



# ÍNDICE

---

## LISTA DE REEMBOLSOS

### CONDICIONES DE LA PÓLIZA

- ART. 1** Aceptación del seguro
- ART. 2** Cuándo entra en vigor el seguro
- 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** Cobertura de Ambulancia Aérea
- ART. 8** Excepciones a la compensación
- ART. 9** Cómo presentar una reclamación
- ART. 10** Cobertura por terceras partes
- ART. 11** Pago de la prima
- ART. 12** Información necesaria para la Compañía
- ART. 13** Cesión, cancelación y cese
- ART. 14** Litigios, fuero, etc.

### Glosario

# LISTA DE REEMBOLSOS

VÁLIDA A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2005

Los gastos serán reembolsados según las tarifas expuestas a continuación. Los reembolsos se efectuarán en cuanto los gastos reembolsables superen el deducible anual.

La Lista de Reembolsos forma parte de las Condiciones de la Póliza. Por consiguiente, recomendamos leer atentamente ambos textos.

## SU COBERTURA INCLUYE AUTOMÁTICAMENTE LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

COBERTURA MÁXIMA	Gold USD	Diamond USD
Cobertura máxima; por persona, por año de póliza	1.000.000	1.500.000
HOSPITALIZACIÓN Y ASISTENCIA HOSPITALARIA	Gold USD	Diamond USD
Habitación privada o semiprivada, por día por un máx. de 240 días consecutivos	800	1.150
Habitación en cuidados intensivos, por día	2.500	3.250
Alojamiento en el hospital para uno de los padres que acompañe a un hijo asegurado menor de 18 años, por día	300	400
Cirugía	100%	100%
Anestesia	100%	100%
Tratamiento médico, análisis de laboratorio, radiografías	100%	100%
Tratamiento con medicamentos durante la hospitalización	100%	100%
Tratamiento de quimioterapia, medicina 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%
Trasplante de órganos; máx. por diagnóstico y curso de tratamiento, todo incluido	300.000	450.000
Solamente se cubren trasplantes de órganos humanos La obtención del órgano deberá ser <b>preaprobada</b> por la Compañía		
Tratamiento odontológico de emergencia debido a un accidente grave que requiera hospitalización	100%	100%
En caso de dudas, se dejará la decisión a cargo del consultor odontológico de la Compañía		

TRATAMIENTO AMBULATORIO EN CLÍNICA U HOSPITAL	Gold USD	Diamond USD
Cirugía ambulatoria en clínica u hospital	100%	100%
Un día de exámenes prequirúrgicos de preparación para la anestesia en relación con una cirugía planeada	100%	100%
Tratamiento de emergencia debido a enfermedad o accidente agudos	100%	100%
Tratamiento de quimioterapia, medicina y radiación por Cáncer, y tratamiento de diálisis por Insuficiencia Renal	100%	100%

REHABILITACIÓN PRESCRITA	Gold USD	Diamond USD
Rehabilitación médicamente prescrita, y que requiera ingreso en un centro autorizado de rehabilitación; en relación con una hospitalización por accidente o enfermedad graves Máx. por día todo incluido Máx. 30 días por incidente	500	650
<i>El servicio de rehabilitación debe ser <b>preaprobado</b> por la Compañía</i>		

ENFERMERA EN EL HOGAR	Gold USD	Diamond USD
Tratamiento en el hogar por una enfermera autorizada, prescrito después de una hospitalización por accidente o enfermedad grave. Máx. por día, todo incluido Máx. 30 días por incidente	250	300
<i>El servicio de enfermera en el hogar debe ser <b>preaprobado</b> por la Compañía</i>		

HOSPICIO Y TRATAMIENTO TERMINAL	Gold USD	Diamond USD
Hospicio o cuidado terminal en el hogar médicamente prescritos. Máx. por día, todo incluido. Por un máximo de 30 días.	No	400
<i>Hospicio o cuidado terminal debe ser <b>preaprobado</b> por la Compañía</i>		

MATERNIDAD	Gold USD	Diamond USD
Parto normal, parto complicado y cesárea electiva; tratamientos pre y postnatales, inclusive	6.000	7.500
Cesárea médicamente prescrita; tratamientos pre y postnatales, inclusive	10.000	13.000
Parto como consecuencia de tratamiento de fertilidad.	5.000	6.500
<i>Tratamientos pre y postnatales no se encuentran cubiertos. Niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad no serán cubiertos automáticamente, y deberá presentarse una solicitud a nombre suyo</i>		
<i>El deducible elegido deberá ser deducido de las tarifas máximas de reembolso por maternidad. No aplica el coaseguro</i>		

TRATAMIENTO AMBULATORIO	Gold USD	Diamond USD
Médicos, especialistas y/o psiquiatras, máx. por consulta	110	135
Intervención quirúrgica en consultorio, máx.	500	500
<i>Máx. 30 consultas con médicos, especialistas y/o psiquiatras, por año de póliza</i>		
Chequeo general, máx. por año de póliza, todo incluido	250	500
Consulta con un dietista autorizado, médicamente prescrita; 4 consultas por año de póliza, máx. por consulta	70	80
Quiroprácticos u osteópatas; máx. por consulta, incluido el tratamiento	60	80
Fisioterapeutas; máx. por consulta, incluido el tratamiento	60	80
<i>Máx. 40 consultas con quiroprácticos, osteópatas o fisioterapeutas, por año de póliza</i>		
Tratamientos de acupuntura y homeopatía, máx. por consulta Máx. por año de póliza  <i>Tratamientos de acupuntura y homeopatía solamente estarán cubiertos cuando sean realizados por un médico o un especialista que tenga autorización en el país donde ejerza</i>	No	60 240
Medicamentos prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria; máx. por persona, por año de póliza  <i>La prescripción del hospital debe acompañar al Formulario de Solicitud de Reembolso</i>	750	3.000
Medicamentos prescritos; máx. por persona, por año de póliza  <i>La prescripción debe acompañar al Formulario de Solicitud de Reembolso</i>	No	300
Ecocardiografías, ultrasonidos; etc. máx. por examen, todo incluido	600	650
TAC; máx. por escán, todo incluido	800	1.100
IRM y PET; máx. por escán, todo incluido	850	1.300
Endoscopias; p.ej., gastroscopia, colonoscopia, cistoscopia; máx. por examen, todo incluido	750	850
Radiografías; máx. por examen, todo incluido	300	350
Análisis de laboratorio; máx. por examen, todo incluido	250	300

TRANSPORTE TERRESTRE	Gold USD	Diamond USD
Transporte de emergencia al hospital por tierra en ambulancia local	1.500	1.500

AMBULANCIA AÉREA	Gold USD	Diamond USD
Servicios de transporte en ambulancia aérea de emergencia, máx. por persona por año de póliza	25.000	25.000
Transporte en ambulancia aérea al lugar de tratamiento más 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
Los gastos de un familiar o amigo que acompañe al asegurado durante el transporte	Sí	Sí
Los gastos del viaje de regreso, una vez concluido el tratamiento	Sí	Sí
En caso de fallecimiento, transporte del fallecido y diligencias legales; tales como embalsamamiento y ataúd de cinc	No	Sí
<i>Los servicios de ambulancia aérea deben ser <b>preaprobados</b> por la Compañía</i>		

IHI OPTIMYSE		
Acceso a los consultores médicos 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 y el Programa de Bonificación de IHI	Gratis	Gratis

## SEGUROS SUPLEMENTARIOS

SUPLEMENTO DE AMBULANCIA AÉREA (NO SE INCLUYE AUTOMÁTICAMENTE)	Suplemento USD
Cobertura máxima por persona, por año de póliza	50.000
Servicios de transporte de emergencia en ambulancia aérea como suplemento a la cobertura ofrecida bajo el Premier 1 Plan Médico	Sí
En caso de fallecimiento, transporte del fallecido y diligencias legales; tales como embalsamamiento y ataúd de cinc	Sí
Gastos de viaje aéreo de emergencia incurridos por el (la) cónyuge a fin de visitar al asegurado hospitalizado en otro país	Sí
<i>Los servicios de ambulancia aérea deben ser <b>preaprobados</b> por la Compañía</i>	
PROSEGUROS - IHI ENFERMEDADES CRÍTICAS (NO SE INCLUYE AUTOMÁTICAMENTE)	Suplemento USD
Cobertura de 11 enfermedades y cirugías críticas. Usted puede elegir entre las siguientes 4 sumas a asegurar	25.000
	50.000
	75.000
	100.000
<i>Las condiciones que regulan el plan IHI Enfermedades Críticas se encuentran en publicación por separado</i>	
PROSEGUROS - IHI SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES (NO SE INCLUYE AUTOMÁTICAMENTE)	Suplemento USD
Cobertura de discapacidad o muerte accidental. Usted puede elegir entre las siguientes 3 sumas a asegurar	50.000
	100.000
	150.000
<i>Las condiciones que regulan el plan IHI Seguro contra Accidentes Personales se encuentran en publicación por separado</i>	

# CONDICIONES DE LA PÓLIZA

VÁLIDAS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2005

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

## ART. 1 ACEPTACIÓN DEL SEGURO

**1.1:** Progreso Compañía de Seguros, S.A. (Proseguros), en adelante denominada la Compañía, conjuntamente con International Health Insurance danmark a/s (la administradora de este seguro), decidirán si el seguro puede aceptarse. Para que el seguro se acepte y la responsabilidad de la Compañía sea efectiva, la solicitud de admisión debe haber sido aprobada por la Compañía; y la prima correspondiente, pagada a la Compañía.

**1.2:** Para que el seguro sea aceptado por la Compañía, debe presentarse una solicitud de admisión antes de cumplir los setenta y cinco (75) años. La Compañía se reserva el derecho, en casos excepcionales, de renunciar a este requisito.

**1.3:** Para que el seguro pueda ser ofrecido por la Compañía bajo las condiciones generales, el solicitante debe gozar de buena salud al momento de la aceptación y no sufrir ni haber sufrido ninguna enfermedad o trastorno recurrente, ni lesión o debilidad física.

**1.3.1:** En caso de no cumplirse las condiciones del Art. 1.3, la Compañía tiene la posibilidad de ofrecer el seguro bajo condiciones especiales. En caso de que la

Compañía decida ofrecer el seguro bajo tales condiciones, el titular del seguro recibirá una póliza de seguro confirmando las mismas.

**1.3.2:** Toda evaluación médica y emisión de pólizas tendrán lugar en la sede principal de la Compañía.

**1.4:** En caso de que el estado de salud del solicitante cambie después de la firma de la solicitud y antes de la aceptación de ésta por parte de la Compañía, el solicitante está obligado a comunicarle de inmediato a la Compañía tal cambio.

**1.4.1:** El omitir la notificación indicada en el Art. 1.4. es de suma importancia para la Compañía. Ello conlleva la cancelación automática de la cobertura, en caso de que la Compañía no hubiese aceptado o aprobado la solicitud debido al cambio en el estado de salud o al cambio de dirección. Si la Compañía hubiera aceptado la solicitud pero bajo otras condiciones, la Compañía estará obligada hasta el punto en que se haya comprometido de acuerdo a la prima acordada.

**1.5:** El titular del seguro, y otras personas aseguradas bajo la misma, tienen la obligación de notificar de inmediato a la Compañía de cualquier cambio de residen-

cia. Si el titular del seguro, o cualquier otra persona registrada bajo la misma, se residencia en los Estados Unidos sin notificar a la Compañía al respecto, dicha omisión conllevará la pérdida de la cobertura. La Compañía no emitirá ni renovará una póliza de seguro a un asegurado que resida en los Estados Unidos o, bien, que mantenga una dirección registrada en dicho país.

## **ART. 2 CUÁNDO ENTRA EN VIGOR EL SEGURO**

**2.1:** El seguro entrará en vigor a partir de la fecha de aceptación de la solicitud por parte de la Compañía. La fecha de inicio se estipula en la póliza de seguro. La Compañía podrá convenir otra fecha de inicio con el titular del 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, éste no se aplica cuando el asegurado pueda probar la transferencia simultánea de un seguro equivalente con otra compañía internacional de seguros de salud.

**3.1.1:** El derecho de compensación en caso de enfermedades graves y agudas, así como también lesiones graves, que no sean preexistentes, será efectivo a partir de la fecha de inicio del seguro.

**3.1.2:** En los casos de embarazos y partos, así como en los de sus secuelas, el derecho

de compensación sólo entrará en vigor después de diez (10) meses a partir de la fecha de inicio del seguro.

**3.2:** El asegurado podrá cambiar la cobertura del seguro por otro tipo de cobertura con efecto a partir del aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un mes de antelación a la Compañía y sujeto a prueba de asegurabilidad, conforme al Art. 1.

**3.3:** La Compañía tramitará una extensión de la cobertura como una nueva solicitud, de conformidad con el Art. 1.

## **ART. 4 QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO**

**4.1:** El seguro cubre a cada asegurado nombrado en la póliza de seguro, incluyendo a los niños registrados en la misma.

**4.2:** Dos niños menores de diez (10) años por familia podrán estar asegurados gratuitamente, si se cumplen los requisitos para la aceptación bajo las condiciones generales de conformidad con el Art. 1.3.

**4.2.1:** La cobertura gratuita para los niños estará sujeta además a lo siguiente:

- a) que el niño esté registrado en la Compañía; y
- b) que uno de los asegurados goce de la patria potestad del niño; y
- c) que el niño esté registrado en el mismo domicilio que el asegurado que ostenta la patria potestad sobre el niño.

**4.3:** Una solicitud deberá ser presentada por cada recién nacido.

**4.3.1:** Si el seguro de uno de los padres ha estado en vigor durante diez (10) meses como mínimo, el recién nacido de los padres podrá asegurarse sin que sea necesario presentar una solicitud, exceptuando los niños recién nacidos que sean producto de un tratamiento de fertilidad, los cuales estarán sujetos al Art. 8.2.h). Una copia del certificado de nacimiento deberá presentarse dentro de un término de tres (3) meses a partir de la fecha del nacimiento.

**4.3.2:** En caso de adopción, el asegurado deberá presentar una Declaración de Salud para el niño adoptado.

## **ART. 5 DÓNDE ES EFECTIVA LA COBERTURA**

**5.1:** El seguro ofrece cobertura en todo el mundo, salvo pacto en contrario estipulado en la póliza de seguro.

## **ART. 6 QUÉ CUBRE EL SEGURO**

**6.1:** El seguro cubrirá los gastos médicos del asegurado, de acuerdo con la cobertura elegida, y observándose las tarifas de reembolso correspondientes. Las tarifas de reembolsos válidas aparecen en la Lista de Reembolsos.

**6.2:** Se otorgará la compensación, una vez que la Compañía haya aprobado que los gastos estén cubiertos por el seguro y previa presentación de un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente rellenado y acompañado de las facturas

originales y especificadas, así como de los recibos de pago.

**6.3:** Cuando los gastos cubiertos hayan alcanzado el deducible anual, el importe reembolsable será pagado. El deducible se reducirá con importes que no excedan las tarifas máximas especificadas en la Lista de Reembolsos válida. El deducible se aplicará por persona y por año de póliza. Cada hospitalización en 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 el 80% de los primeros USD 5.000, y el 100% de la suma que exceda los USD 5.000; hasta la tasa de reembolso relevante.

**6.3.1:** En caso de un accidente grave, no se aplican ni el deducible ni el coaseguro para el período de la primera hospitalización.

**6.4:** Los tratantes, bien médicos, especialistas, etc., deben tener una autorización en el país donde ejerzan su profesión. Además, el método de tratamiento debe estar aprobado por las autoridades de sanidad pública del país de tratamiento. Los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, sólo serán cubiertos con la previa aprobación de los consultores médicos de la Compañía.

**6.5:** En ningún caso, el importe de la compensación excederá el de la factura. Si el asegurado recibe una compensación por parte de la Compañía que excede el

importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver de inmediato a la Compañía la suma excedente; en caso contrario, la Compañía deducirá el balance pendiente de cualquier otra cuenta por saldar que exista entre el asegurado y la Compañía.

**6.6:** El pago de la compensación estará limitado a los precios habituales, razonables y de costumbre, para el área o el país donde se efectúe el tratamiento.

**6.7:** Cualquier descuento que sea negociado directamente entre la Compañía y los proveedores será utilizado exclusivamente por la Compañía para el beneficio de todas las personas aseguradas bajo el mismo producto.

**6.8:** Cualquier pago extraordinario se dejará al arbitrio de la Compañía. Si la Compañía efectúa un pago que no le corresponde por derecho al asegurado, de acuerdo con las condiciones estipuladas en su póliza, el mismo será aplicado a la cobertura máxima anual del asegurado.

## **ART. 7 COBERTURA DE AMBULANCIA AÉREA**

**7.1:** La cobertura de Ambulancia Aérea estará también sujeta a las condiciones que se citan a continuación:

**7.1.1:** La cobertura máxima del seguro de Ambulancia Aérea se estipula en la Lista de Reembolsos.

**7.1.2:** Se reembolsarán los gastos razonables incurridos por el asegurado por concepto de transporte en ambulancia aérea, en caso de producirse una enfermedad grave y aguda o una lesión grave. El transporte se hará al lugar de tratamiento apropiado más cercano, y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.

**7.1.3:** Los gastos para un transporte en ambulancia aérea cubierto por el seguro, pero que no haya sido organizado por la Compañía, solamente estarán compensados con un importe equivalente a los gastos en los cuales la Compañía hubiera incurrido, si ella misma hubiera organizado el transporte.

**7.1.4:** La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de la Compañía se hayan puesto de acuerdo sobre la necesidad de trasladar al asegurado, así como también sobre el lugar al que el asegurado debe ser transferido, ya sea a su país de residencia, al país de origen o al lugar de tratamiento adecuado más cercano.

**7.1.5:** El Seguro cubrirá los gastos razonables y necesarios por concepto de transporte incurridos por una persona para acompañar al asegurado.

**7.1.6:** Se cubrirá, como máximo, un transporte en el transcurso de una enfermedad.

**7.1.7:** La cobertura de Ambulancia Aérea será efectiva únicamente si la enfermedad está cubierta por el seguro.

**7.1.8:** Si el asegurado ha sido transportado hacia un lugar de tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de regreso del asegurado y de la persona acompañante al domicilio del asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa (90) días después de concluido el tratamiento. Se cubrirán, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica.

**7.1.9:** En caso que el asegurado haya alcanzado la fase terminal, después de haber recibido tratamiento cubierto por el seguro, se les reembolsarán a él(ella) y a la persona acompañante, si la hubiera, los gastos de regreso al lugar de residencia del asegurado

**7.1.10:** En caso de muerte se reembolsarán los gastos del transporte a la residencia del fallecido y de las impositiciones legales tales como embalsamamiento y ataúd de cinc. El transporte solamente estará cubierto si el asegurado hubiera suscrito el Premier 1 Diamond y/o el Suplemento de Ambulancia Aérea. Los parientes más próximos tendrán las siguientes opciones:

- a) incineración del fallecido y transporte de la urna, o
- b) transporte del fallecido; en ambos casos, a la que fuera su residencia.

**7.1.11:** La Compañía no será responsable ni de retrasos ni de restricciones en relación con el transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridades públicas o por el piloto, u otras situaciones ajenas a la Compañía.

**7.2:** La cobertura suplementario de Ambulancia Aérea se podrá formalizar únicamente como una extensión al Premier 1.

**7.2.1:** En caso de que el asegurado sea hospitalizado en el exterior, se cubrirán los gastos incurridos por el(la) cónyuge por concepto de su viaje aéreo de emergencia al lugar de la hospitalización.

**7.2.2:** Los gastos cubiertos incluyen un viaje de regreso en clase económica. Este viaje deberá realizarse, a más tardar, al mismo tiempo que el viaje de regreso del paciente.

**7.2.3:** Los gastos serán compensados solamente bajo el Suplemento de Ambulancia Aérea.

## **ART. 8 EXCEPCIONES A LA COMPENSACIÓN**

**8.1:** 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 haya sido aprobado de antemano por la Compañía.

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

- a) todo tratamiento y cirugía estética, 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 hayan surgido como consecuencia de una transfusión de sangre recibida después de la fecha de inicio 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 que uno se infiera intencionadamente;
- f) métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;
- g) aborto provocado, a no ser que sea prescrito por un médico;
- h) todo tipo de examen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello, incluyendo 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 una solicitud y seguir el procedimiento habitual de admisión, conforme al Art. 1;
- i) tratamientos de disfunción sexual;
- j) cualquier forma de cuidado experimental o que no esté incluido en el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo estancias o tratamientos 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, a no ser que éstos estén especificados en la Lista de Reembolsos;

- 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) tratamiento por enfermedades durante la prestación del servicio militar;
- n) tratamiento por 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) tratamiento realizado por el asegurado y/o su familia o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a o relacionada con cualquiera de las personas citadas;
- q) epidemias sujetas a la gestión de las autoridades públicas;
- r) tratamientos realizados por psicólogos;
- s) medicamentos –bien sean suministrados mediante inyección o de otra manera–, artículos médicos y equipos auxiliares que no hayan sido suministrados durante una hospitalización a no ser que estén especificados en la Lista de Reembolsos;
- t) hospitalización, si el objeto único de la misma es la administración de medicamentos y si el tratamiento podía llevarse a cabo durante un tratamiento ambulatorio en clínica u hospital.

## **ART. 9 CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN**

**9.1:** Se deberá enviar a la Compañía un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente relleno para cada una de las reclamaciones. Dicho formulario deberá ser relleno y firmado por el médico tratante e ir acompañado de las facturas oficiales, originales y especificadas, y de los recibos por concepto del tratamiento efectuado. Las facturas y los recibos deben estar denominados en la moneda del país donde el tratamiento haya tenido lugar. Las fotocopias no serán consideradas como documentación válida.

**9.2:** Se deberá enviar prueba de la reclamación por escrito a la Compañía de inmediato y a más tardar noventa (90)

días después del incidente cubierto por el seguro y objeto de la reclamación.

**9.2.1:** Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de la Compañía deberá notificarse en el término de treinta (30) días a partir de la recepción del importe de la compensación.

**9.3:** Toda hospitalización deberá comunicarse de inmediato a International Health Insurance danmark a/s, y deberá indicarse el diagnóstico establecido por el médico. Toda notificación deberá realizarse por teléfono, fax o e-mail. International Health Insurance danmark a/s reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.

## **ART. 10 COBERTURA POR TERCERAS PARTES**

**10.1:** En caso de tener otra cobertura médica u otra póliza de seguro, ello deberá declararse ante la Compañía al solicitar un reembolso.

**10.2:** Bajo estas circunstancias, la Compañía coordinará los pagos con otras compañías; y la Compañía no será responsable de liquidar un monto mayor al proporcional.

**10.3:** Si los gastos son cubiertos en su totalidad o parcialmente bajo otro plan o programa financiado por un gobierno, la Compañía no será responsable del monto cubierto.

**10.4:** El titular del seguro y cualquier otra persona asegurada se comprometen a cooperar con la Compañía y a notificarle

inmediatamente cualquier reclamación o derecho contra terceras partes.

**10.5:** Asimismo, 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.

**10.6:** En todos los casos, la Compañía tendrá el pleno derecho de subrogación.

## **ART. 11 PAGO DE LA PRIMA**

**11.1:** La prima será determinada por la Compañía, y debe ser pagada por adelantado. La Compañía se reserva el derecho de ajustar la prima una vez al año, a la fecha de aniversario de la póliza.

**11.2:** La prima se cotiza según la edad del asegurado; y, por lo tanto, también será ajustada en la primera fecha de vencimiento de la prima después de la fecha de cumpleaños del mismo.

**11.2.1:** Cuando un niño cumpla diez (10) años, una prima proporcional será cobrada a la fecha de renovación previa a la fecha en la que el menor cumpla los diez (10) años.

**11.3:** La prima inicial será pagadera a la fecha de inicio de la póliza. El titular del seguro podrá elegir entre pagos semestrales o anuales.

**11.4:** Los cambios del término de pago podrán efectuarse únicamente con previo aviso por escrito, presentado a más tardar

treinta (30) días antes de la fecha de aniversario de la póliza.

**11.5:** Se concederá un plazo extraordinario de diez (10) días a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima.

**11.6:** El titular del seguro será responsable del pago puntual a la Compañía; y si la prima no obra en poder de la Compañía dentro del plazo de diez (10) días a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, cesará toda responsabilidad por parte de la Compañía.

**11.7:** En caso de fallecimiento de un titular de seguro que también se encuentre asegurado bajo la póliza, ésta podrá ser exonerada de prima por un período de doce (12) meses desde la próxima fecha de vencimiento de la misma. La muerte deberá haber sido causada por una condición médica que hubiera sido cubierta por el seguro, si el titular del mismo hubiera sobrevivido. La exoneración será válida únicamente para el(la) cónyuge o pareja y sus hijos que permanezcan asegurados bajo la póliza existente; y cesará automáticamente en caso de que el(la) cónyuge o pareja sobreviviente contraiga matrimonio. La exoneración no abarca ninguno de los seguros suplementarios.

**11.8:** Llamamos su atención sobre las disposiciones del Art. 6.5 acerca del pago de importes pendientes.

## **ART. 12 DERECHOS ADMINISTRATIVOS**

---

**12.1:** La Compañía puede cobrar derechos administrativos; por ejemplo, en el caso de Recordatorios de Pago. En la Nota de Prima constará el importe de tales derechos.

## **ART. 13 INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA COMPAÑÍA**

---

**13.1:** El titular del seguro y/o el asegurado estarán obligados a comunicar por escrito a la Compañía cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cambios en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del titular del seguro o de un asegurado. La Compañía no será responsable de las consecuencias, en caso de que el titular del seguro y/o los asegurados hayan omitido notificarle a la Compañía tales sucesos.

**13.2:** El asegurado también estará obligado a proveerle a la Compañía todas las informaciones asequibles y necesarias para la tramitación, por parte de la Compañía, de las reclamaciones presentadas por el asegurado.

**13.3:** Asimismo, 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 haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Compañía, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado.

## **ART. 14 CESIÓN, CANCELACIÓN Y CESE**

**14.1:** Nadie podrá, sin el previo consentimiento por escrito de la Compañía, dar en prenda o ceder sus derechos conforme al seguro.

**14.2:** El seguro se renovará automáticamente a cada fecha de aniversario de la póliza.

**14.2.1:** El seguro podrá ser cancelado por el titular del seguro con efectividad a partir de la fecha de aniversario de la póliza, previo aviso por escrito de tres (3) meses. El seguro deberá haber permanecido vigente durante doce (12) meses, como mínimo.

**14.3:** En caso de que el titular del seguro o el asegurado, al momento de la suscripción del seguro o posteriormente, hayan alterado documentos originales de modo fraudulento o hayan ocultado hechos que se consideren de importancia para la Compañía, el contrato de seguro quedará nulo y sin efecto para la Compañía.

**14.4:** En caso de que el titular del seguro o el asegurado, al momento de la suscripción del Seguro o posteriormente, hayan dado informaciones incorrectas, el contrato de seguro quedará nulo; y la Compañía quedará exenta de responsabilidad, si la Compañía, de haberse dado la información correcta, no hubiera aceptado la solicitud de seguro. Si la Compañía hubiera aceptado dicha solicitud, pero bajo condiciones especiales, la Compañía será responsable

en la misma medida en que se hubiera comprometido en conformidad con la prima convenida.

**14.5:** En caso de que el titular del seguro o el asegurado, al suscribir el seguro, no supiera ni debiera haber sabido que la información dada era incorrecta, la Compañía será responsable como si la información incorrecta no hubiera sido dada.

**14.6:** La Compañía podrá detener o suspender un producto del seguro, con previo aviso de tres (3) meses antes del aniversario de la póliza, ofreciéndole al asegurado una cobertura de seguro equivalente.

**14.7:** 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 enfermedades y lesiones sufridas durante la vigencia del seguro no estarán cubiertas después del cese del seguro.

## **ART. 15 LITIGIOS, FUERO.**

**15.1:** 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 la competente la ciudad de Santo Domingo.

# GLOSARIO

## Una guía para parte de la terminología utilizada.

**Accidente grave:** Una lesión grave fortuita que ocurre sin la intención del asegurado y con un impacto externo súbito sobre el cuerpo, causando una lesión demostrable que a su vez haga necesaria una hospitalización inmediata.

**Asegurado:** El titular del seguro y/o todas las demás personas aseguradas tal como aparecen indicadas en la póliza de seguro válida.

**Cirugía:** Tratamiento o intervención quirúrgica, que no incluye exámenes endoscópicos o escáner, aún cuando los mismos puedan requerir anestesia.

**Coaseguro:** El porcentaje de los gastos médicos que el asegurado debe pagar, en caso de ser hospitalizado en los Estados Unidos o en Canadá.

**Condiciones de la Póliza:** Condiciones y términos del seguro adquirido.

**Condiciones especiales:** Son las restricciones, limitaciones y condiciones aplicadas a nuestras condiciones generales, como se especifican en la póliza de seguro.

**Condiciones generales:** Son las condiciones del seguro de la Compañía, sin restricciones especiales, limitaciones o condiciones.

**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 solici-

tante 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 cada año de póliza antes de ser compensado por la Compañía.

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

**Enfermedad grave y aguda:** Se determinará que una enfermedad es grave y aguda después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico 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 debe ser confirmada por los consultores médicos 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 Seguro.

**Fecha de vencimiento:** Fecha en la cual debe pagarse la prima.

**Hospitalización:** Cirugía o tratamiento médico en un hospital o en una clínica, médicamente prescrito y con una duración mayor a 24 horas.

**Lesión grave:** Se determinará que una lesión es grave después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la Compañía.

**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 prima anual, el deducible y las 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.

**Seguro:** Condiciones de la Póliza y póliza de seguro que representan el contrato con la Compañía, y donde se indican los términos del seguro, la prima a pagar, el deducible y las tarifas de reembolso.

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

**Solicitud:** El Formulario de Solicitud y 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, desde la fecha de inicio o desde cada fecha de aniversario, según se detallan en las Condiciones de la Póliza.

**Titular del seguro:** Persona identificada como contratante del seguro en el Formulario de Solicitud.

**Trabajo normal:** Un trabajo normal según el Art. 8.2.c) incluye solamente las siguientes profesiones: médicos y odontólogos, enfermeras, personal de laboratorio, auxiliares hospitalarios, asistentes médicos y odontológicos, ambulancieros, comadronas, bomberos, policías y carceleros.

**Tratamiento ambulatorio en clínica u hospital:** Tratamiento en clínica u hospital -donde por cuestiones médicas- el paciente normalmente necesita ocupar una cama por un período menor a 24 horas.

**Válidas a partir del 1 de abril de 2005.**

**Se reserva el derecho de errores u omisiones en la Lista de Reembolsos y en las Condiciones de la Póliza, incluyendo el glosario.**

**OFICINA PRINCIPAL:**

PROSEGUROS,  
Progreso Compañía de Seguros, S. A.  
Edifi. 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](mailto:proseguros@progreso.com.do)

**REEMBOLSOS**

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

Tel: +45 33 15 30 99  
Fax: +45 33 32 25 60

**RESPONSE CENTER**

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

Teléfono: +45 70 23 23 13  
Fax: +45 33 32 25 60  
E-mail: [response@ihi.com](mailto:response@ihi.com)

**SUCURSAL EN SANTIAGO:**

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

Teléfono: (809) 971 -2076  
Fax: (809) 971 -2078  
E-mail: [Adipa@progreso.com.do](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:EMERGENCY@IHI.COM)****[WWW.IHI.COM](http://WWW.IHI.COM)****[www.proseguros.com.do](http://www.proseguros.com.do)**

# PREMIER 1

## REPÚBLICA DOMINICANA

### LISTA DE REEMBOLSOS & CONDICIONES DE LA PÓLIZA

EJEMPLAR DE MUESTRA

