como exclusiones definitivas o de tiempo indefinido en la que el asegurado no puede hacer uso de las prestaciones que se requieren para un tratamiento clínico, medicamentoso o quirúrgico de una enfermedad concreta.

**23.44 Enfermedades Pre- existente.-** Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que existiera con anterioridad a la fecha de inicio de la presente póliza o de la solicitud de seguro. Se consideran también como enfermedades preexistentes aquellas patologías que tengan un periodo de evolución anterior al inicio de la póliza o durante los periodos de carencia de las coberturas de este contrato; y cuya sintomatología o manifestación clínica o sub-clínica se presentarán en la vigencia efectiva de la póliza. La



NACIONAL  
SEGUROS  
*Compañero de vida*

## SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA CONDICIONES GENERALES

Formato aprobado por la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero mediante  
Resolución Administrativa N° 256 del 02/03/2011

INICIO

enfermedad puede ser considerada como pre-existente conocida o pre-existente desconocida; definiéndose



de la siguiente manera:

- a) **Conocida:** Enfermedad pre-existente es de conocimiento del asegurado y que debe ser declarada en la Declaración de Salud del Asegurado, para su posterior evaluación del riesgo. El asegurado debe cumplir con los requisitos que exige la compañía para que el riesgo sea evaluado por la misma; la Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la inclusión de la enfermedad o riesgo evaluado mediante un anexo especial que certifique la extensión o exclusión referente a esa patología.
- b) **Desconocida:** Enfermedad pre-existente no es de conocimiento del asegurado, por lo tanto no es declarada en la Declaración de Salud del Asegurado. La cobertura de la patología que haya sido manifestada en el periodo de carencia, quedará sujeta a evaluación, la Compañía se reserva el derecho, durante ese periodo o tiempo, de aceptar o rechazar la inclusión de la enfermedad o riesgo evaluado y determinado mediante un anexo especial que certifique la aceptación o exclusión referente a esa patología.

**23.45 Suma Asegurada o Limite Máximo Anual:** Es el valor económico acumulado máximo hasta el cual la Compañía será responsable por los siniestros ocurridos durante un periodo anual, en este valor se incluyen también los sublímites de las coberturas adicionales otorgadas en la póliza. Todos los importes de siniestros pagados por la Compañía por cualquiera de las coberturas indicadas en la Tabla de Beneficios deducirá la suma asegurada máxima anual.

En caso ocurriera, que el Asegurado agotase la suma asegurada antes de la terminación de la vigencia de la póliza, se dará por finalizada la cobertura del contrato, devengando a favor de la Compañía el total anual del valor de la prima estipulada; la misma podrá ser renovada a la finalización del ultimo periodo mensual, para este efecto la Compañía pactará con el Asegurado las nuevas condiciones del contrato, en el que podrán ser rehabilitadas todas las coberturas originalmente convenidas. La suma asegurada solo puede renovarse una sola vez por gestión de doce meses.

**23.46 Tarifa por género y edad:** Es el importe de la prima, para asumir el riesgo que el asegurado debe pagar a la Compañía por la contratación del seguro. La prima de esta póliza es variable y será ajustada anualmente de acuerdo a la tarifa vigente según género y edad de los Asegurados al momento de la renovación del contrato. El Asegurado deberá pagar la prima sin importar si utiliza o no los servicios médicos. La Compañía se reserva el derecho de cambio en las tarifas según tabla de tarifas o precios a la fecha posterior a la venta del plan elegido. Si existiera cualquier cambio o modificación será comunicado al asegurado con 30 días de anticipación.

**23.47 Tabla de Tarifas por Género y Edad:** Es la tabla de precios o primas, mensuales o anual que La Compañía establece para calcular el monto que el asegurado debe pagar para adquirir el seguro y mantener la cobertura. Esta tabla forma parte del contrato de seguros; se encuentra expresada en dólares americanos.

**23.48 Rehabilitación de Póliza.-** Es cuando la póliza del asegurado ha sido anulada por falta de pago y solicita cobertura nuevamente; La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud del asegurado y la contratación se pactará con el asegurado con nuevos términos y condiciones de contrato. Los gastos de administración o recargos serán determinados por la compañía. El Asegurado no deberá tener cuentas pendientes con la compañía para acceder a la aprobación del nuevo contrato.

**23.49 Re-emisión de Tarjeta de Identificación o Credencial del Asegurado (TCA):** En caso de pérdida o extravío de la tarjeta de identificación o credencial, la Compañía emitirá una nueva credencial, a través de solicitud expresa del Tomador y/o titular. La Compañía determinará el costo administrativo por la emisión del duplicado de la credencial del asegurado.

**23.50 Moneda:** Significa que los pagos de primas y reembolsos relacionados con esta póliza serán en dólares americanos. En caso que decidan hacer los pagos en bolivianos o moneda de curso legal y poder liberatorio, se harán de acuerdo a las tasas de cambio vigentes al momento en que el pago de primas o el reclamo debidamente documentado fue pagado por el Asegurado.

**23.51 Siniestralidad:** es la proporción entre el importe total de siniestros y las primas netas pagadas dentro de un periodo de tiempo determinado, al momento del cálculo de este ratio.

**23.52 Siniestro:** es el gasto medico en el que incurre un Asegurado por una enfermedad o accidente cubierto por este seguro. Este gasto será reconocido y cubierto por esta póliza siempre que éste se efectúe durante la vigencia de la póliza y que la prima este pagada.

**23.53 Plan:** Es el detalle de las coberturas, beneficios, límites de cobertura y condiciones del seguro médico de cada Asegurado. La tabla de beneficios forma parte de la póliza y modifica las condiciones generales del contrato de seguro.

**23.54 Enfermedad Congénita:** Es la enfermedad o defecto que se adquiere durante el desarrollo embrionario de una persona. Es cualquier enfermedad o defecto físico o desorden orgánico que la persona tenía al momento de su nacimiento o que ha sido adquirido en forma hereditaria.

**23.55 Enfermedad Infecciosa:** Significa una enfermedad común transmisible, causada por parásitos, bacterias, protozoarios, hongos o virus.



- 23.56 **Lesión:** Significa un daño corporal causado por un accidente.
- 23.57 **Cobertura:** son los conceptos que La Compañía asume de acuerdo a la Tabla de Beneficios, condiciones de este contrato y/o endosos si ocurriera un siniestro.
- 23.58 **Año Calendario:** Significa un periodo de doce (12) meses consecutivos, comenzando el día 1ro de Enero y terminando el día 31 de Diciembre de cualquier año.
- 23.59 **Año Póliza:** Significa un periodo de doce (12) meses consecutivos, comenzando el día de inicio de la póliza a las 00:01 hrs. y terminando a los 365 días calendario siguientes a las 24:00 hrs., al inicio del mes y año que corresponda.
- 23.60 **Servicios de Laboratorio y Rayos X:** Incluyen exámenes de laboratorio y radiográficos y procedimientos de medicina nuclear que sean usados para diagnosticar o tratar una condición médica. Los servicios de Laboratorio y Rayos X deben ser ordenados por un médico licenciado.
- 23.61 **Médicos o Doctores:** El término “médicos” o “doctores” significa una persona licenciada para ejercer medicina como doctor en medicina, mientras actúa dentro de los límites de la profesión y al alcance de los beneficios previstos. Los médicos o doctores deben estar debidamente registrados en las instituciones médicas de cada país.
- 23.62 **Recetas Facultativas:** son recetas para medicinas cuya venta y uso están legalmente restringidos sin orden Médica y no pueden ser compradas sin prescripción de un profesional médico.
- 23.63 **Segunda y Tercer Opinión Quirúrgica Requerida:** La Segunda Opinión Quirúrgica, es una segunda consulta de opinión y diagnóstico efectuada por un medico especialista designado por La Compañía. Es necesaria cuando un cirujano calificado como tal recomienda que el Asegurado reciba procedimiento quirúrgico no de emergencia. El Asegurado debe obtener de una segunda opinión quirúrgica, por la cual La Compañía paga el 100%. Los arreglos para dicha segunda opinión quirúrgica pueden hacerse comunicándose directamente con La Compañía. En caso que la segunda opinión no sea afirmativa, La Compañía también pagará por una tercera opinión. Si la segunda o tercera opinión confirma la necesidad de cirugía La Compañía pagará los beneficios de acuerdo a la Tabla de Beneficios, siempre y cuando la operación sea realizada por el cirujano original. Si se realizara una cirugía que no fuera de emergencia, sin primero obtener una opinión médica de confirmación, los beneficios de todos los cargos relacionados con dicha cirugía serán completamente negados. Los beneficios se pagarán por todos aquellos procedimientos quirúrgicos aun cuando no sean casos de emergencia si se obtiene una segunda opinión quirúrgica afirmativa. Esta póliza cubre además los servicios de segunda opinión medica que pueda solicitar un Asegurado hasta una vez por año si la misma esta relacionada con una condición o enfermedad cubierta por este seguro.
- 23.64 **Alcance Territorial:** El Asegurado, al igual que sus dependientes inscritos en la póliza, estarán amparados bajo la cobertura del seguro dentro del ámbito geográfico elegido en el plan contratado.
- 23.65 **Exoneración de Primas** En caso de fallecimiento del titular de una póliza familiar, que también se encuentre asegurado bajo la misma, se exonerara la prima por un período de doce (12) meses desde la próxima fecha de vencimiento de la misma. La causa de la muerte deberá ser por una condición médica cubierta por el seguro. Este beneficio será válido únicamente para el cónyuge o esposo(a) y sus hijos menores de 21 años que permanezcan asegurados bajo la póliza existente; y finalizará de forma inmediata si el cónyuge o esposo(a) sobreviviente contraiga matrimonio. La exoneración no abarca ninguno de los seguros opcionales en caso de que estos hayan sido contratados al inicio de la vigencia o renovación de la póliza.
- 23.66 **Dependiente Incapacitado:** Si un hijo se encontrara incapacitado al cumplir la edad limite de 21 años, como dependiente Asegurado, se le otorgara el beneficio de continuar como dependiente del Titular asegurado.
- Un hijo será considerado incapacitado cuando está impedido de ganarse su propio sustento como consecuencia de retraso mental o una incapacidad física que comenzó antes de la fecha en que cumplió la edad límite como asegurado dependiente, y depende, principalmente, del Asegurado Titular.
- Las pruebas de que el hijo, que es un dependiente asegurado, está completamente incapacitado deberán suministrarse a la Compañía no más tarde de los 120 días después de la fecha en que el hijo alcance la edad máxima para ser considerado como un dependiente elegible.
- La Compañía tendrá el derecho de solicitar pruebas de que el hijo dependiente continúa incapacitado.
- Los beneficios cesarán cuando ocurra cualquiera de los siguientes hechos:
- El hijo deja de estar incapacitado.
  - No se envían pruebas de que continúa incapacitado.
  - No se hacen cualquiera de los exámenes que son requeridos por la Compañía.
  - Cuando los Beneficios de los Dependientes terminen con respecto al hijo dependiente por una causa distinta al cese de los mismos por haber cumplido la mayoría de edad.



### CAPITULO III.- BENEFICIOS Y COBERTURAS

**Artículo 24º BENEFICIOS DE LOS ASEGURADOS:** Los asegurados tendrán derecho a solicitar cobertura de acuerdo a la prestaciones descritas en el arancel medico valorado, en el caso del plan nacional los asegurados podrán solicitar a la compañía el financiamiento de gastos médicos requeridos según los topes máximos determinados en el arancel medico valorado, hasta el límite de indemnización anual y a los porcentajes de cobertura establecidos en cada plan del seguro contratado.

Las prestaciones y sus correspondientes valores se detallan en el Arancel Medico Valorado (AMV). Dichos aranceles se encuentran a disposición de los asegurados en cada una de las oficinas de la compañía. La Compañía se reserva el derecho de modificar los mismos con previo aviso a los asegurados con 30 días de anticipación a que dicha modificación tome efecto. Al suscribir esta póliza, el tomador declara conocer los aranceles médicos valorados (AMV) correspondiente a su plan, el cual se considera parte integrante de esta póliza:

- **Proveedores Médicos Adscritos:** El Asegurado podrá adquirir órdenes de Servicios médicos en las dependencias que la Compañía habilite para estos fines, pagando sólo la parte no cubierta del valor de dichas ordenes, de acuerdo al porcentaje de cobertura estipulado en esta Póliza y si las prestaciones solicitadas no se encuentran en periodos de carencia consignadas en el artículo 34º. En el caso de prestaciones hospitalarias, se requerirá la presentación previa de la solicitud del médico tratante a la Compañía para adquirir órdenes de servicios médicos que le permitan cubrir dichas atenciones pagando la parte no cubierta de su valor.

Las órdenes de servicios médicos se emitirán previa indicación escrita del médico tratante. Si el Asegurado desea optar por servicios médicos de mayor costo en un centro de atención de salud, podrá hacerlo pagando parcialmente la prestación con dichas órdenes hasta el tope máximo de cobertura, estando a su cargo la diferencia.

- **Proveedores Médicos no Adscritos:** El asegurado podrá solicitar el reembolso de sus gastos hasta los límites o sublímites de la cobertura utilizada, el monto a rembolsar por parte de la Compañía corresponderá al porcentaje de cobertura estipulado en esta Póliza de salud, aplicado sobre lo que resulte menor entre el valor consignado en los aranceles médicos valorados y el gasto incurrido en la prestación de salud.

### Artículo 25º GASTOS MEDICOS CUBIERTOS

#### 25.1 Cobertura hospitalaria - Se cubren los gastos efectuados por:

- Habitación individual, (con cama de acompañante sólo para el caso de internamiento de hijos menores a 12 años), sala de operaciones, sala de recuperación, alimentación (incluyendo dietas especiales), unidad de cuidados intensivos, cuidados normales de enfermería en un hospital o clínica legalmente establecido.
- Exámenes o pruebas auxiliares, servicios complementarios, insumos necesarios para el tratamiento médico y/o quirúrgico, o cualquier otro tipo de pruebas médicas justificadas y que se encuentran consideradas dentro de la medicina convencional y los protocolos de atención médica.
- Medicinas relacionadas al diagnóstico.
- Honorarios por tratamiento médico y/o quirúrgico de cualquier enfermedad o accidente, no excluidas en el Art. 29º del presente contrato de seguro o cualquier otro artículo en el que se limiten las coberturas de la póliza.
- Honorarios por ayudantías médicas, anestesióloga y similares por concepto de servicios médicos.

#### 25.2 Cobertura Ambulatoria: Bajo este concepto se cubren los gastos generados en un tratamiento ambulatorio (sin hospitalización) por:

- Honorarios médicos, consultas en consultorio particular.
- Medicinas relacionadas al diagnóstico.
- Exámenes médicos auxiliares, tratamientos especiales, exámenes de laboratorio o pruebas médicas complementarias; siempre y cuando guarden relación y sean solicitados por el médico tratante.



- Bajo esta cobertura se cubrirán las intervenciones quirúrgicas realizadas en forma ambulatoria.

**Artículo 26º COBERTURA OPCIONAL:** Estas cobertura se brindara si ha sido contratada de forma expresa y se encontrara descrita en las condiciones particulares de la póliza o Anexo específico.

**Maternidad:** Esta cobertura se otorgará solo a titulares esposas o conyugues, según sublímite y porcentajes definidos en las condiciones particulares, de acuerdo a las siguientes prestaciones:

- Parto

Se cubren los gastos y honorarios médicos por concepto de cualquier forma de parto, sea este normal, cesárea o múltiple, incluyendo los gastos normales por el bebé recién nacido (sala de bebés, medicinas y consultas del médico pediatra).

- Atención del Recién Nacido bajo la cobertura de Maternidad

La póliza de Asistencia Médica otorgará la cobertura para la atención medica de los bebes que hayan nacidos bajo la cobertura de maternidad de la madre asegurada, aclarando que el sublímite de indemnización de dicha cobertura se extiende hasta los 30 días del nacimiento del Recién Nacido, por lo tanto la cobertura del niño(a) es automática dentro de este periodo y hasta el límite máximo de maternidad. El bebé podrá ser incluido como un nuevo integrante de la póliza cumpliendo con los requisitos de suscripción que exige la Compañía y después de los 30 días de haber nacido, entre tanto los gastos de neonatología, servicios y prestaciones médicas serán cargados o descontados del valor límite establecido para maternidad.

- Aborto no Provocado

Cubre la atención médica a consecuencia del aborto no provocado, hasta los límites indicados en la Tabla de Beneficios.

- Complicaciones del Embarazo

Cubre las atenciones médicas hasta los límites indicados según Anexo, por concepto de cualquier complicación orgánica del embarazo, excluyendo cualquier tipo de chequeo.

- Control Pre-Natal y Post Natal

Las consultas mensuales (1 por mes) de control pre-natal y post natal serán cubiertas por este seguro, según lo especificado en la tabla de beneficios.

- Control de Niño Sano

Para los bebés nacidos bajo la vigencia y cobertura de esta Póliza se pagará, según Tabla de Beneficios, el número de Consultas especificadas (1 por mes) de control del niño sano durante el primer año de vida. Esta cobertura no cubre ningún examen o prueba de control ni medicinas preventivas. Esta cobertura entrará en vigencia, una vez que el niño sea inscrito en el seguro.

- Enfermedades congénitas del Bebé recién nacido

Las enfermedades congénitas del bebé recién nacido bajo la cobertura y vigencia de esta Póliza serán pagadas hasta los límites contratados en Tabla de Beneficios. Para acceder a esta cobertura el bebe deberá haber nacido bajo la cobertura de maternidad y la misma hubiera sido diagnosticada durante el primer año de vida.

#### Artículo 27º } BENEFICIOS ADICIONALES

##### 27.1 Desamparo familiar súbito por la muerte simultánea en un mismo accidente del padre y madre asegurados:

En caso de que el Titular de la póliza y su cónyuge (ambos deben de estar inscritos en el seguro) fallecieran simultáneamente a consecuencia de un mismo accidente amparado por esta póliza, la Compañía procederá a indemnizar en partes iguales a los hijos debidamente inscritos como Dependientes en este seguro, la suma asegurada indicada en la tabla de beneficios y de acuerdo a normas jurídico legales.



**27.2 Segunda Opinión Quirúrgica Obligatoria:**

Si el Asegurado requiere ser sometido a una intervención quirúrgica, La Compañía cubrirá el costo de una segunda consulta de opinión y diagnóstico por un médico especialista. Si las opiniones del primer y segundo médico consultados fueran diferentes, se consultará a un tercer especialista para tomar la decisión de la intervención quirúrgica.

El costo de las consultas para el segundo y tercer diagnóstico será cubierto por La Compañía en su totalidad (al 100%) hasta los límites especificados en la Tabla de Beneficios, parte integrante de esta Póliza.

**27.3 Cobertura de Sepelio (sólo al titular)**

En caso de fallecimiento por cualquier motivo del titular de la póliza, se reembolsara contra factura al beneficiario hasta la suma máxima convenida para gastos de sepelio, la cual esta detallada en el anexo de la póliza. El fallecimiento del titular y/o dependiente(s), no da lugar a la devolución de la prima por el periodo no corrido de la vigencia de la póliza.

**27.4 Cobertura de Muerte Accidental e Invalidez Permanente por Accidente (sólo al titular)** El presente seguro cubre hasta el monto establecido en las condiciones particulares los Accidentes que pudieran ocurrir al Asegurado:

- En el ejercicio de la profesión declarada, a menos que se estipule su exclusión en las Condiciones Particulares.
- En sus actividades particulares.
- Mientras estuviere circulando o viajando, a pie, a caballo, en bicicleta sin motor, en coche particular, propio o ajeno, conduciéndolo o no.
- Haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial o marítimo.
- Viajando como pasajero en aeronaves que pertenezcan a líneas comerciales autorizadas y tengan itinerarios fijos, o realicen vuelos llamados "chárter".
- Mientras practique como aficionado los siguientes deportes: fútbol, atletismo, básquetbol, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela o a motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras o senderos, gimnasia, golf, balonmano, jockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pesca (salvo a más de tres millas de la costa), remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, volley ball, wáter-polo y raquet ball.

**27.4.1 Definición de la Cobertura de Muerte Accidental e Invalidez Permanente por Accidente**

**a. Muerte Accidental:**

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa o inmediata de un Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el Accidente.

Si el Asegurado falleciere como consecuencia de algún Accidente, la Compañía deducirá de la suma asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere pagado al Asegurado por el mismo accidente.

**b. Invalidez Total o Parcial Permanente:**

Cuando la lesión producto de un Accidente no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que se indiquen en la Tabla de Indemnizaciones incorporada a la presente Póliza, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten después de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia.



#### 27.4.2 Riesgos Excluidos en caso de Muerte Accidental e Invalidez Permanente por Accidente.

Los beneficios previstos en esta Póliza, no se conceden si la muerte del Asegurado o las lesiones que sufra, son a consecuencia directa o indirecta, total o parcial de:

- a. Cualquier enfermedad corporal, nerviosa o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- b. Accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, síncope, intoxicación y/o drogadicción de cualquier naturaleza y los que se produzcan en estado de embriaguez.
- c. Mientras el Asegurado se encuentra en estado de sonambulismo o bajo la influencia de drogas, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica y su origen sea accidental. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- d. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas al Asegurado intencionalmente, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) por los Beneficiarios de esta Póliza.
- e. Lesiones que el Asegurado sufra durante el servicio militar, en actos de guerra o rebelión, en alborotos populares o insurrecciones, en riñas o actos delictuosos en que el Asegurado participe en forma activa.
- f. Actos temerarios no justificados por ninguna necesidad humanitaria, tales como apuestas, desafíos, duelos, competencias y andinismo fuera de senderos marcados.
- g. Efectos de la energía nuclear o atómica en cualquier forma.
- h. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala Mercalli.
- i. Efectos de guerra declarada o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades en operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- j. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.



- k. Desempeñarse el Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles, comerciales o militares, a menos que exprese y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el Asegurador.
- l. Anomalías congénitas y los trastornos y accidentes que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- m. Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación por causa accidental.
- n. Hernias, lumbagos, ciática, dolencias lumbares y sus consecuencias, sea cual fuera la causa de la que provengan.
- o. Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- p. Exámenes médicos de rutina
- q. Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad del Asegurado sufría de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

#### 27.4.3 Pago de Indemnizaciones por Muerte Accidental o Invalidez

La Compañía pagará las indemnizaciones que correspondan en virtud de esta Póliza, en sus oficinas, una vez llenados los siguientes requisitos:

- a. En el caso de muerte, dentro de los quince días de presentada la documentación pertinente que certifique la identidad y el derecho de los reclamantes, así como los documentos que fuesen exigidos por la Compañía, se deducirá de esta indemnización, cualquier cantidad pagada por el mismo accidente, por Invalidez Permanente.
- b. La indemnización en caso de muerte, se pagará a la o a las personas designadas como Beneficiarios en esta Póliza, o en su defecto, a los herederos legales del Asegurado. La misma regla se observará en caso de que el o los Beneficiarios y el Asegurado murieran simultáneamente o bien cuando el primero o primeros, murieran antes que el segundo y no existieran beneficiarios designados sustitutos o no se hubiera hecho nueva designación. Si hubiera varios beneficiarios designados y alguno de ellos falleciera antes que el Asegurado, su cuota corresponderá a los herederos del Beneficiario fallecido.
- c. En caso de Invalidez Permanente, una vez que al Asegurado accidentado se le hubiera dado de alta definitivamente y dentro de los quince días de acompañados los certificados que acrediten la invalidez resultante.

#### 27.4.4 Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Total o Parcial Permanente

**Definición de Invalidez Permanente:** Se entiende por Invalidez Permanente, la amputación o la inhabilitación funcional del órgano o miembro lesionado.

En caso de Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente, la Compañía pagará en la proporción siguiente de la suma asegurada mencionada en las Condiciones Particulares:

- Ambos ojos 100%
- Ambos brazos 100%



- Ambas manos 100%
- Ambas piernas 100%
- Ambos pies 100%
- Un brazo y una pierna 100%
- Una mano y un pie 100%
- En caso de enajenación mental completa e incurable  
que impida toda ocupación del Asegurado 100%

En caso de Invalidez Parcial Permanente por Accidente, la Compañía indemnizará en la proporción siguiente:

- Sordera Completa de ambos oídos 50%
  - Ceguera total de un ojo 30%
  - Sordera Completa de un oído 10%
- |   | Derecho | Izquierdo |
|---|---------|-----------|
| • Pérdida total de un brazo (arriba del codo)     | 75%     | 60%       |
| • Pérdida total de un brazo (hasta el codo)       | 70%     | 55%       |
| • Pérdida total de una mano (altura de la muñeca) | 60%     | 50%       |
| • Pérdida total del dedo pulgar de la mano        | 20%     | 18%       |
| • Pérdida total del dedo índice de la mano        | 16%     | 14%       |
| • Pérdida total del dedo medio de la mano         | 12%     | 10%       |
| • Pérdida total del dedo anular de la mano        | 10%     | 8%        |
| • Pérdida total del dedo meñique de la mano       | 4%      | 6%        |
| • Pérdida total de un dedo del pie                | 3%      | 2%        |

En caso que se compruebe que el Asegurado fuera zurdo, los porcentajes antes indicados se aplicarán en sentido opuesto.

- Pérdida total de una pierna (por encima de la rodilla) 60%
- Pérdida total de una pierna (por debajo de la rodilla) 50%
- Pérdida total de un pie 35%



- Pérdida total de todos los dedos de un pie 20%
- Pérdida total del dedo pulgar de un pie 10%
- Por la pérdida total de varios dedos, el grado será determinado sumando los porcentajes respectivos para cada uno de los dedos perdidos. Lo mismo se hará por la pérdida de varios miembros, cuyo porcentaje total no podrá ser superior al 100% del Capital Asegurado.
- La inutilización absoluta de un miembro cualquiera, será considerada igual a la pérdida del mismo; excepto en el caso de pérdida de las falanges de los dedos, que se considerará como un caso de invalidez, solamente cuando se haya producido su separación. La indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero si se tratara del pulgar, y la tercera parte por cada falange si se tratara de otros dedos.
- En caso de pérdida o inutilización parcial de alguno de los miembros indicados, se aplicará un criterio de graduación proporcional, en la medida que haya disminuido la capacidad para el trabajo del Asegurado a causa del accidente sufrido, teniendo en cuenta la profesión, posición social, cultural y capacidad del Asegurado.
- Se establece el significado de los siguientes términos:
- **Pérdida Total:** Se entiende por Pérdida Total referida a un miembro y órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.
- **Pérdida Parcial:** Se entiende por Pérdida Parcial la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.
- **Pérdida Funcional Total:** Se entiende por Pérdida Funcional Total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiológica del o de los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.
- **Miembro:** Se entiende por Miembro, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinado a efectuar los movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

#### CAPITULO IV.- PERIODOS DE CARENCIA Y EXCLUSIONES

Artículo 28º INICIO DE COBERTURA Y PERIODOS DE CARENCIAS: Las lesiones por accidente tienen amparo automático desde el inicio de la vigencia del seguro. Las emergencias médicas, y medicina ambulatoria, tienen amparo automático desde el inicio de la vigencia del seguro exceptuando se encuentren excluidas o estén dentro del periodo de carencia para que la Compañía no las acepte. Se aplicará el inicio de cobertura según el riesgo aceptado de la siguiente manera:

- 28.1** Las lesiones o enfermedades preexistentes conocidas y declaradas por el asegurado, son las enfermedades definidas en el Art. 23.44 a. del presente convenio, y que no se encuentren expresamente excluidas en el presente condicionado general o mediante anexo de exclusiones particulares, tendrán un período de carencia mínimo de 12 (doce) meses, no obstante la Compañía podrá a su elección ampararlas mediante convenio expreso al inicio del contrato original y pago de prima adicional a ser convenida. En este último caso la Compañía deberá emitir un anexo de inclusión y aclaración respectivo, sin el cual el riesgo no se encontrará con la cobertura de la Compañía. El Asegurado autoriza expresamente para estos efectos el acceso de la Compañía a cualquier antecedente médico o historial clínico del Candidato o Asegurado. En caso de no ser declaradas en la Declaración Personal de Salud se considerará como Falsa Declaración de Salud y se rechazará el siniestro dando lugar también a la anulación de la Póliza.
- 28.2** Las lesiones o enfermedades preexistentes desconocidas por el asegurado, son las enfermedades definidas en el Art. 23.44 b. del presente convenio, cuya evolución tenga una antigüedad anterior a la vigencia de la póliza, tendrán un



período de carencia de 12 (doce) meses. El asegurado autoriza expresamente, para estos efectos, el acceso de la compañía a cualquier antecedente médico o historial clínico del candidato o asegurado.

- 28.3** Las lesiones o enfermedades no preexistentes desconocidas por el asegurado, cuya manifestación y evolución sea en la vigencia de la póliza, tendrán un período de carencia de 12 (doce) meses; Se someterán a evaluación médica por la Compañía para determinar la cobertura o exclusión de dicha enfermedad, extendiendo un anexo de aclaración para la inclusión o exclusión o tiempo de carencia de la enfermedad o lesión evaluada. El asegurado autoriza expresamente, para estos efectos, el acceso de la compañía a cualquier antecedente médico o historial clínico del candidato o asegurado.
- 28.4** La cobertura de maternidad si fue contratada esta cobertura, la misma tendrá un periodo de carencia de 6 (seis) meses para la concepción, Dicho de otra manera la cobertura de Maternidad solo será cubierta siempre y cuando el inicio del embarazo (pre-parto, parto y posparto) se hubiese producido seis (6) meses después de la fecha del ingreso de la Titular Asegurada, cónyuge o esposa o conviviente de un Titular Asegurado a la Póliza; salvo se modifique según anexo de aclaración acordado con el asegurado.

**28.5** Prestaciones o Servicios con tiempo de Carencia:

28.5.1 Se extiende, de manera especial, el tiempo de carencia de 3 meses a las siguientes prestaciones:

- a. Consultas Pediátricas, salvo casos de emergencia.
- b. Consultas Ginecológicas, salvo casos de emergencia.
- c. Papanicolaou y Colposcopías.
- d. Psicología, cumplido el periodo de carencia, esta cobertura se limita a un máximo de cinco consultas por año por persona asegurada.
- e. Psiquiatría, cumplido el periodo de carencia, esta cobertura se limita a un máximo de cinco consultas por año por persona asegurada
- f. Fonoaudiología, cumplido el periodo de carencia, esta cobertura se limita a un máximo de diez consultas por año por persona asegurada.
- g. Lentes, si fue contratada la cobertura y de acuerdo al sublímite establecido en las condiciones particulares de la póliza.
- h. Odontología mediante sistema abierto, si fue contratada la cobertura y de acuerdo al sublímite establecido en las condiciones particulares de la póliza.

28.5.2 Se extiende, de manera especial, el tiempo de carencia por 6 meses a las siguientes prestaciones:

- a. Mamografía
- b. Endoscopias diagnosticas
- c. Colonoscopias
- d. Ecografías
- e. Eco tomografías
- f. Radiografías Contrastadas

28.5.3 Se extiende, de manera especial, el tiempo de carencia por 12 meses a las siguientes prestaciones:

- a. Densitometría Ósea
- b. Ecodoppler Color Cardiaco
- c. Test de Esfuerzo
- d. Holters
- e. Angiografías
- f. Mielografías
- g. Tomografía Axial Computarizada



- h. Electroencefalograma
- i. Resonancia Magnética
- j. Medicina Nuclear
- k. Endoscopías terapéuticas
- l. Colectectomía
- m. Amigdalectomía-Adenoidectomía.
- n. Oncológica
- o. Adenoma de Próstata o prostatitis
- p. Trasplantes de Órganos

Todos los plazos mencionados en el presente artículo se entienden como plazos de tiempo continuo corridos desde la firma de la póliza original, que consta en las condiciones particulares del presente contrato y que se considera parte integrante de él. Si en algún momento esta póliza fuese cancelada por falta de pago y posteriormente rehabilitada, habiendo transcurrido más de treinta días continuos entre ambos hechos se entenderá que se trata de una nueva póliza para efecto de los inicios de cobertura y período de carencias. Para los asegurados incorporados en el transcurso de la vigencia de la póliza, regirán las mismas normas de períodos de carencia establecidos precedentemente.

**Artículo 29º EXCLUSIONES GENERALES:** La presente póliza no cubrirá las siguientes prestaciones:

- A) Lesiones y/o enfermedades que el Asegurado sufra durante el servicio militar, en actos de guerra declarada o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades en operaciones bélicas ya sea con o sin declaración de guerra, rebelión, terrorismo, motines, huelgas, conmoción civil, vandalismo, sabotaje, alborotos populares o insurrecciones o actos delictuosos en que el Asegurado participe en forma activa.
- B) Siniestros cubiertos por el Seguro Obligatorio de Tránsito (SOAT), aplicándose esta cobertura en exceso de los riesgos cubiertos por dicho seguro.
- C) Actos temerarios no justificados por ninguna necesidad humanitaria, tales como apuestas, desafíos, duelos, competencias y andinismo.
- D) Efectos de las energías nucleares o atómicas en cualquier forma.
- E) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala de Mercalli.
- F) Efectos de guerra declarada o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades en operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- G) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- H) Cuando el Asegurado se desempeñe como piloto o tripulante de aviones civiles, comerciales o militares, a menos que exprese y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el Asegurador mediante anexo.
- I) La hospitalización para fines de reposo.
- J) Las lesiones o enfermedades causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- K) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios por estrés, enfermedades o deficiencias mentales o nerviosas, desórdenes o reacciones psicopáticas, alcoholismo y/o adicción a las drogas.
- L) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios a causa de lesiones o enfermedades producidas por intentos de suicidio, aborto auto provocado y las que se originen en razón del estado de ebriedad del Asegurado.
- M) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios por enfermedades o malformaciones congénitas
- N) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales y/u ortopédicos, y otros tratamientos que sean para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes ocurridos con anterioridad al inicio de la fecha de vigencia de esta Póliza. Cualquier suministro o servicio relacionado con el control de peso o tratamiento de la obesidad o raquitismo, ya sea por dietas, inyección de líquidos, el uso de cualquier medicamento o cualquier cirugía relacionada a la disminución de peso corporal.
- O) Los tratamientos cosméticos y/o estéticos.



- P) El suministro de audífonos, anteojos, lentes de contacto, cabestrillos, corsés, férulas, collares cervicales, muletas, sillas de rueda, material de osteosíntesis en general, catéteres, prótesis temporales y prótesis de cualquiera naturaleza.
- Q) Los exámenes odontológicos, cirugía, atención dental o de ortodoncia en general, excepto las relacionadas por daño accidental cubierto por el presente seguro.
- R) Las lesiones causadas deliberadamente por el Asegurado a sí mismo.
- S) La atención particular de enfermería y aquellas prestaciones o medicamentos que no guarden relación con el diagnóstico.
- T) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios así como pruebas y consultas para el diagnóstico o tratamiento de esterilidad y fertilidad, ya sea masculina o femenina. (incluidos entre otros procedimientos de Fertilización in Vitro, Inseminación Artificial, Histerosalpingografía y otros)
- U) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios así como pruebas y consultas para el diagnóstico o tratamiento de disfunciones sexuales tanto femenina como masculina (Impotencia, disfunción sexual, deficiencia gonadal, frigidez y otras).
  
- V) Las epidemias o endemias oficialmente declaradas por entidad gubernamental competente.
- W) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos, estudios, exámenes complementarios y Consultas, para cualquier tipo de cefaleas, Migrañas o Jaquecas.
- X) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios para enfermedades producidas por el climaterio, hipoestrogenismo, disfunción hormonal y osteoporosis.
- Y) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios para Adenoma de Próstata.
- Z) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios (quimioterapia, radioterapia y otras) para enfermedades de origen oncológico y que deriven a consecuencia de las mismas.
- AA) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios para SIDA, infecciones oportunistas, tumores y otras complicaciones relacionadas incluyendo los test.
- BB) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios para Pubertad Precoz y talla baja.
- CC) Chequeo Médico en persona adulta sana y control del niño sano y aquellos que no estén especificados en el Arancel Médico Valorado.
- DD) Medicamentos, laboratorios, rayos X, Ecografías y otros exámenes complementarios que no guarden relación con el diagnóstico.
- EE) Histerectomía, Perineoplastia e incontinenaurinaria.
- FF) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos y exámenes complementarios, así como consultas para alergias, asma y test alérgicos de cualquier naturaleza.
- GG) Servicios adicionales que no sean inherentes al tratamiento clínico o de rehabilitación post operatorios durante una hospitalización como ser: servicios de peluquería, servicios de belleza u otros servicios similares; radio, televisión vaporizadores, humidificadores, equipos de ejercicios, o artefactos similares.
- HH) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos, y exámenes complementarios para Acné, Verrugas Vulgares y Foliculitis. Se excluyen también preparados de medicamentos dermatológicos, así como los de protección solar.
- II) Cualquier suministro o medicamento que no se adecue a las normas de las prácticas médicas profesionalmente aceptadas. Tratamientos homeopáticos, Quiropraxis, Acupuntura, Baños a base de Hierbas, etc. y cualquier atención de profesionales que no estén autorizados legalmente por las instituciones gubernamentales y civil profesional organizadas, que regulan el ejercicio de la profesión en Bolivia. Cualquier suministro o medicamento que sea experimental, orientado a la investigación y que no es avalado para uso en seres humanos por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos de América u Organismo Gubernamental competente en Bolivia.
- JJ) Todo tipo de vacunas preventivas o curativas, vitaminas y minerales en general así como el auto medicaciones.
- KK) Todo tipo de hormonas sexuales (sean femeninas o masculinas) y medicamentos de acción anti hormonal.
- LL) Enfermedades de transmisión sexual ó contagio por esta vía.
- MM) Consultas, hospitalización, medicamentos, laboratorios y/o tratamientos para Diabetes tipo I y complicaciones tempranas y tardías.
- NN) Consultas, hospitalización, medicamentos y/o tratamientos para Rinoplastias y Septoplastías excepto por Accidente Cubierto y declarado a la Compañía dentro de los 10 (diez) días calendario de ocurrido el accidente.



INICIO

- OO) Consultas, hospitalización, medicamentos y/o tratamientos para Osteopenia, Osteoporosis, Artritis y Artrosis.
- PP) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos, y exámenes complementarios para Retinopatías.
- QQ) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos, y exámenes complementarios para cirugías refractivas oculares.
- RR) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos, y exámenes complementarios para Colagenopatías.
- SS) Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamientos, medicamentos, y exámenes complementarios para Anorexia nerviosa, Bulimia y estados de desnutrición a consecuencia de las mismas.
- TT) Exclusiones de prestaciones y enfermedades para personas mayores a 65 años en atención de Emergencia, Hospitalaria y Ambulatoria de consultas, tratamiento médico quirúrgico y exámenes complementarios para:
1. Cataratas.
  2. Hiperuricemia y gota.
  3. Retinopatías.
  4. Glaucoma.
  5. Hipermetropía – Miopía.
  6. AVC izquémico o hemorrágico.
  7. Enfermedad de Parkinson.
  8. Enfermedad de Alzheimer Demencia.
  9. Arteriosclerótica.
  10. Hipertensión Arterial.
  11. Insuficiencia Renal aguda o crónica.
  12. Enfisema Pulmonar.
  13. Insuficiencia Cardíaca de cualquier etiología.
  14. Ulceras tróficas.
  15. Diverticulosis de Colon.
  16. Dislipidemias.
  17. Bronquitis crónica.
  18. Lumbalgias de cualquier etiología.
  19. Colagenopatías.
  20. Hipotiroidismo – Hipertiroidismo.
  21. Hipoacusias.
  22. Laberintitis de cualquier etiología.
  23. Infarto agudo de miocardio.

NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A.

## Contáctenos

Santa Cruz – Av. Santa Cruz 2do. Anillo (Entre Paraguá y Canal Cotoca) Esq. Jaurú - 3726262  
Cochabamba – Av. América Este N° 385 - 4457100  
La Paz – C/Capital Ravelo N° 2334 - 2442942  
Beni – C/18 de Noviembre N° 142 - 4634109  
Sucre – C/Bustillos N° 154 - 6425196  
Tarija – C/ Ingavi N° 886 Esq. Sevilla - 6654434

[www.nacionalseguros.com.bo](http://www.nacionalseguros.com.bo) • Call center 800-107000



**NACIONAL  
SEGUROS**  
*Compañero de vida*

## SERVICIOS DE EMERGENCIA (SANTA CRUZ) URGENCIAS Y MEDICOS A DOMICILIO

### Servicios de Emergencia Servicio Sin Costo Adicional

- Nuestras ambulancias de Terapia Intensiva Móvil (UTIM tipo III) son únicas en Bolivia y del más alto nivel, fabricadas y equipadas bajo normas internacionales.
  - Nuestro plantel médico está certificado en rescate y atención de emergencia (BLS, ATLS, PHTLS, ACLS).
- Servicio las 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días del año.

Nota: En las emergencias médicas podrá hacer uso de la ambulancia sin ninguna restricción. En caso de los traslados inter-hospitalarios se requerirá de una orden médica.

### SERVICIOS DE ATENCIÓN DE MEDICINA GENERAL A DOMICILIO Servicio Sin Costo Adicional

- (MovilMed) totalmente equipados para atender consultas médicas programadas a domicilio.
- Diagnóstico clínico.
- Cobertura de medicamentos derivados a la asistencia médica, administradas o suministradas en el momento de la atención.
- Orden de tratamiento y exámenes complementarios.
- Derivación a especialistas.

### SERVICIOS DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS Servicio Sin Costo Adicional

- Enfermería a domicilio (Con orden médica):
- Inyectables (*no incluye medicamentos*).
- Colocación de sueros (*no incluye medicamentos*).
- Nebulizaciones.
- Curaciones.

### SERVICIOS DE ESPECIALIDADES MEDICAS A DOMICILIO Solo cancela el coaseguro correspondiente

- ELECTROCARDIOGRAMA
- ESPIROMETRIA
- HOLTER DE RITMO

Horarios de Atención: 8 a.m.- a - 8 p.m. de Lunes a Domingo.

Nota: El servicio requiere la presentación de una orden médica sellada por Nacional Vida para la aplicación del coaseguro. En caso de no contar con la mencionada orden el solicitante podrá acceder al servicio cancelando el 100% del costo.

### ESTOS SERVICIOS ESTAN A SU DISPOSICION

Sienta la seguridad y tranquilidad de estar verdaderamente protegido con Nacional Seguros y MIA.

El personal de MIA tiene un papel vital que cumplir durante el proceso de su atención: Nuestras políticas están basadas en la calidad y calidez de nuestros servicios. Contamos con la flota de ambulancias y vehículos MovilMed más modernas del País, que llevan a nuestro personal médico hasta la comodidad de su hogar con el más moderno equipamiento médico para su atención. Nuestra misión es proteger su vida todos los días!.

A solo llamado cuenta desde hoy con MIA.

MI AMBULANCIA, MI SALUD, MI VIDA

COBERTURA: DENTRO DEL ÁREA URBANA (SANTA CRUZ)



**LINEA: 780-00176**





## SERVICIOS DE EMERGENCIA (LA PAZ)

### SERVICIOS DE ATENCIÓN DE MEDICINA GENERAL A DOMICILIO

- Emergencias y consultas médicas 24/7.
- Consulta médica a domicilio (hasta 5 al mes por familia)
- Servicio de enfermería (3 prácticas al mes)
- Traslados de Emergencia.
- Traslados Programados.
- 

**COMUNICADO**

Los servicios de emergencias médicas y ambulancia brindados por **IMAS SAMI**, están disponibles para nuestros asegurados residentes en la ciudad de La Paz, que cuenten con pólizas de Salud activas y vigentes.

Coordine su atención al:

 **(591) 77780545**

**ATENCIÓN 24 HORAS**

**IMAS SAMI**  
NUESTRA PRESENCIA ES TU VIDA

 **Cel Auxiliares:**  
**77780515 - 64978912**

**SERVICIOS:**

- Emergencias y urgencias médicas 24/7.
- Consulta médica a domicilio (hasta 5 al mes por familia).
- Servicio de enfermería (3 prácticas al mes).
- Traslado de emergencias.
- Traslados programados.

 



**NACIONAL  
SEGUROS**  
*Compañero de vida*

## SERVICIOS DE EMERGENCIA (COCHABAMBA)



### SERVICIOS DE ATENCION MEDICA – AMBULANCIA – A DOMICILIO

Traslado simple programado  
Traslado de emergencia  
Traslado de emergencia COVID  
Traslado UTI  
Traslado interprovincial programado (Quillacollo- Sacaba)  
Traslado interprovincial COVID (Quillacollo –Sacaba)  
Traslado ida y vuelta dentro de la ciudad  
Consulta médica programada a domicilio

Consulta médica de emergencia a domicilio  
Consulta médica en consultorio  
Inyectables o suero a domicilio  
Inyectables o suero en consultorio  
Curaciones en domicilio  
Curaciones en consultorio  
Nebulizaciones en domicilio

### TELEFONO DE EMERGENCIAS:

**4066911**

**Celular- WhatsApp: 71428336**

### DIRECCION:

**Calle Las Yedras N° 861 entre Calle Los Jazmines y Calle Luis Calvo.**





## GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE SISTEMA CERRADO

### GUÍA DE PROCEDIMIENTOS EN CASO QUE NECESITES ACUDIR AL

**SISTEMA CERRADO:** Mediante red de proveedores, médicos, farmacias, laboratorios de análisis clínicos, centros de diagnósticos, clínicas u otros centros especializados adscritos o que forman parte de nuestra red de proveedores de Nacional Seguros, mismos que se adjuntan a la póliza.

### ¿QUÉ PASOS DEBES SEGUIR PARA RECIBIR LA ATENCIÓN MÉDICA QUE NECESITAS?

A continuación te brindamos un detalle de los pasos que debes seguir para recibir atención en los casos de consultas médicas, farmacias, exámenes complementarios y clínicas:

- Portar siempre y presentar tu credencial de asegurado (**Tarjeta naranja**)
- Presentar tu cédula de identidad

Además en los casos siguientes debes:

#### a) CONSULTAS MÉDICAS

- Firmar el formulario de solicitud de beneficios red de Nacional Seguros, llenada por el médico.
- Cancelar el valor de \$us.10 por el coaseguro correspondiente.

#### b) FARMACIAS

- Presentar el recetario para farmacias, que le haya sido entregado por el médico o institución de la red (El recetario debe presentar el diagnóstico determinado por el médico, de lo contrario será rechazado por la farmacia).
- Cancelar a la farmacia el porcentaje de coaseguro, establecido en tu póliza.

#### LABORATORIOS CLÍNICOS Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Presentar a la compañía el formulario de orden de exámenes debidamente llenado por el médico, para su respectiva autorización y emisión de las órdenes de servicio.

- Acudir con las órdenes de servicio para realizarte los estudios correspondientes.

- Cancelar al laboratorio clínico y/o centros de diagnóstico el porcentaje de coaseguro, establecido en tu póliza.

#### d) CLÍNICAS

En caso de atención ambulatoria de emergencia por enfermedad:

- Cancelar el coaseguro de \$us.10 por la consulta, coaseguro por otras prestaciones según lo establecido en tu póliza.
- Si requieres de otro servicio posterior a la emergencia, este tendrá que ser autorizado por la compañía previamente.

En caso de atención ambulatoria de emergenciaaccidental:

- Dar parte del centro médico a la compañía de manera inmediata.
- El centro médico deberá gestionar ante la compañía, todas las órdenes de servicios médicos que se requieren para tu atención integral, hasta que seas dado de alta.

- No pagarás ningún tipo de atención prestada en el centro médico, dentro de las primeras 48 horas.

En caso de una internación programada:

- Presentar a la compañía la solicitud de internación, emitida por el médico para su respectiva autorización.

En caso de internación de emergencia:

- Tendrás que asumir en su totalidad cualquier costo, producto de los gastos incurridos por servicios prestados, prestación o coberturas que no se encuentren establecidas en tu póliza.



## GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE SISTEMA ABIERTO

### GUÍA DE PROCEDIMIENTOS EN CASO QUE NECESITES ACUDIR AL

**SISTEMA ABIERTO:** Médicos, farmacias, laboratorios de análisis clínicos, centros de diagnóstico, clínicas u otros centros especializados que no están adscritos a la red de proveedores de Nacional Seguros.

### ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBES PRESENTAR PARA RECIBIR EL REEMBOLSO?

A continuación te brindamos un detalle de la documentación que debes presentar para recibir el reembolso de consultas médicas, farmacias, exámenes complementarios y clínicas:

- Informe médico en hoja membretada, en el que se detalle nombre completo del paciente, diagnóstico; además de la firma y el sello del médico tratante.
- Solicitar la factura y presentarla por la prestación realizada, a nombre de:

**Nacional Seguros Vida y Salud S.A. - NIT: 1028483024**

### ADEMÁS EN LOS CASOS SIGUIENTES DEBES AGREGAR:

a) **FARMACIAS** - Para el reembolso de medicamentos:

Recetario médico; detallando en éste nombre y cantidades de los medicamentos solicitados.

b) **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:**

Solicitud de exámenes complementarios y resultados clínicos de éstos.

c) **CLÍNICAS** - En caso de internación programada o de emergencia:

- Respaldo de los estudios realizados (Exámenes de laboratorio u otros).
- Detalle de medicamentos y cantidades utilizadas.
- Honorarios del equipo médico detallados de forma individual.
- Servicios brindados por la clínica, detallados de forma individual.

### ¿CUÁLES SON LOS PLAZOS DE REEMBOLSO?

- La documentación para solicitar reembolsos se debe presentar dentro de los 15 días como máximo, de realizadas las prestaciones médicas.
- Las notas fiscales o facturas deberán presentarse como máximo hasta el último día hábil del mes en curso, caso contrario se descontará el valor del crédito fiscal.
- Los reembolsos menores de Bs. 1.800 serán realizados en efectivo y al momento.
- Montos mayores a Bs. 1.801 serán reembolsados en un plazo máximo de 7 días hábiles, una vez se hayan cumplido con todos los requisitos anteriormente descritos.

### IMPORTANTE:

La compañía reembolsará el porcentaje convenido en las prestaciones ambulatorias, tomando como base los valores descritos en los aranceles médicos valorados de Nacional Seguros Vida y Salud S.A. y en el arancel del colegio médico de cada ciudad; previa presentación de la documentación anteriormente mencionada.