



En virtud de la presente Póliza, **BISA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**, en adelante "la Compañía", y las personas cuyos nombres se indican en la "Nómina de Asegurados" en las Condiciones Particulares, en adelante "el Asegurado", convienen en suscribir un contrato de Seguro de Asistencia Médica de Salud por el cual la Compañía cubrirá al Asegurado, en los términos y condiciones que se establecen en los siguientes artículos, el costo que signifiquen las consultas y los tratamientos médicos producto de un accidente o enfermedad amparados en este contrato.

ARTÍCULO 1º – DEFINICIONES

- 1) **Compañía Aseguradora:** "BISA Seguros y Reaseguros S.A.", denominada en adelante "la Compañía", emite la presente Póliza en base a la declaración personal de salud contenida en el formulario de solicitud de seguro presentado a la Compañía.
- 2) **Asegurado:** Es la persona natural menor de 65 años al momento de suscripción original de esta Póliza, que ha cumplido con los requisitos que la Compañía exige y que ha sido admitida e inscrita en los registros de la misma; adecuándose a las condiciones enmarcadas en esta póliza. Cuando el Asegurado alcanza la edad de 65 años esta automáticamente sin cobertura y termina la vigencia de su contrato. Se puede extender la cobertura hasta los 70 años, siempre y cuando el Asegurado haya permanecido con vigencia continua durante por lo menos 5 años, antes de cumplir el límite máximo de edad, 65 años; en este caso se podrá dar cobertura al Asegurado mediante anexo especial y adecuándose a las condiciones enmarcadas en esta póliza y alguna otra que la Compañía determine y especifique en dicho anexo.
- 3) **Póliza:** Documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía y el Asegurado. Sólo cuando este contrato ha sido emitido y aceptado por ambas partes se puede decir que han nacido los derechos y obligaciones que del mismo se derivan.
- 4) **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 cuyo caso él no recibirá ningún beneficio directo de este contrato; el beneficio lo recibirá el grupo o personas a las que representa.

En el caso de seguros contratados por una empresa en calidad de Tomador o Pagador en beneficio de sus empleados o terceras personas, dicho Tomador se hace responsable del pago de las primas u otras obligaciones emergentes del contrato. El Tomador, Pagador y Asegurado pueden ser la misma persona.
- 5) **Grupo Asegurado:** Es el conjunto de personas aseguradas unidas por un vínculo o interés común que cumple las condiciones del presente contrato, pudiendo ser grupo familiar o colectivo. El Grupo Asegurado suscribe el contrato a través del Tomador o Pagador.
- 6) **Titular Asegurado:** Es la persona natural que suscribe la Póliza de Asistencia Médica de la Compañía a través del Tomador o Pagador, cumpliendo con los requisitos de inscripción de la Compañía; tiene todos los derechos y obligaciones de la Póliza contratada, además designa al(los) Dependiente(s) Asegurado(s).
- 7) **Dependiente Asegurado:** Se entiende como tal al cónyuge o compañero(a) permanente de un Titular Asegurado y a los hijos solteros menores de 19 años o cualquier otro hijo soltero menor de 25 años de edad que se encuentre estudiando en forma regular y dependa del Titular Asegurado para su manutención. También se incluye a las personas con 1º grado de consanguineidad que dependan del Titular para su manutención.

Se incluye como hijos a: hijos propios (hijos procreados por el Titular Asegurado), hijos adoptivos del Titular Asegurado, cualquier otro niño dependiente del Titular Asegurado para su sostenimiento y que viva en el domicilio del Titular Asegurado en una relación natural de padre e hijo.

El 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 tiene todos los derechos y obligaciones establecidas en la Póliza. El límite de edad para el Dependiente Asegurado (hijo/a) es hasta los 25 años. Todo Dependiente Asegurado mayor a la edad límite debe solicitar, a través del Tomador, su desafiliación como Dependiente Asegurado y su afiliación como Titular Asegurado respectivamente. En este caso se le dará continuidad a su seguro de Asistencia Médica contratado.

- 8) **Responsable Solidario:** Es la persona natural o jurídica que el Titular Asegurado designa al momento de suscribir esta Póliza como

responsable del pago de las primas u otras obligaciones emergentes del contrato en caso de incapacidad suya por enfermedad u otra razón.

- 9) **Prima:** Es el monto específico de dinero que recibe la Compañía por parte del Asegurado, en contraprestación por la cobertura de los riesgos que ésta le ofrece, incluyendo los recargos e impuestos de legal aplicación.
- 10) **Siniestro:** Es el hecho que se produce al acontecer el riesgo cubierto en el contrato de seguro y da origen a la obligación de la Compañía de indemnizar o efectuar la prestación convenida.
- 11) **Riesgo Cubierto:** Se refiere a la indemnización de los gastos por tratamientos médicos ambulatorios y/u hospitalarios, en que incurra el Asegurado debido a una enfermedad o lesión, cuando estos no se encuentren como Exclusiones y/o con Tiempos de Carencia y siempre que se originen en la práctica de la medicina ortodoxa.
- 12) **Prestaciones:** Servicios que la Compañía otorga a sus Asegurados, a través de los médicos y/o instituciones legalmente establecidos.
- 13) **Formulario de Solicitud (F.S.):** Este documento debe ser llenado por el Tomador o Pagador y/o el (los) Titular(es) Asegurado(s). El F.S. contiene los datos generales o información general del Tomador o Pagador, del Titular Asegurado, del (los) Dependiente(s) Asegurado(s) y del Responsable Solidario. Además de, la modalidad de los beneficios y la modalidad de pago. La Compañía tendrá la potestad de aceptar o rechazar la solicitud de inscripción del prospecto a ser Asegurado.
- 14) **Declaración Personal de Salud (D.P.S.):** Este documento contiene la declaración de salud del prospecto a ser Asegurado, la misma indica de manera veraz y concreta el estado de salud del prospecto. 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 ser llenada por el Titular Asegurado y cada uno de los Dependientes Asegurados.
- 15) **Antecedente Médicos o Clínicos:** Son los documentos, informes y exámenes en general que la Compañía requiere para realizar una correcta evaluación del riesgo y que se pueden solicitar en cualquier momento de la vigencia del seguro como respaldo del tratamiento clínico, quirúrgico o medicamentoso aplicado al Asegurado. El Asegurado autoriza a la Compañía solicitar informes médicos o antecedentes clínicos directamente a los médicos o especialistas que lo han tratado o asistido en las dolencias que ha padecido. En el caso de que los médicos no brinden dicha información, el Asegurado es responsable de cumplimentar con los antecedentes Médicos o Clínicos solicitados por la Compañía.
- 16) **Unidad Adscrita:** Prestadores de servicios médicos que han suscrito un convenio con la Compañía para brindar atención a los clientes afiliados al Seguro de Asistencia Médica y que se encuentran detallados en la Lista de Unidades Adscritas.
- 17) **Lista o Red de Unidades Adscritas:** Es la Lista de Prestadores de servicios médicos que han suscrito un convenio con la Compañía para brindar atención a los clientes afiliados al Seguro de Asistencia Médica. Esta lista es entregada de forma adjunta a la póliza y puede ser modificada en cualquier momento por la Compañía, por este motivo, el Asegurado consultará a la Compañía sobre modificaciones que pueden ocurrir en la Red de Unidades Adscritas. La Compañía se reserva el derecho de admisión o desafiliación de los proveedores médicos.
- 18) **Unidad No Adscrita:** Es el Prestador de servicios médicos que no ha suscrito un convenio con la Compañía para brindar atención a los clientes afiliados al Seguro de Asistencia Médica. Si el Asegurado desea solicitar atención médica con algún Prestador de la Unidad No Adscrita, se procederá a la indemnización, a través de reembolsos presentando previamente los Requisitos solicitados por la Compañía.
- 19) **Requisitos de Reembolso de Siniestros:** Son los requisitos indispensables para solicitar cualquier reembolso de gastos médicos a la Compañía y se refieren a la presentación de los siguientes documentos:
 - i. **Facturas:** Las facturas emitidas a nombre de la Compañía deben consignar para su aceptación el nombre completo y NIT de la misma: **BISA SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (NIT 1020655027)**. 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.
 - ii. **Declaración del Profesional que brindó la prestación (Informe médico):** 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 prestación. La Compañía se reserva el derecho de solicitar al Asegurado mayor información médica en caso que se requiera de la misma o cumplimentar con el historial o antecedentes clínicos.
- 20) **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 de una enfermedad o accidente cubierto.
- 21) **Co-aseguro o Parte no cubierta:** Es el porcentaje señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza por el cual el Asegurado es responsable. El coaseguro deberá ser pagado por adelantado al momento de recibir la atención médica en las Unidades Adscritas o entidades prestadoras de servicios.
- 22) **Franquicia deducible:** El monto de los gastos reembolsables amparados por la cobertura de la Póliza, que será siempre a cargo del

Asegurado, y cuyo valor se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Dicha franquicia deducible será aplicable respecto de los gastos provenientes de cada accidente que se denuncie a la Compañía en forma separada. De esta forma el deducible aplicado a los gastos provenientes de un mismo accidente, será nuevamente aplicado a los gastos provenientes de otro accidente denunciado. La Franquicia se contabiliza como un monto individual o por Asegurado que es acumulable por una gestión de 12 meses contados desde el inicio o renovación de vigencia del contrato. Posterior a este plazo la franquicia acumulada en gestiones anteriores no se computa en el monto de la franquicia para la Póliza en vigencia.

- 23) **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 la nómina de prestaciones valorizadas de la Compañía.
- 24) **Accidente:** Fenómeno imprevisto, especialmente de carácter traumático, causado por acción violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado; que afecta a la integridad física o salud del Asegurado. Por extensión y aclaración, se asimilan a la definición de accidentes:
- i. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en locales públicos o que han sido adquiridos ignorando su mal estado.
 - ii. 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.
 - iii. La asfisia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción, la electrocución.
 - iv. La consecuencia directa de picaduras o mordeduras de ofidios (serpientes) o insectos venenosos.
- 25) **Atención Hospitalaria:** Toda atención en Clínica, Hospital o Institución de Salud debidamente autorizada por autoridad competente en la que el Asegurado deba permanecer internado por más de 24 horas. Una vez dado de alta, la atención médica posterior se considera Ambulatoria.
- 26) **Atención Ambulatoria:** Toda atención médica otorgada en Consultorio Médico, en Hospital, Clínica o Institución de Salud en la que el Asegurado permanezca menos de 24 horas.
- 27) **Atención de Emergencia:** Es el primer tratamiento ofrecido en la sala de Emergencia de un Hospital o Clínica inmediatamente después del repentino e inesperado cambio en la condición física de una persona, la cual requiere atención en un centro médico porque:
- i. La atención médica no puede prestarse adecuadamente y sin riesgo fuera del centro médico; o
 - ii. La atención adecuada no está disponible en otro lugar del área en el momento en que la atención inmediata se necesita; y de no ser ofrecida la atención en el centro médico, de acuerdo con lo estipulado por La Compañía, se considera que ello resultaría en:
 - La pérdida de la vida o de una extremidad; o
 - En el deterioro significativo de una función corporal; o
 - En la alteración funcional permanente de una parte del cuerpo.

Las atenciones de Emergencia se cubren bajo los términos de Emergencia por Enfermedad o Emergencia por Accidente.

- 28) **Emergencia por Enfermedad:** La aparición inesperada y repentina, con manifestación clínica aguda y que requiere atención médica inmediata, dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho y definida como enfermedad en el presente contrato. En estos casos, la Compañía reconocerá la atención como prestaciones ambulatorias, debiendo el Asegurado cancelar el monto de Co-aseguro.
- 29) **Emergencia por Accidente:** La aparición inesperada y repentina de síntomas, con manifestación clínica aguda y que requiere atención médica inmediata, dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho y definida como accidente en el presente contrato. En estos casos, la Compañía reconocerá la atención al 100% las primeras 48 horas, por lo tanto el Asegurado no cancelará ningún monto de Co-aseguro en este lapso de tiempo. En el supuesto caso de no informar a la Compañía dentro de las 24 horas, se reconocerá la atención como prestaciones Ambulatorias al porcentaje de beneficio correspondiente.
- 30) **Tiempo de Carencia:** Es el tiempo de espera en el que el Asegurado no puede hacer uso de las prestaciones que se requieren para un tratamiento clínico, medicamentoso o quirúrgico de una enfermedad determinada, la cual se encuentra especificada en el artículo 4º, inciso 4) del presente contrato y en el subtítulo referente a "Tiempo de Carencia" de las Condiciones Particulares del Asegurado.
- 31) **Exclusiones:** Son las prestaciones médicas no cubiertas por el presente seguro
- 32) **Enfermedades Preexistentes:** Cualquier enfermedad o dolencia cuya aparición, origen y/o tiempo de evolución puedan ser

médicamente establecidos como anteriores al inicio de la cobertura del seguro. La enfermedad puede ser considerada como: Preexistente conocida o Preexistente desconocida, definiéndose de la siguiente manera:

- a) **Conocida:** Enfermedad preexistente que es de conocimiento del Asegurado y que debe ser revelada en la Declaración de Salud para su posterior evaluación de riesgo. El Asegurado complementará con los requisitos que exija la Compañía para que la misma realice un análisis sobre la aceptación o no del riesgo. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la inclusión de la enfermedad o riesgo evaluado mediante un anexo especial.
 - b) **Desconocida:** Enfermedad Preexistente que no es de conocimiento del Asegurado, por lo tanto no es revelada en la Declaración de Salud. El Asegurado podrá hacer uso de la cobertura del seguro después de cumplir con los periodos o tiempos de carencia para Enfermedades Preexistentes Desconocidas. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la inclusión de la enfermedad o riesgo evaluado mediante un anexo especial.
- 33) **Nómina de Prestaciones Valorizadas (NPV):** Documento que contiene la descripción de prestaciones que brinda el seguro de Asistencia Médica y en donde se indica el valor monetario reconocido por la Compañía para cada una de ellas. La NPV, en términos monetarios, se encuentra expresada en dólares americanos. La Compañía puede modificar estas prestaciones y/o actualizar estos servicios con el objeto de ampliar o de mejorar las coberturas de los mismos. Dicha Nómina de Prestaciones Valorizadas (NPV) se encuentra a disposición de los Asegurados en cada una de las oficinas de la Compañía. Las NPV se encuentran archivadas en las oficinas de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero (ASFI) del Estado Plurinacional de Bolivia.
- 34) **Credencial de Asegurado (C.A.):** Documento que forma parte de la Póliza de seguro de Asistencia Médica de la Compañía. Su función principal es certificar que el Asegurado portador de la misma cuenta con el servicio y cobertura del seguro de asistencia médica. La credencial contiene los datos principales del Asegurado, exclusiones de coberturas a enfermedades específicas y tiempos de carencia. La C.A. debe estar acompañada del Comprobante de Habilitación de Servicios y el carnet de identificación personal para que el Asegurado pueda ser atendido en cualquiera de las Unidades Adscritas.
- 35) **Emisión de Credencial de Asegurado:** La Credencial será emitida en forma gratuita para el Asegurado y será entregada junto con la Póliza contratada en cada renovación. En caso de pérdida o extravío de la C.A., la Compañía emitirá una nueva que deberá ser solicitada de forma expresa por el Tomador o Pagador. La Compañía determinará los recargos Administrativos para la emisión de la nueva C. A.
- 36) **Comprobante de Habilitación de Servicios (C.H.S.):** Documento que forma parte de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de la Compañía. Su función principal es habilitar al Asegurado el servicio y cobertura del Seguro de Asistencia Médica. Este comprobante certifica que el Asegurado se encuentra al día en sus pagos de primas y por lo tanto está habilitado para recibir las prestaciones solicitadas, siempre y cuando estas prestaciones cuenten con cobertura. El C.H.S. contiene los datos principales del Asegurado, la vigencia y término de cobertura del periodo contratado y pagado, los porcentajes de cobertura o bonificación en prestaciones ambulatorias, hospitalarias o emergencias. Este documento es emitido de manera automática y periódica, debe presentarse ante los prestadores de servicios médicos o Unidades Adscritas para que el Asegurado sea atendido en la red de servicios.
- El C.H.S. puede estar pre pagado o pendiente de pago dependiendo si el Asegurado regularizó su situación de pago en la Compañía. En el caso de estar pre pagado el Asegurado tiene cobertura inmediata del Seguro de Asistencia Médica de la Compañía, en caso de que el Asegurado se encuentre con pagos pendientes de prima, el mismo no gozará de cobertura en el Seguro de Asistencia Médica. El C.H.S. debe estar debidamente autorizado por la Compañía.
- 37) **Ordenes de Atención:** Son los documentos que emite la Compañía para que el Asegurado pueda hacer uso de las prestaciones que se encuentran bajo la cobertura del Seguro de Asistencia Médica. Dichas prestaciones tienen cobertura hasta el límite de indemnización y el porcentaje de bonificación que la Compañía y el Asegurado hayan pactado en las Condiciones Particulares.
- Las Órdenes de Atención contienen los datos del Asegurado, las prestaciones autorizadas, el valor cubierto por la Compañía y el valor que debe pagar el Asegurado como parte de su Co-aseguro, según las condiciones pactadas en el Condiciones Particulares. Las Órdenes de Atención deben estar debidamente autorizadas por la Compañía.
- 38) **Cobro Revertido por no procedencia de siniestros:** Es el cobro que realizará la Compañía a los Asegurados por reversión del pago efectuado a las Unidades Adscritas en donde no correspondía tal pago debido a la no cobertura de prestaciones ya sea porque los mismos son a consecuencia de enfermedad(es) preexistente(s) y/o la(s) cual(es) están dentro del Periodo de Carencia, y/o se encuentran excluidas en el presente contrato y/o el Asegurado se encuentra en mora en el pago de sus primas. Se aclara que esta reversión no es por gastos de administración del seguro, sino por gastos que no tienen cobertura en el contrato.
- 39) **Aviso de Siniestro:** Las Facturas y la Declaración del profesional de salud, comprobatorias de los gastos y servicios realizados deben presentarse dentro de los 15 días calendario de recibidas dichas prestaciones, salvo fuerza mayor o impedimento justificado. Después de transcurrido este plazo sin la presentación de los requisitos antes mencionados, la Compañía no tendrá ninguna obligación de realizar el reembolso respectivo.
- 40) **Límite de Indemnización:** Se entiende por Límite de Indemnización al Valor Asegurado Total en el cual se incluyen los sub límites de las coberturas adicionales. En caso de que el Asegurado agotase dicho Valor Asegurado antes de la terminación de la vigencia

de la póliza, se dará por finalizada la cobertura contratada y la Compañía continuará devengando a su favor el valor de la prima estipulada. En caso de que el Asegurado agote parcialmente el Valor Asegurado, el mismo quedará reducido en el mismo importe de la indemnización pagada. Para realizar la renovación anual del seguro, la Compañía pactará con el Asegurado las nuevas condiciones del contrato.

- 41) **Rehabilitación de Póliza por falta de pago:** Es cuando la Póliza ha sido anulada por falta de pago y el Asegurado solicita cobertura nuevamente. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud del Asegurado. En caso de aceptación de parte de la Compañía, la Rehabilitación de la Póliza se efectuará en los nuevos términos y condiciones pactados. El Asegurado no deberá tener primas pendientes de pago con la Compañía para acceder a la aprobación de este tipo de Rehabilitación. Los Gastos de Administración o Recargos Administrativos serán determinados por la Compañía.
- 42) **Continuación de Beneficios para Dependientes después de fallecimiento del Asegurado Titular:** Si el Asegurado Titular fallece mientras está cubierto bajo el presente seguro, los beneficios vigentes por Gastos de Atención de la Salud de sus dependientes asegurados, continuarán hasta el final del periodo de vigencia de la póliza, con la condición de pago de primas hasta el vencimiento de la misma. Si ocurriera el nacimiento de un hijo, después del fallecimiento del Asegurado Titular en el mismo periodo de vigencia de la Póliza cuando ocurrió el fallecimiento, los gastos de atención de salud del recién nacido serán cubiertos, siempre y cuando se mantenga vigente la Póliza contratada, su cobertura contemple gastos de Maternidad, se haya cumplido los Periodos de Carencias y que todos los Dependientes se mantengan vigentes dentro de la póliza.
- 43) **Continuación de Beneficios para hijo Dependiente Asegurado incapacitado:** Si un Dependiente Asegurado se encuentra incapacitado totalmente al cumplir la edad límite para continuar como tal (25 años), los beneficios por Asistencia Médica de ese Dependiente Asegurado continuarán en vigor si él continúa incapacitado, pudiéndose renovar la póliza anualmente hasta los 30 años de edad cumplidos por éste.

Un Dependiente Asegurado será considerado incapacitado totalmente cuando está impedido de generar su propio sustento como consecuencia de incapacidad física o mental que inició antes de la fecha en que cumpla la edad límite y depende principalmente del Asegurado Titular para su sostenimiento.

Las pruebas de que el Dependiente Asegurado, está completamente incapacitado deberán suministrarse a la Compañía no más tarde de los 60 días después de la fecha en que el hijo alcance la edad máxima para ser considerado como un dependiente elegible.

Los beneficios cesarán cuando ocurra cualquiera de los siguientes hechos:

- * El Dependiente Asegurado deja de estar incapacitado.
- * No se envían las pruebas de que continúa incapacitado hasta 60 días después de la fecha en que alcance la edad máxima de Dependiente.
- * No se realiza cualquiera de los exámenes que son requeridos por la Compañía.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar pruebas de que el Dependiente Asegurado continúa incapacitado. La Compañía también tiene el derecho a examinar al Dependiente Asegurado tantas veces como lo estime necesario durante el periodo de incapacidad, haciéndose cargo de los gastos relacionados a estos exámenes. No se requerirá más de un examen cada año después de transcurrir 2 años desde la fecha en que el Dependiente Asegurado cumplió la edad límite.

El Asegurado debe solicitar a través del Tomador o Pagador cualquier modificación que sea por él necesaria. La comunicación debe ser por medio escrito y entregado en el domicilio legal de la Compañía. La Compañía podrá solicitar que se cumplimente con requisitos adicionales la solicitud si así lo considera necesario. Los Gastos de Administración o Recargos, los tiempos de carencia y las exclusiones para la utilización del servicio serán evaluados por la Compañía y comunicados al Asegurado. Una vez aceptadas las condiciones por ambas partes se emitirá un nuevo contrato de seguros con los nuevos términos pactados. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar los cambios de la póliza.

ARTÍCULO 2º - DE LAS COBERTURAS

El seguro cubrirá los gastos incurridos por prestaciones médicas en que incurra el Asegurado ocurridas en la ciudad de residencia habitual definida en el Formulario de Solicitud, en cualquier punto del territorio Boliviano, no alcanzando el amparo del seguro a ningún otro punto geográfico fuera del territorio de Bolivia, hasta el monto máximo detallado en la Nómina de Prestaciones Valorizadas (NPV).

La prestación de los servicios no se realizará en otro punto geográfico que el declarado, salvo por emergencias accidentales, en cuyo caso la atención médica se otorgará a nivel nacional y en Unidades Adscritas, hasta el monto máximo detallado en la Nómina de Prestaciones Valorizadas (NPV).

El Asegurado podrá acceder a las prestaciones médicas sólo a través de Unidades Adscritas y no podrá acceder en ningún caso al Reembolso por Gastos Médicos incurridos fuera de la red de Unidades Adscritas, salvo disposición en contrario estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 3º - DE LOS BENEFICIOS

Los Asegurados tendrán derecho a solicitar cobertura por los gastos incurridos por prestaciones de salud de acuerdo al límite de indemnización anual hasta los límites máximos de la N.P.V. y a los porcentajes de cobertura establecidos en las Condiciones Particulares

de la Póliza. Las prestaciones y sus correspondientes valores se detallan en la Nómina de Prestaciones Valorizadas (NPV).

ARTÍCULO 4º - DEL 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 a no ser que se encuentren excluidas o estén dentro del periodo de carencia para que la Compañía no las acepte.

- 1) Las lesiones o enfermedades preexistentes conocidas y declaradas por el Asegurado, y que no se encuentren expresamente excluidas en el presente contrato o mediante Anexo de Exclusiones contenido en las Condiciones 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 cobertura. El Asegurado autoriza expresamente para estos efectos el acceso de la Compañía a cualquier antecedente médico o historial clínico del Asegurado. En caso de que la Compañía constatare que el Asegurado conocía la existencia de alguna enfermedad y la misma no fue declarada en la Declaración Personal de Salud (D.P.S.), la misma se considerará como Falsa Declaración de Salud y se rechazará cualquier siniestro dando lugar también a la anulación de la Póliza.
- 2) Las lesiones o enfermedades preexistentes desconocidas por el Asegurado, como definido en el artículo 1, 32.b), cuyo origen tenga una antigüedad anterior a la vigencia de la Póliza, tendrá un período de carencia de 12 (doce) meses. La Enfermedad considerada como Preexistente Desconocida se someterá a evaluación médica por la Compañía para determinar la cobertura o exclusión de dicha enfermedad, dentro de los 12 meses, extendiendo un Anexo de Aclaración para la inclusión, exclusión y/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 Prospecto o Asegurado.
- 3) La cobertura de maternidad se deberá indicar expresamente en las Condiciones Particulares cuando sea otorgada. La cobertura de Maternidad se otorga cuando la concepción se produce después de los 6 meses continuos de vigencia del seguro y bajo los sub límites máximos establecidos en las Condiciones Particulares. Se excluyen embarazos para toda Asegurada Dependiente y que no sea cónyuge del Titular Asegurado.

El embarazo es procedente si la persona se afilió como Titular Asegurado o cónyuge del Titular Asegurado, y la cobertura cuenta con el beneficio de maternidad cubierto en forma expresa, habiendo cumplido con el tiempo de carencia para esta cobertura.

4) Tiempo de Carencia:

Se aplica un periodo de carencia de 3 meses a las siguientes prestaciones:

- 1) Consultas Pediátricas, salvo casos de emergencia.
- 2) Consultas Ginecológicas, salvo casos de emergencia.
- 3) Papanicolau y Colposcopías.
- 4) Fonoaudiología.

Se aplica un periodo de carencia de 6 meses a las siguientes prestaciones:

- 1) Mamografía.
- 2) Estudios Endoscópicos diagnósticos y terapéuticos.
- 3) Ecografías.
- 4) Audiometrías.
- 5) Impedanciometrías.

Se aplica un periodo de carencia de 12 meses a las siguientes prestaciones:

- 1) Radiografías contrastadas.
- 2) Densitometría Ósea.
- 3) Ecodoppler Color Cardíaco.
- 4) Test de Esfuerzo.
- 5) Holters.
- 6) Electromiografías.
- 7) Arteriografías.
- 8) Angiografías.
- 9) Mielografías.
- 10) Tomografía Computarizada.
- 11) Resonancia Magnética.
- 12) Medicina Nuclear.
- 13) Colectectomía.
- 14) Amigdalectomía-Adenoidectomía.
- 15) Electroencefalograma.

Todos los plazos mencionados en el presente artículo se entienden como plazos de tiempo continuo corridos desde la fecha de inicio de vigencia, que consta en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si en algún momento esta Póliza fuese rescindida por falta de pago de la prima y posteriormente rehabilitada, se entenderá que se trata de una nueva Póliza para efecto de los inicios de cobertura y períodos de carencias.

Para los Asegurados incorporados en el transcurso de la vigencia de la Póliza, regirán las mismas normas de tiempos de carencia establecidos precedentemente a partir de la fecha de su incorporación.

ARTÍCULO 5º - DE LAS EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos directos y/o indirectos, complicaciones derivadas y/o relacionadas y/o a consecuencia de:

1. Enfermedades y/o defectos congénitos y gastos derivados de causas relacionadas. Tampoco se encuentran cubiertas las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas.
2. Chequeo médico (controles) y/o despistaje de enfermedades, todos los gastos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado, así como el tratamiento y/o medicina preventiva y aquellos que no estén especificados en la N.P.V.
3. Stress, tensión curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, terapia ocupacional, enfermedades de origen psiquiátrico y/o psicológico, apoyo psiquiátrico y/o psicológico a otras enfermedades no mentales.
4. Cirugía estética, plástica, cosmética o reconstructiva, salvo aquella que se encuentre afectando el funcionamiento de un órgano y que fuera a consecuencia de un accidente que haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza. . No están cubiertas las cirugías por hiperhidrosis, mamo plastia reductora ni por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre el tratamiento de várices con fines estéticos y/o terapéuticos, así como úlceras varicosas.
5. Gastos relacionados a especialidades cosméticas, estéticas y/o dermatológicas, Acné, Verrugas Vulgares, Nevus, Foliculitis y otros. Se excluyen también preparados de medicamentos dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, shampoo, cremas neutras, y bloqueadores solares.
6. Rinoplastia, Septoplastia, Turbinectomia, excepto por accidente cubierto por esta póliza y cuyo tratamiento se realice dentro de los diez (10) días calendario de ocurrido el accidente.
7. Obesidad, Anorexia Nerviosa, Bulimia y estados de desnutrición a consecuencia de las mismas. Tratamientos relacionados al peso y/o al metabolismo corporal.
8. Pubertad Precoz y Talla Baja.
9. Todo tipo de vacunas preventivas o curativas, vitaminas, minerales y profilácticos en general; leches maternizadas, suplementos proteicos, productos naturales, (derivados o extractos de animales, plantas o hierbas); tónicos y/o vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, hemostáticos, venoactivos, energizantes. Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con cualquier forma de complemento o suplemento alimenticio.
10. Prótesis de cualquier naturaleza y materiales de osteosíntesis. Aparatos y equipos ortopédicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos (marcapasos, stent (endoprótesis vascular), doble J, etc.), audífonos, implante coclear, sillas de ruedas, muletas y otros similares.
11. La atención particular de enfermeras, así como los equipos médicos tales como oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas y aquellos que se necesiten para la atención domiciliaria.
12. Retinopatías, cirugía refractiva ocular, queratotomía radial, cirugía correctiva ocular, vicios de refracción o tratamientos similares. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y/o cristales para mejorar la visión.
13. Tratamientos con Laser para cualquier especialidad.
14. Enfermedades resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como muerte o lesiones que se produzcan cuando el Asegurado se halle bajo el efecto de bebidas alcohólicas cualquiera sea el grado de dosaje etílico.
15. Las lesiones o enfermedades causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
16. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca que se ha tratado de legítima defensa.
17. Las lesiones causadas deliberadamente por el Asegurado a sí mismo. Lesiones producidas voluntariamente o en estado mental insano como aborto auto provocado, suicidio y/o intento de suicidio.
18. Actos temerarios no justificados por ninguna necesidad humanitaria, tales como apuestas, desafíos, duelos. Accidentes y enfermedades producidas a consecuencia de actividades o deportes notoriamente peligrosos, donde está en juego la integridad física del Asegurado, la práctica de cualquier tipo de deporte tales como competencia en autos, motos terrestres o acuáticas, motocross, cuadratrack, ciclismo, patinaje, andinismo o alpinismo o escalamiento de montañas, cacería de fieras, pesca submarina, box, ala delta, parapente, prácticas hípicas, bungee jumping y otras notoriamente peligrosas.

19. Gastos por el concepto de compra de sangre y adquisición de órganos o médula y todo lo relacionado a los gastos de los donantes.
20. Tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (incluidos fertilización in vitro, inseminación artificial, histerosalpingografía y otros), disfunciones sexuales de cualquier etiología (Impotencia, frigidez y otras) y cambio de sexo. Anticoncepción, implantación y/o retiro de dispositivos intrauterinos, así como las complicaciones resultantes del uso de estos dispositivos, la adquisición de anticonceptivos y test de embarazos.
21. Enfermedades producidas por menopausia o climaterio, Síndrome climatérico u orquipoausia, hipoestrogenismo y disfunción hormonal. Se excluye también todo tipo de hormonas sexuales (sean femeninas o masculinas) y medicamentos de acción anti hormonal.
22. Circuncisión y/o sus consecuencias.
23. Infecciones oportunistas, neoplasias y otras complicaciones relacionadas con el virus HIV positivo.
24. Enfermedades de transmisión sexual o contagio por esta vía.
25. Las epidemias o endemias oficialmente declaradas por entidad gubernamental competente.
26. Los casos en que el paciente se automedique por propia cuenta, los gastos por tratamientos originados por negligencia del propio paciente en perjuicio de su recuperación, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta póliza.
27. No se cubren enfermedades del Sueño y del Roncador.
28. Atención hospitalaria y ambulatoria, tratamiento y operaciones derivadas de hallux valgus, pie plano, varo, valgo, callos y otros similares.
29. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías odontomaxilares; ortodoncia, prótesis, tumores y quistes en tejidos blandos y duros, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta póliza y cuyo tratamiento se inicie dentro de los 10 (diez) días de ocurrido el accidente.
30. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desordenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos.
31. Accidentes y enfermedades ocasionados durante el servicio militar en cualquier fuerza armada, de cualquier país, sea o no tiempo de guerra, guerra civil, invasión, conspiración, acción de un enemigo extranjero, hostilidades en operaciones bélicas, rebelión, terrorismo, motines, huelgas, conmoción civil, vandalismo, sabotaje, alborotos populares o insurrecciones o actos delictuosos en que el Asegurado participe en forma activa.
32. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de energía nuclear o atómica en cualquier forma.
33. 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 la Compañía mediante anexo.
34. Cefaleas, migrañas y/o jaquecas.
35. Tratamientos y exámenes complementarios que no guarden relación con el diagnóstico.
36. Alergias, asma y test alérgicos de cualquier naturaleza.
37. Histerectomía, Perineoplastia e Incontinencia Urinaria.
38. Osteopenia, Osteoporosis y/o Hipocalcemia.
39. Colagenopatías y/o Enfermedades Autoinmunes.
40. Cualquier tratamiento y/o atenciones médicas relacionadas con el Chagas.
41. Cualquier suministro o medicamento que no se adecue a las normas de las prácticas medicas profesionalmente aceptadas. tratamientos homeopáticos, quiropraxia, acupuntura, terapia celular, cámara hiperbárica, ozonoterapia, carboxiterapia, medicina china, medicina naturista, etc. y cualquier atención de profesionales que no estén autorizados legalmente por las instituciones gubernamental 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, EMEA (European Medicines Agency) y el organismo gubernamental competente en Bolivia.
42. 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, teléfono, alimentación de los acompañantes, calefacción, vaporizadores, humidificadores, equipos de ejercicios o artefactos similares.

43. Siniestros cubiertos por el Seguro Obligatorio de Tránsito (SOAT), aplicándose esta cobertura en exceso de los riesgos cubiertos por dicho seguro; si el Asegurado no cuenta con este seguro obligatorio, los gastos médicos hasta el valor del SOAT deberán ser cubiertos por el propio Asegurado.
44. Exclusión de prestaciones y enfermedades para personas mayores de 65 años y que no cuenten con un mínimo de 5 años continuos de vigencia de su póliza en la Compañía.

A partir de los 65 años, quedan excluidas las atenciones de emergencia, hospitalaria y ambulatoria de consultas, medicamentos, exámenes complementarios y tratamiento médico quirúrgico con los siguientes diagnósticos:

- 1) Cataratas.
- 2) Gota.
- 3) Glaucoma.
- 4) AVC isquémico o hemorrágico.
- 5) Enfermedad de Parkinson.
- 6) Enfermedad de Alzheimer.
- 7) Demencia senil y Enfermedad Arteriosclerótica.
- 8) Hipertensión Arterial.
- 9) Insuficiencia Renal aguda o crónica.
- 10) Enfisema Pulmonar.
- 11) Insuficiencia Cardíaca de cualquier etiología.
- 12) Ulceras tróficas.
- 13) Diverticulosis de Colon.
- 14) Dislipidemias.
- 15) Hipoacusias.
- 16) Laberintitis de cualquier etiología.
- 17) Infarto agudo de miocardio.
- 18) Insuficiencia cerebral.

ARTÍCULO 6º - DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL E INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE (Sólo aplica para el Asegurado Titular)

El presente seguro cubre hasta el monto establecido en las Condiciones Particulares los Accidentes que pudieran ocurrir al Asegurado Titular:

- a) En el ejercicio de la profesión declarada, a menos que se estipule su exclusión en las Condiciones Particulares.
- b) En sus actividades particulares.
- c) Mientras estuviere circulando o viajando, a pie, a caballo, en bicicleta sin motor, en coche particular, propio o ajeno, conduciéndolo o no.
- d) Haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial o marítimo.
- e) Viajando como pasajero en aeronaves que pertenezcan a líneas comerciales autorizadas y tengan itinerarios fijos, o realicen vuelos llamados "charter".
- f) Mientras practique como aficionado los siguientes deportes: fútbol, atletismo, basquetbol, 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, hockey 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, water-polo y raquet ball.

ARTÍCULO 7º - 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 aceptadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta Póliza, y 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.

No se cubren gastos de servicio funerario.

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 el Asegurado quede

totalmente incapacitado de desempeñar su ocupación y las consecuencias de las lesiones se manifiesten después de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia.

Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la Compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez permanente. El costo de estos será de cargo de la Compañía.

La Compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha en que conste la presentación de la última información requerida, si se ha producido la Invalidez Permanente de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso. La Compañía comunicará al Asegurado por carta su aprobación o rechazo a la solicitud presentada.

La Invalidez Total o Parcial permanente será indemnizada de acuerdo a la "Tabla de Indemnizaciones" establecida en la presente póliza.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, el Tomador deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza

Se establece también el significado de los siguientes términos:

- a) 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.
- b) Pérdida Parcial: Se entiende por Pérdida Parcial la eliminación en forma definitiva de parte de un órgano o miembro al cual pertenece.
- c) 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.
- d) 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.
- e) Invalidez Permanente: Se entiende por Invalidez Permanente, la amputación o la inhabilitación funcional del órgano o miembro lesionado.

ARTÍCULO 8º - RIESGOS EXCLUIDOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL E INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

Los beneficios previstos en esta cobertura, 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. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
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, naval, aéreo o de policía, en actos de guerra o rebelión, revolución, sublevación, sedición, conspiración o motín, en alborotos populares o insurrecciones, poder militar, sabotaje, hechos de huelga, paros, cierre patronal, tumulto o conmoción contra el orden público, 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) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, reactores nucleares, fabricación de elementos combustibles o por el almacenamiento o procesamiento de material fisible, almacenamiento, separación química o la eliminación de combustible nuclear irradiado o de residuos nucleares. Efectos de la energía nuclear o atómica en cualquier forma.
- h) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala de 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 la Compañía.
- l) Anomalías congénitas y los trastornos y accidentes que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- ll) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación por causa accidental.
- m) Hernias, lumbagos, ciática, dolencias lumbares y sus consecuencias, sea cual fuera la causa de la que provengan.
- n) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- o) Exámenes médicos de rutina.
- p) Una infección oportunistica, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad del Asegurado sufría de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- q) El suministro de audífonos, anteojos, lentes de contacto, cabestrillos, corsés, muletas, sillas de rueda, miembros artificiales y prótesis de cualquiera naturaleza.
- r) Los exámenes odontológicos, cirugía, atención dental o de ortodoncia en general, excepto las relacionadas por daño accidental cubierto por el presente seguro.
- s) Medicamentos, laboratorios, rayos X, Ecografías y otros exámenes complementarios que no guarden relación con el diagnóstico.
- t) 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.
- u) La atención particular otorgada por una clínica privada o enfermería en el domicilio del Asegurado.
- v) Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- w) Los traslados por vía aérea del Asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.
- x) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea causada por un accidente cubierto.
- y) Curas de reposo.
- z) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- aa) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no haya sido declarada por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes:
 - 1) La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
 - 2) La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
 - 3) La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
 - 4) Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones.
 - 5) Matar ganado.
- bb) Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
- cc) La participación del Asegurado en acto constitutivo de delito.

ARTÍCULO 9º - PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Compañía pagará las indemnizaciones que correspondan en virtud de esta Póliza, en sus oficinas y en los siguientes plazos establecidos:

- a) En el caso de muerte del Asegurado titular, 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 para constatar la muerte del Asegurado, se deducirá de esta indemnización, cualquier cantidad pagada por el mismo accidente, por Invalidez Total o Parcial Permanente.

En caso de muerte, la indemnización se pagará a la(s) persona(s) designada(s) como Beneficiario(s) en esta Póliza, o en su defecto, a los herederos legales del Asegurado Titular. La misma regla se observará en caso de que el o los Beneficiarios y el Asegurado

Titular 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.

- b) En caso de Invalidez Total o Parcial 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.

ARTÍCULO 10º - TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE

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%

Detalle	Derecha	Izquierda
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	6%	4%
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 del 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.

Esta pérdida parcial debe ser calificada por el médico tratante. La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al accidentado por un médico elegido por ella.

ARTÍCULO 11º - DE LAS 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 por el Asegurado.

Constituye requisito indispensable para requerir cualquier reembolso de gastos realizados en asistencia médica, la presentación a la Compañía de los Requisitos de Reembolsos definidos en el ARTÍCULO 1º, inciso 19 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 12º - DE LA DURACIÓN

La presente Póliza tendrá una duración de 1 (un) mes y podrá ser renovada automáticamente por 11 meses desde la fecha de vigencia inicial en las mismas condiciones de contratación. El Valor Asegurado en el presente contrato corresponde a un periodo anual, mismo que se inicia a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, por lo tanto, si el valor pactado es agotado antes de la conclusión del año, cesarán automáticamente las responsabilidades de la Compañía (según ARTÍCULO 1º, Definición No.40).

La Compañía podrá poner término o rescindir unilateralmente el contrato, excepto si el Asegurado se encuentra hospitalizado, en cuyo caso la cobertura continuará hasta un máximo de 30 días o hasta agotar el Capital Asegurado, lo que suceda primero.

Las condiciones de contratación de la presente Póliza, referente a la renovación, se enmarca en el límite de indemnización del valor asegurado, tarifa sexo edad, renovación y rehabilitación de Póliza excepto para la patología o dolencia que consumió el límite máximo de indemnización pactado, todos estos términos antes mencionados se encuentran definidos en el artículo 1º del presente Condicionado General.

Para realizar la renovación anual del seguro, la Compañía pactará con el Asegurado o Tomador las nuevas condiciones de la póliza.

ARTÍCULO 13º - DEL PAGO DE PRIMAS

El pago de primas debe efectuarse necesariamente en el domicilio legal de la Compañía en los plazos y términos pactados. 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 rehabilitación de la Póliza por incumplimiento de pago.

Para tener derecho a los beneficios, el Asegurado deberá tener debidamente cancelada y vigente la Póliza en la fecha de ocurrencia del siniestro. El Asegurado deberá designar, al momento de suscribir esta Póliza, al Responsable Solidario que responde al pago de las primas u otras obligaciones emergentes del contrato en caso de incapacidad suya por enfermedad u otra razón. En caso de seguros contratados por una empresa en calidad de Tomador o Pagador 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.

El Tomador deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas, en el domicilio de la Compañía señalado en esta Póliza. En consecuencia, la Compañía no tendrá obligación alguna de efectuar gestiones de cobro o girar avisos de vencimiento. El hecho de que hiciese una u otra cosa, no modifica lo dispuesto por esta cláusula.

Si la entrega de la póliza o certificado provisional de cobertura se realiza sin la percepción de la prima, se presume la concesión de crédito con intereses por su importe. Si el pago de la prima es parcial, se presume el otorgamiento de crédito con intereses por el saldo.

ARTÍCULO 14º - ANULACIÓN POR FALTA DE PAGO

El no pago de las primas en la fecha convenida más los intereses pactados dentro de los plazos fijados, suspende la vigencia del contrato. Suspendida la vigencia de la póliza, la Compañía tiene derecho con fuerza ejecutiva a la prima correspondiente al periodo corrido, calculado a prorrata y será causal para que la Compañía no renueve la vigencia de la Póliza, en tal caso no se reembolsará los gastos médicos que se hayan efectuado una vez suspendida la vigencia de la Póliza.

ARTÍCULO 15º - AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado o Beneficiario, tan pronto y a más tardar dentro de los diez (10) días de tener conocimiento de la lesión o enfermedad, deben comunicar tal hecho a la Compañía, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

ARTÍCULO 16º - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Los beneficios bajo este Seguro terminan cuando ocurra el primero de los siguientes hechos:

- Cuando termine la vigencia de la póliza.
- Si el Asegurado Titular deja de pagar las primas convenidas.
- La fecha en la cual el Asegurado Titular se convierte en un residente de otro país.

- Cuando se haya llegado al Límite de Indemnización o Valor Asegurado Total.
- Cuando el Asegurado llegue a la edad tope.
- Cuando el Asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.
- La Compañía se exime de su obligación si la persona asegurada provoca el accidente dolosamente o si sufriera un accidente o perdiera la vida como actor de hechos criminales.

Si el siniestro ha ocurrido durante la vigencia de la póliza y termina luego del término de la vigencia, los gastos serán reembolsados al Asegurado de acuerdo a los términos pactados en este contrato.

La Compañía podrá además no renovar la vigencia de la póliza 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, 1.004 y 1.038 del Código de Comercio vigente).

ARTÍCULO 17º - DECLARACIÓN FALSA, DOLO O MALA FE

La Compañía acepta el seguro, contrae la responsabilidad de éste y fija la prima, sobre la base de las declaraciones y descripciones de los riesgos hechas por el Asegurado, de las cuales éste resulte solo y exclusivamente responsable. El Asegurado no debe omitir circunstancia alguna relativa a los riesgos, ni pueden reclamar después del siniestro contra las estipulaciones de la Póliza o fuera de ella, ni tampoco por los objetos que no estén consignados en el Contrato.

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del Asegurado sobre los hechos y circunstancias que, conocidos por la Compañía, hubieran inducido a no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el presente contrato.

Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el presente contrato. En este caso el Asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

El Asegurado o beneficiario pierde el derecho a la indemnización o prestación del seguro, cuando:

- a) Provoquen dolosamente el siniestro, su extensión o propagación;
- b) Oculten o alteren, maliciosamente, en la verificación del siniestro, los hechos y circunstancias mencionadas en los Artículos 1.028 y 1.031 del Código de Comercio, y
- c) Recurran a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

En cualquiera de estos casos, el Asegurado pierde además el derecho a la devolución de las primas, sin perjuicio de las sanciones penales.

ARTÍCULO 18º - DE LA RENOVACIÓN PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Cuando el Asegurado haya cumplido los 65 años de edad y en la fecha de Renovación de la Póliza, el Límite de Indemnización o Valor Asegurado Total quedará reducido al 50% del Valor Asegurado con que contaba en su anterior Póliza.

ARTÍCULO 19º - CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquiera de los riesgos cubiertos por esta Póliza lo estuviera también por otra entidad Aseguradora y durante idéntico periodo de tiempo, el Tomador o Pagador del seguro o el Asegurado deberán, salvo pacto en contrario, comunicar a la Compañía los demás seguros existentes.

Una vez producido el siniestro, el Tomador o Pagador del seguro o el Asegurado deberán comunicarlo a la Compañía, con indicación del nombre de los demás Aseguradores, que contribuirán proporcionalmente al abono de las prestaciones realizadas.

ARTÍCULO 20º - RESCISIÓN VOLUNTARIA DEL CONTRATO

El presente contrato puede ser rescindido por voluntad unilateral de cualquiera de las partes Tomadores. Si la Compañía ejerce la facultad de rescindir, debe notificar por escrito su decisión al Asegurado en su domicilio y con antelación no menor de quince (15) días; si fuera el Asegurado quien ejerza la facultad de rescindir, debe notificar por escrito su decisión a la Compañía con antelación no menor de cuatro (4) días.

Si la rescisión fuera por voluntad de la Compañía, ésta devolverá a prorrata la parte de la prima de seguro por el tiempo no corrido, salvo que durante la vigencia del seguro objeto de la rescisión, haya pagado siniestros por un valor de cuando menos el ochenta y cinco por ciento (85%) del monto de la prima neta anual pactada. Si fuera por voluntad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a la prima por el tiempo corrido, según la tarifa de plazos cortos señalada en el Código de Comercio (Art. 1.024), la cual detallamos a continuación:

MESES DE SEGURO	PROPORCIÓN DE LA PRIMA ANUAL
1	25%
2	40%
3	55%
4	65%
5	75%
6	80%
7	85%
8	90%
9	95%
10	100%
11	100%
12	100%

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 sean al Asegurado a través de los beneficios de Unidades No Adscritas o a los médicos que prestaron los servicios a través de Unidades Adscritas, ambos como definido en el artículo 1 del presente condicionado.

ARTÍCULO 22º - CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE

Toda controversia, litigio, o reclamación resultante de este contrato o relativo a este contrato, su incumplimiento, interpretación, aplicación, resolución o nulidad se resolverá mediante arbitraje, en conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de Comercio de la Cámara Nacional de Comercio.

Se deja claramente establecido que el arbitraje deberá ser en derecho, debiendo el laudo arbitral fundamentarse en el ordenamiento jurídico vigente.

Igualmente, las partes hacen constar expresamente su compromiso de cumplir el Laudo Arbitral que se dicte, renunciando expresamente a cualquier tipo de recurso contra el Laudo Arbitral.

ARTÍCULO 23º - DISCREPANCIAS EN LA PÓLIZA

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

ARTÍCULO 24º - DE 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.

Las comunicaciones de la Compañía al Tomador o Asegurado, se considerarán válidas si se han dirigido por escrito al último domicilio declarado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 25º - DEL DOMICILIO

Se fija como domicilio especial para el cumplimiento de las obligaciones de estas Póliza, la dirección legal establecida en las Condiciones Particulares.

Para los casos de Conciliación y Arbitraje, el lugar del arbitraje será determinado por acuerdo de partes, dentro del territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

ARTÍCULO 26º - DE LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El presente contrato y cualquier término no contemplado en el mismo se sujetan a las leyes del Estado Plurinacional de Bolivia y a la jurisdicción de sus autoridades administrativas y judiciales.

ARTÍCULO 27º - MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características declaradas por el Asegurado, éste deberá comunicar a la Compañía dentro de ocho días de tener conocimiento, los cambios tanto de su profesión, actividad como de su salud, aun cuando fueran temporales, que modifiquen notablemente el riesgo.

Es obligación del Asegurado comunicar a la Compañía los cambios de trabajo o actividad que notoriamente agraven el riesgo. Asimismo, tiene la obligación, en cuanto le sea posible, de impedir o reducir las consecuencias del siniestro, observando las instrucciones de la Compañía con tal fin, en cuanto sean razonables, según lo establecido en el Art. 1.149 del Código de Comercio.

Los cambios relacionados a la profesión, actividad o salud mencionados en el primer párrafo de este artículo pueden dar lugar a una modificación de la prima. De no aceptar el Asegurado las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, o de rechazar ésta última el asegurar el nuevo riesgo, se procederá a la rescisión de la Póliza con devolución de la prima no devengada.

ARTÍCULO 28º - PRESCRIPCIÓN

Cumplido el plazo de cinco años después de la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre de obligación de pagar las indemnizaciones que pudieran corresponder, a menos que estuviere en trámite una acción relacionada con el reclamo. Este beneficio quedará después del plazo señalado, en favor del Estado.


La cobranza de la prima devengada, prescribe en el mismo plazo de dos años a contar de la fecha en que ella es exigible.

BISA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

FIRMAS AUTORIZADAS



Maria Rene Oporto Rodriguez
SUBGERENTE DE SALUD
BISA SEGUROS Y REASEGUROS S. A.



Luis E. Condorcett Abuawad
GERENTE DE NEGOCIOS SALUD
BISA SEGUROS Y REASEGUROS S. A.