

ESTRUCTURA DEL PRODUCTO

LAS COBERTURAS GOLD, SILVER Y BÁSICA

MÓDULO OBLIGATORIO



MÓDULOS OPCIONALES



*Sólo en relación con las coberturas Gold y Silver del plan Proseguros - IHI First Choice.

LISTA DE REEMBOLSOS

VÁLIDA A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2005

Los gastos serán reembolsados según las tarifas expuestas a continuación en las páginas 4 a 8.

En ningún caso los reembolsos excederán la cobertura máxima anual por persona y año de póliza de

USD 1.000.000 (para el plan Proseguros - IHI First Choice Gold)

ó

USD 500.000 (para el plan Proseguros - IHI First Choice Silver)

ó

USD 500.000 (para el plan Proseguros - IHI First Choice Básico)

Un deducible de USD 250, 1.000, 2.500, 5.000 ó 10.000 estará vigente en relación con su póliza de seguro.

Usted recibirá la compensación respectiva cuando los gastos pertinentes excedan el importe del deducible. Éste –a su vez– será descontado por persona y por año de póliza, independientemente del número de módulos elegidos.

Así mismo, un coaseguro será aplicado sobre las facturas médicas correspondientes a cada hospitalización que tenga lugar en los Estados Unidos o en Canadá.

Una vez que tanto las tarifas de reembolso máximas como el deducible hayan sido alcanzados, la Compañía reembolsará:

bajo la cobertura Proseguros - IHI First Choice Gold: el 80% de los primeros USD 5.000; y el 100% del importe restante;

bajo la cobertura Proseguros - IHI First Choice Silver: el 80% de los primeros USD 10.000, y el 100% del importe restante;

bajo la cobertura Proseguros - IHI First Choice Básica: el 60% de los primeros USD 10.000, y el 80% del importe restante.

No se aplicará ningún coaseguro sobre los beneficios de parto.

Todas las cantidades aparecen indicadas en USD.

Por favor, tenga en cuenta que la Lista de Reembolsos es parte de las Condiciones de la Póliza. Por tal razón, es absolutamente recomendable la lectura cuidadosa de ambos textos.

LAS COBERTURAS SILVER Y GOLD DEL PLAN PROSEGUROS - IHI FIRST CHOICE: MÓDULO 1. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Cobertura máxima USD	Silver	Gold
Cobertura máxima por persona por año de póliza	500.000	1.000.000
Hospitalización y tratamiento hospitalario		
Habitación privada o semiprivada, por día y por un máximo de 240 días consecutivos	500	700
Habitación en cuidados intensivos, máximo por día	1.000	2.250
Alojamiento en el hospital para uno de los padres que acompañe a un hijo asegurado menor de 18 años, máximo por día	No	300
Cirugía	100%	100%
Anestesia	100%	100%
Tratamiento médico, análisis de laboratorio y radiografías	100%	100%
Tratamiento con medicamentos durante la hospitalización	100%	100%
Tratamiento de quimioterapia y radiación por Cáncer	100%	100%
Tratamiento de Diálisis por Insuficiencia Renal	100%	100%
Prótesis, dispositivos de corrección y artículos médicos médicamente requeridos e implantados durante cirugía	100%	100%
Tratamiento ambulatorio en clínica u hospital		
Cirugía ambulatoria	100%	100%
Un día de exámenes prequirúrgicos de preparación para la anestesia en relación con una cirugía planeada	100%	100%
Quimioterapia y radiación para el tratamiento de Cáncer y tratamiento de Diálisis por Insuficiencia Renal	100%	100%
Trasplante de órganos		
Trasplante de órganos, máximo por diagnóstico y curso de tratamiento; todo incluido Solamente se cubren trasplantes de órganos humanos	150.000	300.000
<i>Tanto la obtención del órgano como el trasplante mismo deberán ser preaprobados por la Compañía</i>		
Tratamiento en sala de emergencias		
Tratamiento en sala de emergencias en relación con una enfermedad o un accidente agudos	100%	100%
Tratamiento odontológico de emergencia debido a un accidente serio que requiera hospitalización, hasta un máximo de	100% 450	100% 800
<i>En caso de dudas, será el médico odontólogo de la Compañía quien tome la decisión</i>		
Rehabilitación prescrita		
Rehabilitación médicamente prescrita en un centro autorizado de rehabilitación en relación con una hospitalización por accidente o enfermedad grave Máximo por día todo incluido Máximo de 30 días por incidente	No	400
<i>El servicio de rehabilitación deberá ser preaprobada por la Compañía</i>		

Enfermera en el hogar		
Tratamiento en el hogar por una enfermera autorizada, prescrito después de una hospitalización por accidente o enfermedad grave, Máximo por día, todo incluido Máximo de 30 días por incidente	100	250
<i>El servicio de enfermera en el hogar deberá ser preaprobado por la Compañía</i>		

Maternidad y parto		
Parto normal y parto complicado, todo incluido Tratamientos pre y postnatales sólo serán reembolsados si se ha ampliado la cobertura, adicionando el Módulo 2 de Tratamientos Ambulatorios <i>El beneficio de maternidad es susceptible de la aplicación del deducible; pero no del coaseguro</i> <i>Una cesárea elegida se reembolsará de acuerdo con la tarifa de reembolso de parto normal y parto complicado</i> <i>Parto como consecuencia de tratamiento de fertilidad será reembolsado de acuerdo con la tarifa de reembolso de parto normal y parto complicado</i>	3.000	6.500

Cobertura de niños recién nacidos		
Cobertura automática de niños recién nacidos, acogidos entonces bajo la póliza de seguro de la madre.	Sí	Sí
Proseguros - IHI First Choice Gold: Los niños que nazcan después del período de espera para maternidad de 10 meses serán incluidos automáticamente en la póliza de sus padres	-	100%
Proseguros - IHI First Choice Silver: La cobertura de niños recién nacidos durante sus primeros 90 días de vida, incluyendo condiciones médicas congénitas Niños de entre 90 días y 18 años de edad tendrán cubiertas condiciones congénitas. Máximo de por vida	50.000 100.000	- -

Transporte terrestre		
Transporte de emergencia al hospital por tierra en ambulancia local	700	1.500

Cobertura de emergencia fuera del área geográfica		
Cobertura mundial de gastos médicos en caso de una enfermedad o lesión aguda durante un viaje de placer o de negocios de hasta 30 días por viaje	100%	100%
<i>Deberá ser preaprobada por la Compañía</i>		

SERVICIOS ESPECIALES

Beneficios de bienestar		
IHI ofrece una amplia serie de servicios especiales a compañías y empleados que desean mantenerse saludables. Los servicios les son ofrecidos a través de nuestras páginas web www.ihl.com y www.wellbeinguniversity.com . Ustedes tendrán acceso a evaluaciones tanto de orden individual como de orden organizacional; y podrán también consultar nuestros médicos online y nuestros médicos especialistas para obtener consejos y planeación en aspectos de salud. Mayor información a este respecto se encuentra disponible en el folleto sobre el producto bajo los títulos IHI Wellbeing University e IHI Optimyse		

IHI Optimyse		
Acceso a los médicos especialistas de IHI: consejos generales y segundas opiniones	Gratis	Gratis
Servicios online, tales como la posibilidad de administrar su póliza online	Gratis	Gratis
Acceso a una serie de informaciones relacionadas con la salud	Gratis	Gratis

LA COBERTURA BÁSICA DEL PLAN PROSEGUROS - IHI FIRST CHOICE: MÓDULO 1. HOSPITALIZACIÓN

Cobertura máxima USD	80%
Cobertura máxima por persona por año de póliza	500.000
Hospitalización	
Habitación privada o semiprivada, por día y por un máximo de 240 días consecutivos	500
Habitación en cuidados intensivos, por día	1.000
Cirugía	80%
Anestesia	80%
Tratamiento médico, análisis de laboratorio y radiografías	80%
Tratamiento con medicamentos durante la hospitalización	80%
Tratamiento de quimioterapia y radiación por Cáncer	80%
Prótesis, dispositivos de corrección y artículos médicos médicamente requeridos e implantados durante cirugía	80%
Tratamiento ambulatorio en clínica u hospital	
Cirugía ambulatoria	80%
Un día de exámenes prequirúrgicos de preparación para la anestesia en relación con una cirugía planeada	80%
Quimioterapia y radiación para el tratamiento de Cáncer	80%
Trasplante de órganos	
Trasplante de órganos, máximo por diagnóstico y curso de tratamiento; todo incluido Solamente se cubrirán trasplantes de órganos humanos	150.000
<i>Tanto la obtención del órgano como el trasplante mismo deberán ser preaprobados por la Compañía</i>	
Tratamiento en sala de emergencias	
Tratamiento en sala de emergencias en relación con una enfermedad o un accidente agudos	450

SERVICIOS ESPECIALES

Beneficios de bienestar	
<p>IHI ofrece una amplia serie de servicios especiales a compañías y empleados que desean mantenerse saludables. Los servicios les son ofrecidos a través de nuestras páginas web www.ihl.com y www.wellbeinguniversity.com. Ustedes tendrán acceso a evaluaciones tanto de orden individual como de orden organizacional; y podrán también consultar nuestros médicos online y nuestros médicos especialistas para obtener consejos y planeación en aspectos de salud. Mayor información a este respecto se encuentra disponible en el folleto sobre el producto bajo los títulos IHI Wellbeing University e IHI Optimyse</p>	
IHI Optimyse	
Acceso a los médicos especialistas de IHI: consejos generales y segundas opiniones	Gratis
Servicios online, tales como la posibilidad de administrar su póliza online	Gratis
Acceso a una serie de informaciones relacionadas con la salud	Gratis

MÓDULO 2. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS*

Tratamientos Ambulatorios	Silver	Gold
Cobertura máxima, por persona y por año de póliza	20.000	30.000
Médicos generales y especialistas		
Médicos, máximo por consulta	50	100
Consultas con especialistas, máximo por consulta	50	100
Intervención quirúrgica en consultorio, hasta un máximo de	400	500
Psiquiatras, máximo por consulta	No	100
<i>Máximo 30 consultas con médicos, especialistas y/o psiquiatras por año de póliza</i>		
Chequeos generales; máximo por año de póliza, todo incluido	No	250
Consulta con un dietista autorizado, médicamente prescrita, 4 consultas por año de póliza; máximo por consulta	No	70
Quiroprácticos; máximo por consulta, incluido el tratamiento	No	60
Fisioterapeutas; máximo por consulta, incluido el tratamiento	No	60
<i>Máximo 40 consultas con quiroprácticos y fisioterapeutas por año de póliza</i>		
Ecocardiografías, exámenes de ultrasonido; máximo por examen, todo incluido	350	600
Escanos TAC; máximo por escán, todo incluido	400	750
Escanos IRM y PET; máximo por escán, todo incluido	375	800
Endoscopias como p.ej. gastroscopia, colonoscopia, cistoscopia; máximo por examen, todo incluido	375	725
Radiografías; máximo por examen, todo incluido	200	300
Análisis de laboratorio; máximo por examen, todo incluido	150	250

MÓDULO 3. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS AUXILIARES*

Medicamentos y Dispositivos Auxiliares	Silver	Gold
Cobertura máxima por persona y por año de póliza	500	1.000
Drogas y medicamentos		
Medicamentos prescritos tras una hospitalización o una cirugía ambulatoria, máximo por año de póliza	100%	100%
Cabestrillos, vendajes y plantillas; así como arrendamiento de aparatos médicos	100%	100%
<i>Una prescripción hospitalaria a este respecto deberá acompañar al Formulario de Solicitud de Reembolso</i>		
Drogas y medicamentos prescritos, máximo por año de póliza	No	500

MÓDULO 4. EVACUACIÓN MÉDICA

Evacuación Médica – Deberá ser <i>preaprobada</i> por la Compañía Cobertura máxima por persona y por año de póliza	Básica 25.000	Silver 25.000	Gold 75.000
Ambulancia Aérea			
Servicios de emergencia de ambulancia aérea Máximo por persona por año de póliza	25.000	25.000	75.000
Transporte en ambulancia aérea al lugar de tratamiento apropiado y cercano en caso de enfermedad grave y aguda o de una lesión grave, y de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado	Sí	Sí	Sí
Los gastos de un familiar o amigo que acompañe al asegurado durante el transporte	Sí	Sí	Sí
Los gastos del viaje de regreso, una vez concluido el tratamiento	Sí	Sí	Sí
En caso de fallecimiento, transporte del fallecido y diligencias legales, tales como embalsamamiento y ataúd de zinc	Sí	Sí	Sí
Viaje aéreo de emergencia del cónyuge para visitar al asegurado hospitalizado en el extranjero	Sí	Sí	Sí

MÓDULO 5. ODONTOLOGÍA*

Odontología Cobertura máxima por persona por año de póliza	Silver 1.500	Gold 1.500
Tratamiento dental general		
Revisión	50%	50%
Limpieza dental	50%	50%
Todo tipo de empastes; por empaste	50%	50%
Tratamiento de conductos; por pieza	50%	50%
Extracción de dientes; por pieza	50%	50%
Intervención quirúrgica	50%	50%
Radiografía	50%	50%
Asistencia especial	50%	50%
Tratamiento odontológico de rutina, por curso de tratamiento; todo incluido, máximo	75	75
Tratamiento odontológico de rutina; por año de póliza, máximo	1.000	1.000
Tratamiento dental especial		
Puentes	50%	50%
Coronas	50%	50%
Paradentosis	50%	50%
Ortodoncia	50%	50%
Dentaduras	50%	50%
Tratamiento especializado, por curso de tratamiento; todo incluido, máximo	250	250
Tratamiento especializado; por año de póliza, máximo	500	500

*Sólo en relación con las coberturas Gold y Silver del plan Proseguros - IHI First Choice.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

ART. 1 ACEPTACIÓN

- 1.1 Progreso Compañía de Seguros S.A. (Proseguros), en adelante denominadas la Compañía, conjuntamente con International Health Insurance danmark a/s (la administradora de este seguro), suscribe un acuerdo contractual corporativo con la compañía u organización (el Titular del Seguro), con el objeto de asegurar a los empleados y a sus dependientes (el Asegurado). Los términos de aceptación aparecen indicados en la póliza de seguro.
- 1.2 En caso de que se produzca un cambio en el estado de salud del solicitante después de que la solicitud haya sido firmada, pero antes de su aprobación por parte de la Compañía, el solicitante y/o el Titular del Seguro tendrán la obligación de informarle inmediatamente a la Compañía sobre dicho cambio.

ART. 2 FECHA DE INICIO

- 2.1 La fecha de inicio del seguro para cada persona asegurada se hará constar en la póliza de seguro.

ART. 3 PERÍODOS DE ESPERA EN RELACIÓN CON NUEVOS CONTRATOS DE SEGURO

- 3.1 Al celebrarse un nuevo contrato de seguro, el derecho de compensación no entrará en vigor hasta cuatro (4) semanas después de la fecha de inicio del seguro. Sin embargo, no habrá período de espera alguno cuando el Titular del Seguro pueda probar la transferencia simultánea de un seguro corporativo equivalente con otra compañía internacional de seguros de salud.
- 3.1.1 Sin embargo, en caso de enfermedad grave y aguda y/o de lesión grave, el derecho de compensación entrará en vigor a partir de la fecha de inicio del seguro.
- 3.1.2 No obstante, para los gastos relacionados con embarazos, partos y sus secuelas, el derecho de compensación entrará en vigor contados diez (10) meses a partir de la fecha de inicio del seguro.
- 3.1.3 Para los gastos relacionados con una condición psiquiátrica y sus secuelas, el derecho de compensación entrará en vigor contados veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de inicio del seguro.
- 3.1.4 El derecho de compensación, para los gastos incurridos por concepto de tratamiento dental especial, sólo entrará en vigencia a los veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de inicio del seguro.

- 3.2 Si el Titular del Seguro suscribe una ampliación de la cobertura, el derecho de compensación bajo tal cobertura ampliada entrará en vigor a partir de la fecha de inicio de la misma. Sin embargo, los Artículos 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 y 3.1.4 permanecerán vigentes. Durante el período de espera de la ampliación seguirá vigente la cobertura anterior.

ART. 4 QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO

- 4.1 El seguro cubrirá al(a los) asegurado(s) nombrado(s) en la póliza de seguro.
- 4.1.1 El coaseguro de un hijo estará sujeto a:
- que el hijo sea menor de veinticinco (25) años; y
 - que el hijo esté registrado bajo la misma dirección que la persona que ostenta la patria potestad; o
 - que el hijo sea estudiante a tiempo completo
- 4.1.2 El seguro cubrirá a los hijos recién nacidos, de acuerdo con la cobertura elegida y las tarifas de reembolso vigentes tal como aparecen indicadas en la Lista de Reembolsos.
- 4.2 Una solicitud deberá ser presentado por cada recién nacido y/o cada niño adoptado.
- 4.2.1 Sin embargo, para Proseguros - IHI First Choice Gold y Silver, se tendrá en cuenta lo siguiente: Si el seguro de uno de los padres ha estado en vigor durante diez (10) meses –como mínimo– los recién nacidos de los padres podrán ser asegurados, sin que sea necesario presentar una solicitud, a excepción de lo estipulado en el Art. 12.2 h). Una copia del certificado de nacimiento deberá ser presentada dentro de un término de tres (3) meses a partir de la fecha del nacimiento.

ART. 5 DÓNDE ES EFECTIVA LA COBERTURA

- 5.1 La cobertura del seguro será efectiva en el área geográfica elegida tal como aparezca estipulada en la póliza de seguro.
- 5.1.1 El Titular del Seguro podrá cambiar tal zona geográfica a partir de la fecha de aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un (1) mes de anticipación y sujeto a la aprobación de la Compañía.
- 5.2 El seguro cubrirá los gastos médicos relacionados con enfermedad o lesión agudas durante viajes de negocios y/o de placer en países localizados fuera de la zona geográfica estipulada en la póliza de seguro por un período de treinta (30) días por viaje. La cobertura entrará en vigor cuando el Ase-

gurado salga de su país de residencia o de su sitio de trabajo para iniciar el viaje; y cesará al momento de su regreso al país de residencia, o con la expiración del período de seguro, si ésta tuviera lugar antes del regreso al país de residencia.

ART. 6 QUÉ CUBRE EL SEGURO

- 6.1 El seguro cubrirá los gastos médicos del Asegurado de acuerdo con la cobertura elegida y según las tarifas de reembolso respectivas. Las tarifas de reembolso vigentes aparecen en la Lista de Reembolsos.
- 6.2 Se otorgará la compensación una vez que la Compañía haya comprobado que los gastos de hecho están cubiertos por el seguro, y con la previa recepción de un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente completado, junto con las facturas originales pagadas y especificadas.
- 6.3 Los reembolsos se efectuarán en cuanto los gastos reembolsables superen el deducible anual. El deducible será reducido con las cantidades que no excedan las tarifas máximas estipuladas en la Lista de Reembolsos vigente. El deducible será aplicado por persona y por año de póliza. Cada hospitalización en los Estados Unidos y en Canadá está sujeta a un coaseguro. Cuando se hayan agotado tanto el deducible como los límites específicos determinados, la Compañía reembolsará hasta la tasa de reembolso correspondiente.
 - 6.3.1 En caso de un accidente, no se aplica ni el deducible ni el coaseguro para el período de la primera hospitalización.
- 6.4 Los médicos, especialistas, etc. que realicen el tratamiento deberán estar legalmente autorizados en el país donde ejerzan su profesión. Además, el procedimiento deberá estar autorizado por el Ministerio de Sanidad Pública del país donde tenga lugar el tratamiento. Métodos de tratamiento todavía no autorizados por el Ministerio de Sanidad Pública, pero en estado de investigación científica, serán cubiertos si son aprobados previamente por los médicos especialistas de la Compañía.
- 6.5 En ningún caso, el importe de la compensación excederá el importe de la factura. Si el Asegurado recibiera una compensación por parte de la Compañía que de hecho excede el importe que le corresponde, el Asegurado estará obligado a devolverle de inmediato a la Compañía la cantidad excedente.

- 6.6 Los pagos de compensación estarán limitados a los precios habituales, razonables y de costumbre del área o del país donde se realice el tratamiento.
- 6.7 Cualquier descuento que haya sido negociado directamente entre la Compañía y los proveedores será utilizado exclusivamente por la Compañía para el beneficio de todas las personas aseguradas bajo este producto.
- 6.8 Cualquier beneficio extraordinario será del arbitrio de la Compañía. Si la Compañía realiza un pago al cual un Asegurado normalmente no tiene derecho bajo las condiciones de su seguro, tal pago contará de todos modos como parte de la suma anual máxima asegurada, por persona por año de póliza.

ART. 7 MÓDULO 1. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO / MÓDULO 1. HOSPITALIZACIÓN

- 7.1 La suscripción del Módulo 1 será obligatoria antes de ampliar el seguro con uno o varios módulos suplementarios. Las condiciones especiales listadas a continuación serán también vigentes:
 - 7.1.1 El Módulo 1 cubrirá todos los gastos médicos incurridos en relación con la hospitalización del Asegurado, de acuerdo con el deducible elegido y las tarifas de reembolso vigentes; tal como aparecen indicadas en la Lista de Reembolsos. Se requerirá que el Asegurado sea hospitalizado para obtener compensación en el marco de este módulo.
 - 7.1.2 La Compañía deberá recibir notificación inmediatamente acerca de todo ingreso o estancia en hospitales conforme al Art. 13.3.

ART. 8 MÓDULO 2. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

- 8.1 Si se ha ampliado la cobertura del seguro para que incluya el Módulo 2, las condiciones especiales listadas a continuación también serán vigentes:
 - 8.1.1 El Módulo 2 sólo podrá suscribirse como un suplemento del Módulo 1.
 - 8.1.2 El Módulo 2 cubrirá los gastos del Asegurado de acuerdo con el deducible elegido y las tarifas de reembolso vigentes tal como aparecen indicadas en la Lista de Reembolsos.
 - 8.1.3 Todas las facturas por gastos derivados de tratamientos ambulatorios deberán serle presentadas a la Compañía, enviándole un Formulario de Solicitud de

Reembolso junto con las facturas originales, pagadas y especificadas, y provistas con el número de la póliza. Las facturas de los médicos deberán también llevar una indicación del diagnóstico de la enfermedad tratada.

ART. 9 MÓDULO 3. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS AUXILIARES

- 9.1 Si se ha ampliado la cobertura del seguro para que incluya el Módulo 3, las condiciones especiales listadas a continuación también serán vigentes:
- 9.1.1 El Módulo 3 sólo podrá suscribirse como un suplemento del Módulo 1.
- 9.1.2 El Módulo 3 cubrirá los gastos de acuerdo con el deducible elegido y las tarifas de reembolso vigentes tal como aparecen en la Lista de Reembolsos.
- 9.1.3 Todas las facturas por gastos incurridos en concepto de medicamentos y dispositivos auxiliares en relación con el tratamiento de pacientes no hospitalizados deberán serle presentadas a la Compañía, enviándole un Formulario de Solicitud de Reembolso junto con las facturas originales, pagadas y especificadas, y provistas con el número de la póliza.
- 9.1.4 Las facturas por concepto de medicamentos deberán estar acompañadas de una copia de la prescripción médica.

ART. 10 MÓDULO 4. EVACUACIÓN MÉDICA

- 10.1 Si se ha ampliado la cobertura del seguro para que incluya también el Módulo 4, las condiciones especiales listadas a continuación también serán vigentes:
- 10.1.1 El Módulo 4 sólo podrá suscribirse como un suplemento del Módulo 1.
- 10.1.2 El Módulo 4 cubrirá los gastos razonables incurridos en concepto de la evacuación médica del Asegurado en relación con una enfermedad grave y aguda, una lesión grave o su fallecimiento, conforme a las tarifas de reembolso vigentes tal como aparecen indicadas en la Lista de Reembolsos.
- 10.1.3 La cobertura estará sujeta a un mutuo acuerdo entre el médico tratante y el médico especialista de la Compañía sobre la necesidad de trasladar al asegurado. El transporte tendrá como destinación el lugar de tratamiento adecuado más cercano, y sólo será aprobado en caso de que no sea posible obtener localmente el tratamiento necesario.

- 10.1.4 El seguro cubrirá los gastos razonables y necesarios en concepto de transporte de una persona que acompañe al Asegurado.
- 10.1.5 Se cubrirá, como máximo, un (1) transporte en el curso de una (1) enfermedad.
- 10.1.6 El Módulo 4 será vigente únicamente si la enfermedad está cubierta por el seguro.
- 10.1.7 Si el Asegurado ha sido evacuado con el objeto de recibir tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de regreso del Asegurado y de su acompañante –si lo hubiera– al domicilio del Asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, tres (3) meses después de concluido el tratamiento. Se cubrirán, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje aéreo en clase económica.
- 10.1.8 Cuando el Asegurado sea hospitalizado en el extranjero, el seguro cubrirá los gastos en concepto del viaje de emergencia en avión de su cónyuge al lugar de la hospitalización. Los gastos cubiertos incluirán un viaje de regreso en clase económica, el cual –a su vez– deberá ocurrir a más tardar al mismo tiempo que el viaje de regreso del paciente.
- 10.1.9 En caso de que el Asegurado haya recibido tratamiento cubierto por el seguro y de que haya alcanzado ahora la fase terminal, se les reembolsarán a él o a ella y a la persona acompañante –si la hubiera– los gastos del viaje de regreso al lugar de residencia del Asegurado paciente.
- 10.1.10 En caso de fallecimiento, se cubrirán los gastos de repatriación del difunto, así como los gastos de las diligencias legales, tales como embalsamamiento y ataúd de zinc. Los parientes más cercanos tendrán las siguientes opciones:
- a) incineración del difunto y repatriación de la urna; o bien
 - b) repatriación del difunto.
- 10.1.11 La Compañía no será responsable ni de retrasos ni de restricciones en relación con el transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, así como tampoco de restricciones impuestas por autoridades públicas o por el piloto, u otras situaciones que sean ajenas a la Compañía.
- 10.1.12 Los gastos de un transporte cubierto por el seguro, que no sea organizado por la Compañía, se cubri-

rán –como máximo– con el importe equivalente al precio del transporte, si éste hubiera sido organizado por ella.

ART. 11 MÓDULO 5. ODONTOLOGÍA

11.1 Si se ha ampliado la cobertura del seguro para que ésta incluya también el Módulo 5, las condiciones especiales listadas a continuación también serán vigentes:

11.1.1 El Módulo 5 sólo podrá suscribirse como un suplemento para el Módulo 1.

11.1.2 El Módulo 5 cubrirá todos los gastos del Asegurado por concepto de tratamiento odontológico de acuerdo con las tarifas de reembolso vigentes tal como aparecen indicadas en la Lista de Reembolsos.

11.1.3 Todas las facturas por gastos derivados de tratamiento odontológico deberán serle presentadas a la Compañía, enviándole un Formulario de Solicitud de Reembolso junto con las facturas originales, pagadas y especificadas, y provistas con el número de la póliza.

ART. 12 EXCEPCIONES A LA COMPENSACIÓN

12.1 El seguro no cubrirá los gastos médicos relacionados con una enfermedad o lesión ya conocida por el Titular del Seguro y/o por el Asegurado a la hora de solicitar el seguro, a menos que ello haya sido aprobado previamente por la Compañía.

12.2 Además, la Compañía no será responsable de la compensación de gastos relacionados con, causados por, o incurridos como consecuencia de:

- a) toda cirugía y tratamiento estéticos, a no ser que hayan sido médicamente prescritos y aprobados por la Compañía;
- b) operaciones por obesidad;
- c) enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA y enfermedades relacionadas con los anticuerpos VIH (seropositivo). No obstante, se cubrirán las enfermedades relacionadas con el SIDA, y los anticuerpos VIH (seropositivo) en el caso de que verificablemente hayan surgido como consecuencia de una transfusión de sangre, recibida después de la fecha de entrada en vigor del seguro, o en el caso de un accidente ocurrido bajo un trabajo normal. El Asegurado deberá, no obstante, informar a la Compañía de tal accidente antes de transcurridos catorce (14) días y entregar un test de anticuerpos VIH negativo;

- d) abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;
- e) lesión física intencionadamente autoinflingida;
- f) métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;
- g) aborto inducido, a no ser que sea médicamente prescrito;
- h) todo tipo de examen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello, incluyéndose los gastos de embarazo, tratamientos pre y postnatales del(de los) niño(s) recién nacido(s). Por consiguiente, para los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad, siempre se deberá presentar un Formulario de Solicitud y seguir el procedimiento habitual de admisión de la Compañía;
- i) tratamientos de disfunción sexual;
- j) cualquier forma de cuidado que no esté incluido en el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo estancias en establecimientos para cuidados de larga duración, balnearios, clínicas de reposo e instituciones similares;
- k) tratamientos realizados por médicos naturistas u homeópatas, así como medicamentos naturistas u homeopáticos y otros métodos de tratamiento alternativo;
- l) exámenes médicos de rutina a no ser que estén especificados en la Lista de Reembolsos, incluyendo vacunaciones, inyecciones, emisión de certificados, atestados y exámenes médicos de aptitud para empleo o viaje;
- m) tratamientos por enfermedades durante la prestación del servicio militar;
- n) tratamientos de enfermedades o lesiones causadas directa o indirectamente durante la participación activa en:
 - guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad

legítimamente constituida, u operaciones militares, navales, o aéreas (con o sin declaración de guerra);

- o) reacciones nucleares o lluvias radiactivas;
- p) tratamientos realizados por el Asegurado y/o su familia o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a o relacionada con cualquiera de las personas mencionadas;
- q) epidemias sujetas a la gestión de las autoridades públicas;
- r) tratamientos realizados por psicólogos.

Además, para Proseguros - IHI First Choice Silver y Básica, no estará cubierto lo siguiente:

- s) medicamentos, a no ser que estén especificados en la Lista de Reembolsos; y artículos médicos y equipos auxiliares que no hayan sido suministrados durante una hospitalización.
- t) rehabilitación de todo tipo;
- u) deportes a nivel profesional y/o de alto riesgo;
- v) cirugía fetal, definida ésta como la intervención quirúrgica realizada en un niño aún no nacido.

Para Proseguros - IHI First Choice Silver, no estará cubierto lo siguiente:

- w) condiciones congénitas. Sin embargo, los gastos del Asegurado por concepto de tratamientos de condiciones congénitas hasta los dieciocho (18) años de edad serán cubiertos con la aprobación de la Compañía y de acuerdo con las tarifas de reembolso vigentes;

ART. 13 CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

- 13.1 Se deberá enviar a la Compañía un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente completado para todas y cada una de las reclamaciones. Dicho formulario deberá ser completado y firmado por el médico tratante e ir acompañado de las facturas oficiales, originales y especificadas, y de los recibos por concepto del tratamiento practicado. Las fotocopias no serán consideradas como documentación válida.
- 13.2 Se deberá enviar a la Compañía prueba de la reclamación por escrito de inmediato y a más tardar noventa (90) días después de ocurrido el incidente

cubierto por el seguro que sea objeto de la reclamación.

- 13.2.1 Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de la Compañía deberá ser notificada en el término de treinta (30) días a partir de la fecha de la recepción del importe del reembolso.
- 13.3 Toda hospitalización deberá serle comunicada de inmediato a la Compañía, y tal notificación deberá incluir el diagnóstico establecido por el médico. Toda notificación deberá realizarse por teléfono, fax o e-mail; y la Compañía reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.

ART. 14 COBERTURA POR TERCERAS PARTES

- 14.1 En caso de tener otra cobertura médica u otra póliza de seguro, ello deberá declararse ante la Compañía al solicitar un reembolso.
- 14.2 Bajo tales circunstancias, la Compañía coordinará los pagos con otras compañías; y no será responsable de liquidar un monto mayor al proporcional.
- 14.3 Si los gastos son cubiertos –total o parcialmente– bajo otro plan, programa o similar (financiado por un gobierno), la Compañía no será responsable del importe cubierto.
- 14.4 El Titular del Seguro y cualquier otra persona asegurada se comprometen a cooperar con la Compañía y a notificarle inmediatamente sobre cualquier reclamación o derecho contra terceras partes.
- 14.5 Así mismo, el Titular del Seguro y cualquier otra persona asegurada mantendrán a la Compañía informada, y tomarán las medidas correspondientes para reclamar ante terceras partes y salvaguardar los intereses de la Compañía.
- 14.6 En todos los casos, la Compañía tendrá el pleno derecho de subrogación.

ART. 15 PAGO DE LA PRIMA

- 15.1 El Titular del Seguro será responsable del puntual pago de la prima.

ART. 16 INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA COMPAÑÍA

- 16.1 El Titular del Seguro y/o el Asegurado estarán obligados a comunicarle de inmediato por escrito a la Compañía:

- a) Cambios cualesquiera de la residencia principal del Asegurado notificada a la hora de solicitar el seguro o posteriormente; bien sean tales cambios de naturaleza permanente o temporal, y vigentes durante un período mayor a noventa (90) días.
 - b) Cambios de nombre cualesquiera; así como cambios en la cobertura de seguros médicos con otras compañías en el término de un (1) mes después de los cambios.
 - c) La defunción del Asegurado en el término de tres (3) meses a partir de la fecha de fallecimiento.
- 16.2 La Compañía no será responsable de las consecuencias, en caso de que el Titular del Seguro y/o el Asegurado hayan omitido notificarle a la Compañía las disposiciones contenidas en el Art. 16.1.
- 16.3 El Asegurado también estará obligado a proveerle a la Compañía todas las informaciones asequibles y necesarias para la tramitación, por parte de ella, de las reclamaciones que le sean presentadas por el Asegurado.
- 16.4 Así mismo, la Compañía se reservará el derecho de conseguir información sobre el estado de salud del Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc., que atienda o que haya atendido al Asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Compañía, además, se reserva el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del Asegurado.
- 17.3 En caso de que el Titular del Seguro y/o el Asegurado –al momento de la suscripción del seguro o posteriormente– hayan cambiado documentos originales y dado datos incorrectos de modo fraudulento, o hayan ocultado hechos que se consideren de importancia para la Compañía, el contrato de seguro quedara nulo y sin efecto para la misma.
- 17.4 En caso de que el Titular del Seguro y/o el Asegurado –al momento de la suscripción del seguro o posteriormente– hayan dado informaciones incorrectas, el contrato de seguro se anulará; y la Compañía quedará exenta de toda responsabilidad, si la Compañía –de haber sido entregadas las informaciones correctas– no hubiera aceptado el seguro. Si la Compañía hubiera aceptado el seguro, pero bajo otras condiciones, la Compañía será responsable en la medida en que ésta se hubiera comprometido de conformidad con la prima convenida.
- 17.5 En caso de que el Titular del Seguro y/o el Asegurado –al suscribir el seguro– no supieran ni debieran haber sabido que la información dada era incorrecta, la Compañía será responsable como si la información incorrecta no hubiera sido dada.
- 17.6 La Compañía podrá detener o suspender un producto del seguro con previo aviso de tres (3) meses antes del aniversario de la póliza. En tal caso, la Compañía le ofrecerá al Titular del Seguro una cobertura de seguro comparable.

ART. 17 CESIÓN, CANCELACIÓN Y CESE

- 17.1 Nadie podrá, sin el previo consentimiento por escrito de la Compañía, dar en prenda o ceder sus derechos conforme al seguro.
- 17.2 El seguro se renovará automáticamente a cada fecha de aniversario de la póliza, según acuerdo con el Titular del Seguro.
- 17.2.1 El seguro cesará automáticamente, cuando termine la relación laboral entre el Asegurado y el Titular del Seguro a través del cual el seguro haya sido suscrito.
- 17.2.2 Cuando el Asegurado ya no se encuentre cubierto por Proseguros - IHI First Choice, la Compañía podrá ofrecerle otra cobertura en el marco de un plan médico individual. Si la suscripción de Proseguros - IHI First Choice tuvo como base una completa evaluación médica, es posible que la Compañía ofrezca el nuevo seguro al Asegurado bajo las mismas condiciones y términos en que fue aceptado a la hora de suscribir Proseguros - IHI First Choice.
- 17.7 Con el cese del seguro cesará, al mismo tiempo, el derecho de compensación. No obstante, los gastos cubiertos por el seguro y pagados durante la vigencia del mismo se reembolsarán hasta tres (3) meses después del cese del seguro. Las consecuencias de accidentes o enfermedades sufridos durante la vigencia del seguro no estarán cubiertas después del cese del mismo.

ART. 18 LITIGIOS, FUERO, ETC.

- 18.1 Cualquier litigio que pudiera derivarse de o relacionarse con el presente contrato de seguro será resuelto de conformidad con la legislación dominicana, teniendo como fuero competente la Ciudad de Santo Domingo.

El glosario es una guía para su mejor comprensión de la terminología utilizada.

Accidente: Un evento fortuito serio que ocurre sin la intención del Asegurado y que tiene un impacto externo sorpresivo y violento sobre el cuerpo, impacto que –a su vez– resulte en una lesión corporal demostrable y requiera hospitalización.

Ambulatorio: Cirugía o tratamiento médico en clínica u hospital que médicamente no exigen la ocupación de una cama.

Asegurado: Persona que aparece listada en la póliza de seguro vigente.

Cirugía: Tratamiento o intervención quirúrgica, que no incluye exámenes endoscópicos o escanes, aún cuando los mismos requieran anestesia.

Coaseguro: El porcentaje de los gastos médicos que el Asegurado debe pagar, si fuera hospitalizado en los Estados Unidos o en Canadá.

Condiciones de la Póliza: Condiciones y términos del seguro adquirido, p.ej. la Lista de Reembolsos.

Condiciones especiales: Son las restricciones, limitaciones y condiciones determinadas sobre las condiciones generales de la Compañía, tal como se especifican en la póliza de seguro.

Condición preexistente: El historial médico, incluyendo las enfermedades y las condiciones indicadas en la Declaración de Salud, las cuales pueden afectar la decisión de la Compañía de asegurar o no al solicitante o de imponer condiciones especiales sobre su cobertura.

Deducible: La suma total de dinero indicada en la póliza de seguro y que cada Asegurado está de acuerdo en pagar por concepto de gastos médicos por cada año de póliza antes de ser compensado por la Compañía.

Deportes de alto riesgo: cualquier tipo de carrera de motor como, por ejemplo, automóviles, motocicletas, botes o vehículos de tracción; así como cualquier clase de deportes de vuelo o de navegación aérea, de artes marciales, de deportes de altura, canotaje, rugby, fútbol australiano o deportes peligrosos similares.

Deportes profesionales: cualquier tipo de deporte, practicado profesionalmente; es decir, por cuya práctica el participante recibe alguna forma de pago.

Documentos: Cualquier información escrita y relacionada con el seguro, incluyendo facturas originales, documentos de póliza y similares.

Enfermedad grave y aguda y/o lesión seria: se determinará que de hecho se trata de una enfermedad grave y aguda y/o de una lesión seria sólo después de una evaluación y de mutuo acuerdo entre el médico tratante y los médicos especialistas de la Compañía.

Fase terminal: Cuando la probabilidad de que el acontecimiento de la muerte se produzca es muy alta, y se ha descartado médicamente la terapia activa en favor del alivio de los síntomas y el apoyo al paciente y a su familia. Esta decisión deberá ser confirmada por los médicos especialistas de la Compañía.

Fecha de aniversario: Renovación del Seguro que tiene lugar doce (12) meses a partir de la fecha del inicio de la póliza y la misma fecha cada año.

Fecha de inicio: Fecha indicada en el Formulario de Solicitud como fecha de comienzo del seguro, a menos que se especifique lo contrario en las Condiciones de la Póliza del mismo.

Fecha de vencimiento: Fecha en que la prima debe ser pagada.

Hospitalización: Cirugía o tratamiento médico en clínica u hospital, médicamente prescrito, de modo que sea necesaria la ocupación de una cama durante la noche.

Período de espera: Período de tiempo –a partir de la fecha de inicio de la póliza– donde el seguro no cubre, a excepción de lo especificado en el Art. 3.

Póliza de seguro: Detalle de la póliza, donde se especifican el tipo de seguro adquirido, la cobertura, el deducible y cualesquiera condiciones especiales.

Reclamación: La demanda económica cubierta parcial o totalmente por el seguro. Durante la evaluación y la decisión sobre el reembolso, es determinante para la Compañía cuándo tuvo lugar el tratamiento; y no el momento en que ocurrió la lesión/enfermedad.

Renovación: Renovación automática del seguro a partir de la fecha de aniversario de la póliza.

Residencia: La dirección residencial principal durante la vigencia del seguro.

Seguro: Las Condiciones de la Póliza, la póliza de seguro y los términos especiales que se hayan acordado con la Compañía.

Solicitante: La persona indicada en el Formulario de Solicitud y en la Declaración de Salud como solicitante del seguro.

Solicitud: Formulario de Solicitud; y, dependiendo del método de suscripción elegido, la Declaración de Salud.

Subrogación: Derecho que tiene el asegurador de proceder, en nombre del Asegurado, contra terceras partes; así como el derecho por parte del asegurador de requerir el pago al Asegurado, si éste recuperara los gastos de terceras partes.

Tarifas de reembolso: Cantidades máximas que serán pagadas en forma de reembolso de gastos médicos durante un año a partir de la fecha de inicio o de cada fecha de aniversario, según se detallan en las Condiciones de la Póliza.

Titular del Seguro: La compañía u organización que suscribe el seguro y que se identifica como contratante del seguro en el Formulario de Solicitud.

Tratamiento ambulatorio en hospital/clínica: Tratamiento en hospital o clínica, donde por cuestiones médicas el paciente normalmente necesita ocupar una cama por un período menor de 24 horas.

Válidas a partir del 1 de abril de 2005.

Se reserva el derecho de errores u omisiones

OFICINA PRINCIPAL

PROSEGUROS
Progreso Compañía de Seguros, S.A.
Edif. Proseguros
Av. John F. Kennedy No. 1, Ens. Miraflores
Santo Domingo
República Dominicana

Teléfono: (809) 985 - 5000
Fax: (809) 985 - 5187
E-mail: proseguros@progreso.com.do

REEMBOLSOS

International Health Insurance danmark a/s
8 Palaegade
DK - 1261 Copenhagen K
Dinamarca

Teléfono: +45 33 15 30 99
Fax: +45 33 32 25 60
E-mail: ihi@ihi.com

RESPONSE CENTER

International Health Insurance danmark a/s
8 Palaegade
DK - 1261 Copenhagen K
Dinamarca
Horario: 08:00 - 20:00 días laborables

Teléfono: +33 (0)4 92 17 42 42
Fax: +33 (0)4 92 17 42 44
E-mail: response@ihi.com

SUCURSAL EN SANTIAGO

Av. 27 de Febrero esq. José Martí, Edif. Curiel, 2do
Santiago
República Dominicana

Teléfono: (809) 971 - 2076
Fax: (809) 971 - 2078
E-mail: Adipa@progreso.com.do

SUCURSAL EN LA ROMANA

Av. Santa Rosa esq. Fray Juan de Utrera
La Romana
República Dominicana

Teléfono: (809) 556 - 1717
Fax: (809) 813 - 0699
E-mail: edgarl@progreso.com.do

SUCURSAL EN SAN PEDRO DE MACORÍS

Calle Independencia #101
San Pedro de Macorís
República Dominicana

Teléfono: (809) 249 - 0043
Fax: (809) 246 - 4021
E-mail: emmag@progreso.com.do

SUCURSAL EN LAS TERRENAS

Plaza Paseo de La Costanera
Las Terrenas
Semaná
República Dominicana

Teléfono: (809) 240 - 5105
Fax: (809) 240 - 6374

SERVICIO DE EMERGENCIA DE 24 HORAS

TELÉFONO: +45 33 15 33 00

E-MAIL: EMERGENCY@IHI.COM

WWW.PROSEGUROS.COM.DO

WWW.IHI.COM

PROSEGUROS - IHI FIRST CHOICE – REPÚBLICA DOMINICANA

LISTA DE REEMBOLSOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA

De conformidad con la Ley sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana No. 146-02

ÍNDICE

EJEMPLAR DE MUESTRA

■ ESTRUCTURA DEL PRODUCTO

■ LISTA DE REEMBOLSOS

■ CONDICIONES DE LA PÓLIZA

- Art. 1 Aceptación
- Art. 2 Fecha de inicio
- Art. 3 Períodos de espera en relación con nuevos contratos de seguro
- Art. 4 Quién está cubierto por el seguro
- Art. 5 Dónde es efectiva la cobertura
- Art. 6 Qué cubre el seguro
- Art. 7 Módulo 1. Hospitalización y Tratamiento Hospitalario /
Módulo 1. Hospitalización
- Art. 8 Módulo 2. Tratamientos Ambulatorios
- Art. 9 Módulo 3. Medicamentos y Dispositivos Auxiliares
- Art. 10 Módulo 4. Evacuación Médica
- Art. 11 Módulo 5. Odontología
- Art. 12 Excepciones a la compensación
- Art. 13 Cómo presentar una reclamación
- Art. 14 Cobertura por terceras partes
- Art. 15 Pago de la prima
- Art. 16 Información necesaria para la Compañía
- Art. 17 Cesión, cancelación y cese
- Art. 18 Litigios, fuero etc.

■ GLOSARIO