



## PRINCIPALES DEFINICIONES DEL CONTRATO

**ASEGURADO PRINCIPAL:** Es la persona natural o jurídica que celebra para sí misma y/o sus familiares dependientes el contrato de seguro.

**ASEGURADO DEPENDIENTE:** Es la persona natural que adquiere el derecho de beneficiarse de las coberturas que ofrece la póliza

### CONDICIÓN PREEXISTENTE:

- a) Enfermedad, lesión corporal o síntoma por los cuales el Asegurado tuvo asistencia médica o consultó a un médico; recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico; tomó medicinas recetadas; o
- b) La presencia de síntomas los cuales causarían que una persona asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado y que por tal motivo los síntomas o signos de dicha enfermedad que no pudieron pasar desapercibidos por el asegurado.

**POR RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Significa gastos por atención médica debido a lesión o enfermedad, los cuales se consideren justos y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros tratamientos similares en la localidad en que son suministrados dichos gastos, cuando éstos se comparen con tratamientos, servicios o abastecimientos, a individuos del mismo sexo y edad.

**DEDUCIBLE:** son los primeros gastos a cuenta del Asegurado por accidente o enfermedad, hasta la cantidad estipulada en concepto de deducible o la cantidad establecida a cargo de cada Asegurado por aquellos gastos médicos elegibles incurridos, éste se aplica según las condiciones de su contrato. Puede ser: por persona, por evento, por año póliza o por año calendario.

**DEDUCIBLE FAMILIAR:** Es la suma de los deducibles individuales. Se aplicarán como máximo tres por grupo familiar (titular y dependientes), incurridos en el mismo año calendario o por evento si la cobertura es mundial.

**SUMA ANUAL RENOVABLE:** Es la cantidad máxima que la Aseguradora pagará al asegurado principal o dependiente, por una o más enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza. Esta será reinstalable automáticamente a la fecha de renovación de la póliza.

**MÁXIMO VITALICIO:** Es la cantidad máxima de reembolso durante la vida de la póliza (mientras esta se mantenga vigente), que la Compañía pagará al Asegurado o a sus Dependientes, por una o más enfermedades o accidentes cubiertos hasta que el saldo disponible finalice.

**COASEGURO:** Es el porcentaje a cargo de cada Asegurado, que se aplica al monto total de gastos cubiertos, en exceso del deducible, para cada reclamación. El coaseguro o copago será la participación del asegurado en cada una de las coberturas del producto.

**INCAPACIDAD:** Es como se denominará indistintamente una enfermedad o una lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento por un médico autorizado.

**HOSPITALIZACIÓN:** Es como se conoce cuando una persona esté registrada como paciente en un hospital legalmente autorizado e incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.



**LIMITE DE COASEGURO:** Es la cantidad máxima de gastos cubiertos, sobre la cual se aplicará el coaseguro. Si la cantidad de gastos cubiertos fuere mayor al límite de coaseguro, el exceso se pagará al 100%. La aplicación del límite de coaseguro sigue las siguientes condiciones:

- a) Cuando los gastos son incurridos dentro del área Centroamericana, el límite de coaseguro se aplicará por persona y por año póliza, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios.
- b) Cuando los gastos son incurridos fuera del área Centroamericana, el límite de coaseguro se aplicará por persona y por evento, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios.

**EVENTO:** Toda enfermedad, accidente o tratamiento médico por los cuales se incurran gastos elegibles y cubiertos bajo la póliza y que sean incurridos en un período de 90 días, contados a partir de la fecha en que se incurrió el primer gasto. Si los gastos por un mismo evento exceden los 90 días establecidos, dichos gastos serán considerados como un evento diferente.

**AÑO CALENDARIO:** Se refiere al período comprendido entre el primero de enero y el treinta y uno de diciembre del mismo año, ambas fechas inclusive.

**AÑO PÓLIZA:** periodo comprendido entre la fecha de vigencia del seguro.

**HOSPITAL:** Institución organizada de acuerdo con la Ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a sus pacientes, con facilidades médicas, de diagnóstico y quirúrgicas para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y/o lesionadas que se encuentran hospitalizadas, durante las 24 horas del día, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas. Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamientos para alcohólicos y drogadictos, no se considerarán hospitales.

**CONSULTA MEDICA:** Es la visita y tratamiento médico proporcionado en la clínica del médico a consecuencia de una incapacidad.

**VISITA MEDICA:** Es la atención y tratamiento médico proporcionado en el centro médico como consecuencia de una enfermedad o accidente amparado por la póliza.

**MEDICAMENTO NECESARIO:** Un tratamiento, servicio, suministro, medicamento o estancia en un hospital (o parte de una estancia en un hospital) que:

- a. Sean indispensables para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, embarazo, accidente o emergencia médica del asegurado, siempre y cuando no se encuentre excluido dentro de las condiciones generales de la póliza o en el periodo de espera.
- b. Haya sido prescrito por el médico tratante y quien se encuentre autorizado para ejercer su especialidad.
- c. Sea acorde con las normas profesionales y protocolos ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.