

PÓLIZAS DE ASISTENCIA MÉDICA

PREGUNTAS FRECUENTES

1) ¿Qué es la solicitud de seguro?

Es el documento definido por la compañía de seguros, en el cual, consignando la identificación del CONTRATANTE, ASEGURADO TITULAR y DEPENDIENTES, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la DECLARACIÓN DE SALUD de los solicitantes.

2) ¿Cuál es el procedimiento en caso de un siniestro?

En caso de requerir atención médica el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

- a) **Atención al crédito** (en proveedores médicos afiliados a la red de la compañía aseguradora. Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de la compañía de seguros, pagando solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.
- b) **Atención a reembolso** (fuera de la red de proveedores médicos afiliados) **Solo en los productos que lo contengan.** Aplica el tarifario de la compañía aseguradora por lo cual puede no reconocerse la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

3) ¿Que es el período de Carencia?

Es el período de tiempo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato. Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro. Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las siguientes EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS: apendicitis, ENFERMEDAD cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), SINDROME CORONARIO AGUDO, salvo que las ENFERMEDADES mencionadas sean consideradas preexistentes, en cuyo caso no serán materia de cobertura.

4) ¿Qué es el período de Espera?

Es el período establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza durante el cual ciertas ENFERMEDADES y procedimientos no están cubiertos. A diferencia del periodo de carencia, todo DIAGNÓSTICO o ENFERMEDAD

manifestado durante este período sí estará sujeto a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como período de espera.

5) ¿Que es el deducible?

El DEDUCIBLE es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de la compañía de seguros en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican DEDUCIBLES se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a DEDUCIBLE y COASEGURO.

6) ¿Que es el coaseguro?

Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe asumir y pagar directamente cada vez que se le brinden las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican COASEGUROS se especifican en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a DEDUCIBLE y COASEGURO.

7) ¿Qué es una emergencia accidental?

Es toda lesión corporal producida por un ACCIDENTE y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

8) ¿Qué es una preexistencia?

Es cualquier condición de alteración del estado de SALUD, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud inserta en la SOLICITUD DE SEGURO.

9) ¿Qué significa Red de Proveedores y Médicos afiliados?

Es el conjunto de centros de SALUD tales como clínicas y hospitales en los cuales la podrá derivar atenciones a consecuencia de EMERGENCIAS ACCIDENTALES y EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICO, así como cualquier otra cobertura de la Póliza. Se detallan en las CONDICIONES PARTICULARES.

10) ¿Qué es la prima?

Es la aportación económica que otorga el contratante o asegurado a la compañía aseguradora en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que este le ofrece, plasmado en la póliza de seguro.