

CONDICIONES ESPECIALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

CLÁUSULA PRIMERA.- DEFINICIONES. Para los efectos de esta Póliza, las expresiones siguientes, tendrán el significado y el alcance que a continuación se les asigna:

TITULAR ASEGURADO: Cualquier persona natural respecto de cuya existencia, integridad personal, salud o vigor vital se contrata la cobertura de este seguro y quien deberá estar inscrito en el registro de asegurados de esta Póliza. Es el empleado Asegurado que tiene relación laboral activa con el Contratante quien a su vez es el responsable de pagar las primas de seguro si así se hubiese convenido. Es la única persona que puede autorizar cualquier cambio en los familiares dependientes y presentar los reclamos cubiertos por esta póliza.

FAMILIAR DEPENDIENTE: Se refiere al cónyuge legítimo o compañero(a) de vida de un empleado Asegurado. También se consideran como familiares dependientes los hijos solteros, hijastros o hijos adoptivos mientras estén entre los diez (10) días de nacido y los diecinueve (19) años de edad, que vivan en el hogar del Asegurado, que dependan económicamente de él, que sean estudiantes a tiempo completo y que estén registrados como dependientes en los archivos del Contratante. La Aseguradora podrá exigir las pruebas necesarias para demostrar dicha condición. No serán considerados como familiares dependientes:

- a) Aquellos hijos que se conviertan en padres, aunque no se encuentren legalmente casados, o acompañados aun cuando continúen viviendo en el hogar del Asegurado.
- b) Hijos que ya se encuentren con empleo remunerado de carácter permanente por medio de un contrato laboral de tiempo definido o indefinido.
- c) Los padres del Asegurado.
- d) Los dependientes que no residan permanentemente en El Salvador.

VIGENCIA: Se refiere al período comprendido entre la fecha de inicio y finalización de la cobertura del seguro (ambas fechas inclusive), la cual se menciona en la carátula y en las Condiciones Particulares de la Póliza.

COBERTURA: Es el compromiso aceptado por la Aseguradora en virtud del cual se hace cargo y que aparece detallado en la cláusula Segunda- Gastos Cubiertos de estas Condiciones Generales y en las Condiciones Especiales de la Póliza, hasta el límite del máximo reembolsable que se estipula en dichas condiciones y durante la vigencia del seguro el cual puede ser renovable por mutuo acuerdo entre la Aseguradora y el Contratante.

CONTRATANTE: Es aquella persona natural (mayor de 18 años) o jurídica que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

GASTOS ELEGIBLES: Son los gastos aceptados por la Aseguradora y que han sido establecidos por la ciencia médica como necesarios para la atención de una enfermedad o accidente cubiertos por el Seguro.

GASTOS JUSTOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Se entenderán como tales los costos de los servicios médicos y hospitalarios ya sean por enfermedad o accidente, que se consideren razonables y hasta el límite acostumbrado, que no excedan el nivel general de los cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que son suministrados y/o cuando se comparen con tratamientos, servicios y abastecimientos a individuos del mismo sexo, edad e ingresos y en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios médico- hospitalarios y a las circunstancias de tiempo y costo de utilización. Dichos costos serán sometidos a consideración y/o evaluación de la Dirección Médica de la Aseguradora bajo los criterios anteriormente detallados y se excluirá todo gasto en exceso o no cubierto, el cual deberá ser absorbido por el Asegurado.

MÁXIMO REEMBOLSABLE: Es el límite máximo que podrá ser reembolsado al Asegurado por enfermedades o accidentes sufridos por él o sus dependientes durante la vigencia de la Póliza. Si la recuperación de una enfermedad o accidente agota el Máximo Reembolsable, el Asegurado podrá presentar evidencia de perfecta salud y su beneficio máximo podrá ser restablecido para nuevos eventos a partir del día primero del mes calendario siguiente a la fecha en que la Aseguradora determine que la evidencia es satisfactoria y le sea notificado por escrito al Contratante. La reinstalación del Máximo Reembolsable servirá únicamente para cubrir enfermedades o accidentes diferentes a los que ocasionaron tal agotamiento.

DEDUCIBLE: Es la cantidad que deberá ser absorbida individualmente por el empleado Asegurado y/o cada uno de sus dependientes elegibles antes de que algún beneficio sea indemnizado por esta Póliza.

El deducible será aplicado bajo la modalidad y en la cantidad indicada en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

COASEGURO: Es el porcentaje de participación del Asegurado y/o cada uno de sus dependientes elegibles que se aplica al total de gastos médicos hospitalarios incurridos y que están cubiertos por esta Póliza en exceso del deducible para cada reclamación presentada.

El coaseguro será aplicado bajo la modalidad y en el porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la presente Póliza después de haber descontado el deducible correspondiente.

PERÍODO DE INCAPACIDAD O EVENTO: Es el período de tratamiento de los casos que requieran o no hospitalización, por una enfermedad o lesión corporal por accidente. Se considerará como un solo evento o incapacidad el período de tratamiento con duración de hasta noventa (90) días contados a partir de la fecha en que ocurrió el evento que dio origen a los gastos por la primera consulta u hospitalización.

Todas las enfermedades o lesiones corporales que ocurran simultáneamente, serán consideradas como una sola incapacidad o evento, incluyendo las complicaciones que resulten de ella, siempre y cuando las complicaciones y los tratamientos se den dentro de los noventa (90) días contados a partir de la fecha que dio origen a tal incapacidad o evento.

Las secuelas o continuación de tratamiento por enfermedad o accidente serán consideradas como una sola incapacidad o evento, siempre y cuando estén comprendidas dentro de los noventa (90) días contados a partir de la fecha que dio origen a dicha enfermedad o accidente; transcurrido este período, las secuelas o continuación de tratamiento se considerará como un nuevo evento.

Para el caso de reclusión hospitalaria, cuando ésta sea por un período de 90 días ininterrumpidos, se considerará como una sola incapacidad; transcurrido este período, se considerará como un nuevo evento.

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN: Es el plazo fijado de común acuerdo por la Aseguradora y el Contratante para el registro de nuevos asegurados a la póliza. Dicho registro se hará mediante solicitud escrita del Contratante a la Aseguradora.

PERÍODO DE ELEGIBILIDAD: Cada empleado activo con derecho a seguro de la Póliza, será elegible cuando haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Aseguradora. Cumplidos dichos requisitos, la Aseguradora procederá a notificar por escrito al Contratante sobre la cobertura, indicando las limitantes de cobertura si las hubiese.

ENFERMEDAD: Es toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación con el organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

ACCIDENTE: Es todo acontecimiento originado independientemente de la voluntad del Asegurado y por la acción directa y violenta, de causa externa, fortuita y súbita, produciendo en éste una lesión corporal.

ACCIDENTE O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es toda enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénito o no, que el empleado Asegurado y/o su(s) dependiente(s) elegibles bajo el presente Seguro o en otro, hayan contraído o manifestado antes de la vigencia del seguro, las cuales:

- a) Fueron diagnosticadas por un médico y/o,
- b) fueron aparentes a la vista y/o,
- c) fueron de los que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas y/o,
- d) aquellas por las que se hayan erogado gastos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para cada Asegurado o dependiente

Con el fin de determinar cuando una enfermedad, lesión o condición es aparente a la vista o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, se tomarán en cuenta los siguientes criterios y definiciones:

- a) Que un médico haya determinado la preexistencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo a la celebración del contrato de seguro.
- b) Que por la historia clínica del padecimiento, un médico especializado así lo determine.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período de gestación y dé origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

EMERGENCIAS: Para efectos de este seguro se consideraran emergencias únicamente los siguientes casos:

- a) Accidentes.
- b) Convulsiones.
- c) Pérdida del conocimiento.
- d) Hemorragias.
- e) Deshidratación severa.
- f) Intoxicación severa.
- g) Reacciones alérgicas severas.
- h) Crisis súbitas de los sistemas circulatorios, respiratorios, gastrointestinal, renales o de vías urinarias.

SIGNO: Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

SÍNTOMA: Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

DOCTOR O MÉDICO: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica. No puede ser pariente consanguíneo ni cónyuge del Asegurado.

PERÍTO MÉDICO: Médico Especialista o Cirujano, certificado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica o por la autoridad correspondiente.

VISITA MÉDICA: Es la visita que haga el médico tratante al paciente asegurado en el hospital a razón de una (1) visita por día para tratamiento no quirúrgico y dos (2) visitas por día para tratamiento quirúrgico. En algunos casos se evaluará si son necesarias más visitas del médico tratante al paciente.

HOSPITAL: Es una institución legalmente autorizada y organizada de acuerdo con la ley, la cual se ocupa de prestar servicios médicos, de diagnóstico y quirúrgicos, para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas o lesionadas que se encuentren hospitalizadas y que provee dichas facilidades bajo la supervisión de un cuerpo de médicos, las 24 horas del día y atendido por enfermeras graduadas. En ningún caso dicho término incluirá una institución que se considere una casa de reposo o convalecencia, una enfermería, un asilo de ancianos o que se dedique al cuidado y tratamiento de adictos a las drogas y/o al alcohol.

CUARTO Y ALIMENTACIÓN: El valor convenido por cada día de hospitalización incluyendo el derecho de habitación y alimentación del Asegurado o del familiar dependiente hospitalizado; y tiene como máximo de cobertura el número de días convenido para cada período de hospitalización, siempre y cuando el Asegurado o su familiar dependiente se vea obligado a ingresar en un hospital por prescripción médica.

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN: Es el tiempo de la hospitalización del Asegurado o de su familiar dependiente, contado a partir del primer día de ingreso al hospital hasta la fecha del alta o salida, independientemente de la hora en la que se haya dado el ingreso.

OPERACION QUIRÚRGICA: Significará:

- a) Una operación con incisión.
- b) La sutura de una herida.
- c) El tratamiento de una fractura.
- d) La reducción de una luxación.
- e) Radioterapia, excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor (enfermedad terminal fuera del alcance quirúrgico).
- f) Electrocauterización;

- g) El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas trombosadas (varices en las que hay afectación de las safenas, de sus válvulas de drenaje o perforantes, que provocan la dilatación de grandes troncos y que están situados en la superficie de la fascia muscular).

OPERACIÓN PROGRAMADA: En el caso que un Asegurado o dependiente necesite someterse a una operación quirúrgica, la cual se decida realizar en forma planificada y que no se considera una intervención de emergencia, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Aseguradora y si el caso lo amerita, deberá presentar una segunda opinión médica del médico o los médicos que la Aseguradora indique, con el propósito principal de que el Asegurado tenga la seguridad de que la operación indicada por el médico tratante, es realmente necesaria. Por otra parte, el Asegurado deberá solicitar y someter anticipadamente a consideración de la Aseguradora, el presupuesto estimado que comprenderá el detalle de los costos de cirujano, asistente -en caso de ser estrictamente necesario-, anestesista, hospitalización entre otros, para conocer si los mismos están dentro de lo justo, razonable y acostumbrado para la intervención indicada y si la misma estará cubierta conforme a las condiciones y términos de la presente Póliza. Asimismo, el Asegurado deberá adjuntar el informe del médico tratante y en caso de que la Aseguradora lo requiera, el de sus asistentes.

El costo de la segunda opinión médica, en caso de ser requerida, correrá en su totalidad por cuenta de la Aseguradora.

La condición precedente es válida para los casos en los que la cobertura del seguro comprenda el área centroamericana (excluyendo Belice y Panamá). En los casos en que el Asegurado necesite obtener una cita para recibir atención programada en algún hospital fuera del área centroamericana, será requerido por la Aseguradora que el Asegurado proporcione la referencia de su médico tratante, adicional a la información anteriormente detallada.

CLÁUSULA SEGUNDA.- GASTOS CUBIERTOS. La presente Póliza cubre los gastos médico-hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el Asegurado reciba con motivo de alguna enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del Seguro. La cobertura comprende los siguientes gastos:

1. Servicios de hospital, que comprende el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o el dependiente asegurado hospitalizado y de acuerdo al valor reflejado en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. Honorarios de médicos y cirujanos, que no tengan ningún grado de parentesco con el asegurado, autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al Asegurado o al familiar dependiente, mientras éste se encuentre en un hospital, clínica o por visita a domicilio.

Para tratamiento no quirúrgico, se procederá con el reembolso de los honorarios médicos por visita al hospital, a razón de una visita diaria.

En todo caso quedará a criterio de la Aseguradora la evaluación del número de visitas, según se requiera por la dificultad del tratamiento.

Los gastos por servicios médicos quirúrgicos cubiertos por ésta Póliza estarán sujetos a reembolso hasta por el monto considerado por la Aseguradora como justos, razonables y acostumbrados, y sin exceder de los límites establecidos en la Póliza, según se indica:

- a) Cuando se efectúe una sola intervención, se reembolsará según el costo que corresponda a la cirugía realizada.
 - b) Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al asegurado dos o más cirugías en la misma incisión, la Aseguradora pagará únicamente el importe de la cirugía mayor; si el cirujano efectúa otra intervención diferente de la principal, en una región distinta del cuerpo del Asegurado y en la misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención quirúrgica se pagarán al 50% de los costos justos, razonables y acostumbrados y cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.
 - c) En los casos de intervenciones quirúrgicas que de acuerdo a su origen por enfermedad o accidente amparado por ésta Póliza, den lugar a procedimientos completos, para la aplicación de los incisos a) y b) anteriores, la Aseguradora evaluará el pago máximo por dicho procedimiento independientemente de que se efectúen una o más intervenciones; considerando siempre lo justo, razonable y acostumbrado.
 - d) Si hubiese necesidad de una nueva intervención y la misma se practicase dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
 - e) Por honorarios del anestesista en cada intervención quirúrgica, la Aseguradora pagará en los casos a), b), c) y d) anteriores, según los aranceles justos, razonables y acostumbrados, hasta por el máximo establecido en la Póliza.
3. Servicios de sala de operación y cuidados intensivos; salas de curación, emergencias, pequeñas cirugías y recuperación. En el caso de uso de salas de emergencias, se cubrirán los gastos por accidentes y/o enfermedad cubiertos en la Póliza, siempre y cuando el tratamiento sea atendido dentro de las 24 horas después de ocurrido el accidente y/o enfermedad y que el(la) mismo(a) no puede(a) ser tratado(a) como consulta externa.
- No se cubrirán como emergencia, el importe de aquellos medicamentos que se entreguen al Asegurado para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.
4. Aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista autorizado para tal ejercicio, hasta un máximo equivalente al 35% sobre los honorarios del cirujano principal.



5. Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, siempre y cuando el Asegurado los adquiera en una farmacia autorizada para la venta de tales medicinas.
En el caso de utilización de los servicios de emergencias o internamiento en un hospital, se cubrirán únicamente aquellos medicamentos que son proporcionados o suministrados durante la emergencia u hospitalización.
6. Tratamientos prescritos por el médico tratante para ser suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento. En ningún caso se pagará cualquier examen que no sea necesario para el diagnóstico de la enfermedad o de lesión corporal por accidente, así como cualquier examen dental por medio de rayos X que no sea hecho como consecuencia de lesión por accidente.
7. Servicio de ambulancia terrestre para viajar de y hacia un hospital local.
8. Atención suministrada por enfermeras tituladas, que no tengan ningún grado de parentesco con el Asegurado, que no vivan en la casa del asegurado y cuyo servicio haya sido indicado por el médico tratante debido a que el caso estrictamente lo amerite a causa de la imposibilidad del Asegurado de valerse por sí mismo, hasta por un período de tres (3) días consecutivos. Pasado este tiempo, si persiste la necesidad de continuar con los servicios de enfermera, deberá presentarse para aprobación de la Aseguradora la prescripción médica correspondiente.
9. Suministro de lo indicado a continuación: sangre o plasma; miembros y ojos artificiales; yeso; tablilla; braguero; oxígeno y alquiler de equipo necesario para su aplicación; alquiler de: muletas, silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria siempre y cuando sea proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado y sea debidamente prescrito por el médico tratante.
10. Gastos de tratamientos de radio, terapia radioactiva, fisioterapia, quimioterapia, rayos láser y criocirugía.
11. Tratamiento médico o quirúrgico para enfermedades mentales, a cargo de Psiquiatra calificado, siempre y cuando el Asegurado o el familiar dependiente se encuentre hospitalizado y sea a consecuencia de una enfermedad cubierta por este seguro.
12. Tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), por el cual se pagará hasta el porcentaje del máximo reembolsable, según se estipula en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA TERCERA.- GASTOS EXCLUIDOS. Salvo convenio expreso y por escrito esta Póliza no ampara los costos de los siguientes servicios:

1. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo, para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada, queratomiulesis, cataratas y cualquier procedimiento o corrección de los vicios de refracción y otros similares. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los costos de aparatos auditivos; anteojos, lentes de contacto y cualquier tipo de lentes y aros.

2. Tratamientos o medicamentos no aceptados por la ciencia médica, tales como la quiropráctica, acupuntura, naturistas, homeópatas, holística, herbolaria, medicina alternativa, hipnotismo, y cualquier tratamiento de auto-terapia, medicina biológica, o música terapia, medicina celular; procedimientos nuevos considerados experimentales o de investigación, así como gastos que surjan del tratamiento o materiales cuyas propiedades y/o necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.
3. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para enfermedades o lesiones existentes y manifiestas antes de la vigencia del seguro.
4. Anomalías o enfermedades congénitas.
5. Servicios médicos y/o quirúrgicos para tratamientos dentales o maxilofaciales, excepto para aquellos causados por un accidente y que ocasionen la pérdida de dientes naturales sanos y/o dislocación o fractura de la mandíbula, sufrida a través de medios externos e inesperados, y tratados dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente que le dio origen; siempre y cuando:
 - a) el Asegurado haya estado cubierto por ésta Póliza en la fecha de dicho accidente;
 - b) el tratamiento de reemplazo de los dientes naturales sea realizado antes de que finalice el período de vigencia de la Póliza dentro del cual se dio el accidente; y
 - c) el tratamiento sea realizado por un médico dentista o cirujano dental autorizado para ejercer la profesión. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
6. Cirugía plástica, estética, reconstructiva, correctiva o tratamiento cosmético, exceptuando los tratamientos de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona se encuentre asegurada bajo esta Póliza y que sean proporcionados dentro de los ciento ochenta (180) días después de tal accidente, por un cirujano autorizado para ejercer la profesión. El Asegurado deberá notificar y comprobar a la Aseguradora, que dicho tratamiento es estrictamente necesario. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
7. Gastos por septumplastías, operación de cornetes, septorinoplastías, xantomas o xantelasma, gigantomastías, asimetrías post reconstrucción mamaria, corrección de ptosis palpebrales.
8. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital, excepto en los casos siguientes:
 - a) por enfermedad contraída después del nacimiento,
 - b) por condiciones congénitas anormales y que ocasionen una enfermedad y/o alteración de la salud, y
 - c) por parto prematuro.Las excepciones de los literales b) y c) aplicarán siempre y cuando la madre asegurada haya tenido al momento del parto al menos diez (10) meses de cobertura continúan dentro de esta póliza.
9. Todo tratamiento relacionado con maternidad o embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio y legrados de cualquier tipo, excepto en los casos de:
 - a) Embarazo extrauterino o mola,

- b) Estados de preeclampsia y toxemia gravídica (eclampsia).
Esta excepción aplicará siempre y cuando la madre asegurada haya tenido al momento de la complicación al menos diez (10) meses de cobertura continúan dentro de esta Póliza, siempre y cuando no provenga de tratamientos de infertilidad o fecundación invitro.
10. Inmunizaciones, pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamientos de alergias; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes.
 11. Compras de medicamentos que se efectúen en el consultorio médico u otro establecimiento que no sea una farmacia autorizada para la venta de los mismos.
En el caso de utilización de los servicios de emergencias o internamiento en un hospital, en el rubro de medicinas en ningún caso se cubrirán medicamentos que se entreguen al asegurado para continuar su tratamiento fuera del hospital.
 12. Cualquier tratamiento relacionado con la menopausia o andropausia.
 13. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico ambulatorio por enfermedad nerviosa, psiquiátrica o psicológica; trastornos mentales, trastornos del sueño de origen nervioso, trastornos de conducta, estrés o surmenage.
 14. Tratamientos por mal funcionamiento o deficiencia del sistema endocrino que no causen detrimento o menoscabo de la salud, tales como deficiencia de la hormona del crecimiento, telarquia precoz, y otros padecimientos similares.
 15. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis; todos los padecimientos propios de la columna vertebral excepto en casos de lesión accidental.
 16. Honorarios médicos por visitas a domicilio, excepto en los casos estrictamente necesarios.
 17. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.
 18. Tratamientos de síndrome convulsivo, epilepsia y sus complicaciones.
 19. Prostatéctomía efectuada después de que el Asegurado haya cumplido 55 años, la histerectomía antes de que la Asegurada cumpla los 50 años, excepto en casos de cáncer o algún padecimiento que lleve al mismo. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
 20. Enfermedades originadas por epidemias declaradas o no como tales por el Gobierno.

CLÁUSULA CUARTA.- GASTOS NO CUBIERTOS.

Queda entendido que este contrato en ninguna forma cubre los accidentes, enfermedades, padecimientos, lesiones y tratamientos causados por o derivados de:

1. Cualquier enfermedad, condición o proceso degenerativo o natural.
2. Honorarios médicos de rutina y exámenes generales que no sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, incluyendo aquellos prescritos por el médico tratante y que resultasen normales o negativos.

3. Toda enfermedad o accidente proveniente de la ocupación del asegurado o dependiente afectado.
4. Condiciones geriátricas o seniles.
5. Insurrección, invasión, guerra declarada o no, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero, terrorismo.
6. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
7. Servicio militar, naval, de seguridad, vigilancia o de policía
8. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo, mientras tomen parte en o práctica en eventos deportivos peligrosos competitivos, profesionales u organizados; tales como paracaidismo; deportes marítimos o fluviales como buceo, remo, esquí; vuelos en planeadores, vuelos delta o similares; artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco-romana, u otras similares; cacería, tiro, tauromaquia, montadura; equitación; jockey; ciclismo en general; motociclismo; triatlón; bungee; alpinismo; espeleología y rapel; montañismo o escalamiento de rocas con ayuda de cuerdas o guías; entre otros.
9. Daños personales sufridos por el Asegurado bajo la influencia o efectos de alcohol o drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.
10. Tratamientos médicos como curas de reposo, convalecencia o períodos de cuarentena o aislamiento por adicciones de cualquier tipo.
11. Trastornos o apneas del sueño sean estas central, obstructiva o idiopática; polisomnografías, y cualquier tratamiento relacionado con éste.
12. Gastos de sanatorios o clínicas por lesiones debidas a estados de trastornos mentales, tales como: lesiones autoinfligidas o intento de suicidio.
13. Lesiones voluntarias estando el Asegurado en pleno uso de sus facultades mentales.
14. Consultas o tratamientos realizados por psicólogos, neurólogos o psiquiatras, a consecuencia de hiperactividad, déficit de atención, trastorno bipolar, autismo cualesquiera sean sus manifestaciones, parálisis cerebral o secuelas de ésta, síndrome de Down, retardo mental, y otros síndromes similares, incluyendo también las terapias fonoaudiológicas y ocupacionales para el tratamiento de estos padecimientos.
15. Auto prescripción de medicinas.
16. Medicinas de venta popular no controlada por la autoridad de salud competente.
17. Servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o que no sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia.
18. Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además de dispositivos intrauterinos o diafragmas.
19. Medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados o aprobados por la Dirección Nacional de Medicamentos.
20. Leches, alimentos especiales para prevenir alergias, y cualquier otro tipo de padecimientos como problemas de absorción, o desnutriciones.
21. Vendajes o materiales para tratamiento ambulatorio aun cuando sean ordenados por el médico tratante, excepto aquellos colocados por médico autorizado en un centro asistencial.

22. Gastos ocasionados por familiares o acompañantes de un Asegurado durante su internación en un hospital, tales como habitación, cama o alimentos extras.
23. Aparatos ortopédicos, mecánicos o bioeléctricos de cualquier clase, excepto lo descrito en la Cláusula Segunda – Gastos Cubiertos - de la presente Póliza.
24. Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer, incluyendo las riñas provocadas por éste; o su participación en delitos, duelos o riñas provocadas por otros.
25. Cualquier lesión o enfermedad que sufra el asegurado cuando se exponga voluntariamente al riesgo que la provocó sabiendo que podía ocasionar daño, excepto en aquellos casos en los cuales esté en peligro su vida o la de algún miembro de su grupo familiar.
26. Lesiones que sufra el Asegurado mientras viaje en aeronaves de cualquier tipo, que no pertenezca a línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
27. Tratamiento de alcoholismo crónico o toxicomanía y sus consecuencias, desintoxicación por el uso excesivo o abuso de sustancias prohibidas o de medicamentos de uso controlado.
28. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas contra la calvicie; obesidad, bajo peso, bulimia, anorexia; acné en cualquiera de sus manifestaciones, nevos, telangiectasias (várices cuya afección es prioritariamente estética), varicocele.
29. Tratamientos pediátricos relacionados con deformidades congénitas, callos, hallux valgus (juanete), pie plano, pie varo y similares, arcos débiles, pies débiles; zapatos ortopédicos, plantillas y soportes; cuidados de los pies y manos, de uñas, tratamientos por onicomycosis, onicocriptosis, y los daños que sean causados como consecuencia de un manicure o pedicure.
30. Los gastos incurridos por tratamiento de fecundación in vitro y sus complicaciones, así como el tratamiento de la infertilidad, la esterilidad, control natal, modificación del sexo; restablecimiento de la fertilidad; disfunción eréctil o impotencia, frigidez, tratamientos por transformaciones o mal funcionamiento sexual.
31. Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas, nacimientos prematuros, provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o fecundación invitro.
32. Se considerará como una complicación del tratamiento de infertilidad o fecundación invitro el embarazo múltiple a consecuencia de este procedimiento, por lo tanto, los nacimientos prematuros a consecuencia de estos tratamientos no estarán cubiertos.
33. No estarán cubiertos los gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.
34. Gastos por tratamientos médicos incurridos después de la fecha de vencimiento de la póliza, a causa de accidente o enfermedades que ocurrieron durante el período de vigencia de la póliza.

CLÁUSULA QUINTA.- EDAD.

Para formar parte del grupo asegurado se requiere que en el momento de la inscripción, la edad del solicitante o de su cónyuge debe estar comprendida entre los 18 y 65 años; reduciéndose automáticamente y sin previo aviso la suma asegurada a un 50 % al cumplir los 66 años de edad y terminando la cobertura a los 70 años.

Si por error o dolo se inscribió en el grupo asegurado a individuos mayores de 65 años, la Aseguradora podrá pedir la nulidad de la respectiva inscripción, quedando ésta obligada únicamente a devolver las primas cobradas en relación con tal inscripción.

CLÁUSULA SEXTA.- INSCRIPCIÓN Y CANCELACIÓN DE ASEGURADOS.

Las personas que reúnan las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado, serán inscritas por la Aseguradora en un registro de asegurados que forma parte de esta póliza, la cual será renovable anualmente.

Durante la vigencia de esta póliza el Contratante deberá enviar a la Aseguradora las solicitudes de inscripción y las declaraciones de salud correspondientes a todas las personas que lleguen a reunir las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado. La Aseguradora al aceptar la inscripción de los nuevos Asegurados, lo hará constar en Cédulas de Inscripción que formarán parte del registro antes mencionado.

Cuando uno o varios asegurados dejen de reunir las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado, el Contratante deberá notificarlo a la Aseguradora, solicitando cancelar las inscripciones correspondientes. La Aseguradora, al recibir las solicitudes mencionadas cancelará las inscripciones haciéndolo constar en Cédulas de Cancelación que formarán parte del registro de Asegurados.

Terminación del seguro para Titular Asegurado. La cobertura de seguro del Titular Asegurado podrá terminar por las siguientes razones:

- a. Por falta de pago de primas.
- b. Cuando pierda la relación laboral con el Contratante asegurado.
- c. Por vencimiento o caducidad de la Póliza.
- d. Por muerte del Titular Asegurado.
- e. Cuando cumpla la edad límite establecida para cobertura del Titular asegurado.
- f. Por vencimiento o caducidad de la Póliza principal a la cual se encuentre anexa esta cobertura de Gastos Médico Hospitalaria.

Terminación del seguro para Dependientes. La ocurrencia de cualquiera de las siguientes situaciones terminará la cobertura de seguro de los Dependientes:

- a. Cuando cumpla la edad límite establecida en esta póliza para la cobertura a Dependientes.
- b. Cuando deje de cumplir alguno de los requisitos establecidos para formar parte de esta Póliza.
- c. Cuando termine la relación conyugal.
- d. Cuando el Titular Asegurado pierda la calidad de Asegurado.
- e. Cuando se emita un endoso que elimine la cobertura para Dependientes.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS.

Para obtener el reembolso del importe de los gastos médico-hospitalarios a consecuencia de enfermedad o accidente en que incurran las personas que formen parte del grupo asegurado por esta póliza y que se encuentren cubiertos por la misma, el Titular Asegurado deberá:

- a) Avisar por escrito a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes de haberse producido el hecho, completando el formulario que, para tal efecto, será proporcionado por la Aseguradora, expresando la naturaleza, sitio donde se encuentra recibiendo tratamiento, fecha de ingreso al hospital y cualquier otro dato importante para su calificación.
- b) Presentar a la Aseguradora los recibos, facturas o estados de cuenta respectivos, a más tardar treinta (30) días después de la salida del hospital o de terminado el servicio médico que dé lugar al pago de algún beneficio.
- c) Rendir a la Aseguradora todas las informaciones que ésta requiera en relación con el siniestro, así como concederle autorización para obtenerlas de otras fuentes. La Aseguradora queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias en los registros del Contratante y solicitar informes de los proveedores que hayan prestado sus servicios médico-hospitalarios al Asegurado.
- d) El Contratante informará a la Aseguradora todos los datos relativos al empleado, como nombre, fecha de nacimiento, fecha de ingreso y demás circunstancias necesarias según le sea solicitado.
- e) La Aseguradora podrá nombrar un Médico para comprobar la enfermedad o las lesiones del Asegurado, verificar y ajustar los gastos cuyo reembolso se solicite.

El incumplimiento de las obligaciones antes indicadas dará derecho a la Aseguradora para rechazar el reembolso de gastos, lo que comunicará por escrito al Contratante.

CLÁUSULA OCTAVA.- REEMBOLSO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Las cantidades que la Aseguradora tenga que pagar en concepto de indemnización, podrán ser entregadas al Contratante o al Afiliado. La indemnización será exigible treinta (30) días después de la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos completos e información necesaria que le permitan conocer y evaluar el fundamento de la reclamación.

CLÁUSULA NOVENA.- RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA. La responsabilidad máxima de la Aseguradora para uno o varios accidentes o enfermedades, durante cada año de vigencia de esta Póliza, no podrá exceder al Máximo Reembolsable o sub-límites que se indican en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza.

Todo gasto en exceso o no cubierto por la presente póliza deberá ser absorbido por el Asegurado.

CLAUSULA DÉCIMA.- OTROS SEGUROS.

Si el Asegurado o sus familiares estuviesen amparados en todo o en parte por otros seguros de este u otro ramo, que cubra los mismos riesgos, tomados bien en la misma fecha o antes o después de la fecha de esta póliza, el Asegurado deberá declararlo inmediatamente a la Aseguradora por

escrito, para que ésta lo haga constar en la Póliza o en endoso que forme parte de la misma. En igual forma el Asegurado deberá declarar cualquier modificación que se produzca en tales seguros.

Si al momento de ocurrir un siniestro existiesen otros seguros declarados a la Aseguradora, la responsabilidad de ésta quedará limitada a la proporción que exista entre la suma asegurada de esta Póliza y la suma total de los seguros contratados.

CLÁUSULA DECIMA PRIMERA.- REEMBOLSO POR PARTE DEL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE.

La persona asegurada y/o el Contratante se obliga a reembolsar a la Aseguradora las sumas que ésta hubiese pagado en relación con un siniestro, que posteriormente se descubra no haber estado cubierto, de conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

PRIMERA.- CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO. El Contrato de Seguro queda constituido por la solicitud del Contratante a la Aseguradora, que es la base de este contrato, por la presente Póliza y por los anexos o endosos que formen parte de la misma, si los hubiere, y además por las solicitudes del Contratante para la inscripción de los Asegurados y por las declaraciones de éstos.

El contrato de seguro se perfecciona por la aceptación por escrito del Asegurador, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial, o a la entrega de la Póliza o de un documento equivalente.

SEGUNDA.- CERTIFICADO DE SEGURO.

La Aseguradora emitirá un Certificado de Seguro por cada Afiliado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al seguro. Los certificados serán entregados a los afiliados por intermedio del Contratante.

Los Asegurados podrán solicitar a la Aseguradora, por intermedio del Contratante, la anotación en sus respectivos certificados de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos.

TERCERA.- MODIFICACIÓN DEL CONTRATO. Toda solicitud de modificación del Contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, entendiéndose que ésta las resolverá mediante comunicación por escrito al Contratante.

CUARTA.- CAMBIO DE CONTRATANTE. Si el Contratante fuese sustituido por otro, deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución, y si ésta la acepta lo hará constar en endoso que forme parte de la Póliza. En caso contrario, la Aseguradora tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá al Contratante la prima no devengada, si la hubiera.

QUINTA.- CADUCIDAD DEL CONTRATO. El Contratante podrá dar por terminado este Contrato, mediante aviso por escrito a la Aseguradora, indicando la fecha en que la presente Póliza deba cancelarse.

SEXTA.- RENOVACIÓN. El Contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos, siempre que el Contratante pague las primas correspondientes. La renovación podrá hacerse mientras el grupo se encuentre integrado por lo menos con el setenta y cinco por ciento (75%) de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del grupo y como mínimo, por veinte (20) personas en categoría de Titular Empleado del Contratante.

SÉPTIMA.- PRIMA.

- a) Monto y condiciones de pago.- El monto y las condiciones de pago de la prima se establecen en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.
- b) Período de gracia.- El Contratante tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de iniciación del período convenido. Si durante el período de gracia ocurriere el siniestro, la prima vencida se deducirá de la indemnización.
- c) Rehabilitación y caducidad.- Vencido el período de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso, sin embargo, el Contratante dispondrá de tres (3) meses para rehabilitarlo pagando la totalidad de las primas vencidas y las que estén por vencer, y los beneficios del seguro se rehabilitarán a partir de la fecha en que se efectúe el pago respectivo, si pasado este período las primas no fueren pagadas en su totalidad, la Póliza será cancelada automáticamente.
- d) Prima no devengada.-
Por cancelación anticipada de la Póliza: Cuando el Contratante decide cancelar la póliza antes de terminar la vigencia, la Aseguradora al aceptar la cancelación procederá a reembolsar al Contratante la prima no devengada por el tiempo que falte por transcurrir para el vencimiento natural de la Póliza. En caso de existir en dicha Póliza asegurados titulares o dependientes por los cuales se hayan efectuado pago de reclamaciones, el Contratante estará obligado a pagar la prima anual completa correspondiente a dichos empleados independientemente del tiempo que estuvo asegurado durante la vigencia, y en caso de que la prima ya estuviese pagada en su totalidad no aplicará devolución.

Por exclusión de asegurado titular o dependiente: Al solicitar el Contratante la exclusión de un asegurado titular por cualquier causa, la Aseguradora procederá a efectuar el cálculo de la prima por el tiempo que el Asegurado Titular estuvo asegurado y se devolverá la prima no devengada por el tiempo que faltase por transcurrir para el vencimiento natural de la Póliza.

Si se tratase de un asegurado por el cual se hayan efectuado pagos de reclamaciones, el Contratante estará obligado a pagar la prima anual completa correspondiente a dicho empleado independientemente del tiempo que estuvo asegurado durante la vigencia, y en caso de que la prima ya estuviese pagada en su totalidad no aplicará devolución.

Por exclusiones de dependientes no existen devoluciones de prima.

Por sustitución de Póliza: Si la cancelación fuese debido a la sustitución de la presente póliza por otra de esta Aseguradora, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva Póliza.

OCTAVA.- LUGAR DE PAGO. Todo pago que el Contratante o la Aseguradora tengan que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la oficina principal de la Aseguradora en la ciudad de San Salvador, o en cualquier otro lugar que por mutuo acuerdo se establezca en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

NOVENA.- MONEDA. Toda prima o indemnización resultante de la aplicación de ésta póliza será pagadera en moneda de curso legal al momento de efectuar dicho pago.

Cuando los gastos médicos y/o hospitalarios se incurran fuera del área centroamericana incluyendo Panamá y Belice, el deducible y el coaseguro serán deducidos de la indemnización en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) y serán reembolsados en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) al tipo de cambio vigente a la fecha en la localidad en donde ocurrió el siniestro.

DÉCIMA.- CESIÓN. Los derechos concedidos por esta Póliza no podrán ser objeto de cesión.

DÉCIMA PRIMERA.- DOLO O FRAUDE. El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o del Contratante o la omisión dolosa o culposa en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Aseguradora para pedir la rescisión del Contrato, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período de seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave, y en todo caso, la prima convenida por el primer año.

Si la inexactitud u omisión de las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Contratante o Asegurado estará obligado en ponerlo en conocimiento a la Aseguradora tan pronto como advierta esta circunstancia, bajo pena que se le considere responsable de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Contratante o Asegurado la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuera asegurable, la Aseguradora tendrá derecho a rescindir el contrato.

DÉCIMA SEGUNDA.- COMUNICACIONES.

Toda declaración o comunicación a la Aseguradora, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito dirigida a la oficina principal de la misma. Los Intermediarios no tienen facultad para recibir comunicaciones o declaraciones en nombre de la Aseguradora.

Las comunicaciones que la Aseguradora, deba hacer al Contratante o al Asegurado o a sus causahabientes, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella; en caso de no ser encontrados por haber cambiado de dirección, se coordinará la entrega por medio de su Corredor o Intermediario de Seguros.

DÉCIMA TERCERA.- REPOSICIÓN. En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del Contratante, siguiéndose los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuese aplicable. Los gastos de reposición de la Póliza serán por cuenta de quien lo solicite.

DÉCIMA CUARTA.- PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO. En caso de discrepancia del Asegurado o beneficiario con la Aseguradora, en el pago de un siniestro, el interesado acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero y solicitará por escrito que se cite a la Aseguradora a una audiencia conciliatoria. El reclamante presentará un escrito acompañado de una copia, en el cual expondrá las razones que motivan su discrepancia. Recibido el mismo, la Superintendencia enviará una copia a la Aseguradora en el término de cinco (5) días hábiles después de recibida, para que ésta, mediante su representante legal o apoderado especialmente autorizado, y dentro del término de cinco (5) días hábiles contados a partir del día que la reciba, rinda información detallando cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación.

La Superintendencia citará a las partes a una audiencia conciliatoria que se realizará dentro de quince días hábiles, a partir de la fecha en que reciba el informe de la Aseguradora respecto a la reclamación. Si por cualquier circunstancia la audiencia conciliatoria no se pudiere celebrar se señalará nueva fecha para verificarla dentro de los ocho días hábiles siguientes.

A la audiencia conciliatoria, el reclamante y la Aseguradora, podrán comparecer personalmente, por medio de su representante legal o por apoderado especial designado al efecto.

En la audiencia se exhortará a las partes a que, se concilien sus intereses; y si se llegare a un arreglo, el compromiso se hará constar en acta que al efecto se levantará en la audiencia conciliatoria y su cumplimiento será verificado por la Superintendencia. En todo caso las partes podrán alegar en la audiencia la imposibilidad de conciliar.

Si la sociedad de seguros no comparece a la segunda cita, la Superintendencia podrá aplicarles una multa de mil a cinco mil colones. En caso de que el reclamante no comparezca a ninguna de las citas de la audiencia conciliatoria, se entenderá que no desea la conciliación

Agotado el procedimiento anterior, la Superintendencia ordenará que se cancele la reserva que se hubiere constituido en el momento de tener conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

La presentación de la reclamación ante la Superintendencia interrumpirá el término de la prescripción.

DÉCIMA QUINTA.- PERITAJE. En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora acerca del importe de cualquier siniestro cubierto por esta Póliza, la cuestión será sometida, exclusivamente para ese objeto, a dictamen de un Perito nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un solo Perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de un mes a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera. Antes de empezar sus labores, los dos Peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su Perito o simplemente no lo hiciera cuando sea requerida por la otra, o si los Peritos no se pusieren de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial correspondiente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del Perito, el Perito tercero, o de ambos, si así fuere necesario.

El fallecimiento de una de las partes, cuando fuere persona física, o su disolución si fuere una Sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los Peritos. Si alguno de los Peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (las partes, los Peritos o la autoridad judicial), para que lo sustituya.

Los gastos y costas que se originen con motivo del peritaje, serán a cargo de la Aseguradora y del Asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio Perito, en su caso. El peritaje a que esta condición se refiere, no significa aceptación de la reclamación por parte de la Aseguradora; solamente determinará el importe de la pérdida, quedando las partes en libertad de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

DÉCIMA SEXTA.- PRESCRIPCIÓN. Salvo lo estipulado en los artículos 1383 y 1384 del Código de Comercio, los beneficios del presente contrato prescribirán a los treinta (30) días posteriores a la fecha de terminación del contrato.

DÉCIMA SÉPTIMA.- COMPETENCIA.

En caso de controversia en relación con la presente Póliza, y ya agotado el procedimiento conciliatorio ante la Superintendencia del Sistema Financiero, previa certificación por parte de la Superintendencia del acta de la audiencia del proceso conciliatorio detallando falta de acuerdos, las

partes podrán recurrir ante los Tribunales de San Salvador, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.