



## BUPA GUATEMALA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

### Tabla de Beneficios - Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Global Major Medical Health Plan

Los términos destacados en **negrilla** en esta **Tabla de Beneficios** corresponden a los términos definidos en las Definiciones.

Límites de los beneficios: existen tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Beneficios**:

- El “**límite máximo**” – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**
- “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días– la cantidad máxima que la **Aseguradora** pagará por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Beneficios**.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su **póliza** de seguro. Otros límites aplican de por vida, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la **póliza**.

#### Red de proveedores

La **póliza** Global Major Medical Health Plan proporciona cobertura únicamente dentro de la **red de proveedores**. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la **red de proveedores**, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de **tratamiento de emergencia**.

En Latinoamérica	Abierta
En los Estados Unidos de América	BCBS
En el resto del mundo	Red Global Bupa

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en la **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

Todas las cantidades mencionadas en este documento, relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles**, se entenderán referidas en dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual obligatorio correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a deducible. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor de consultar las Exclusiones y Limitaciones en este documento antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen a continuación.

La **Aseguradora** sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Guatemala o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

**Límite máximo:** Cinco millones de dólares (US\$5,000,000) por **asegurado**, por **año póliza**. Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible** anual obligatorio:

	Dentro del <b>país de residencia:</b>	Fuera del <b>país de residencia</b>
Plan 1	Diez mil dólares (US\$10,000)	Diez mil dólares (US\$10,000)
Plan 2	Veinte mil dólares (US\$20,000)	Veinte mil dólares (US\$20,000)

### Hospitalización y Tratamiento en el Hospital

### Cobertura

Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el **hospital**

#### Alojamiento en el hospital y alimentos

La **Aseguradora** pagará los gastos generados por la **hospitalización** y **tratamiento** hospitalario del **asegurado**, siempre y cuando:

- exista una necesidad médica de permanecer en el **hospital**,
- el **tratamiento** sea proporcionado o administrado por un **especialista**, y
- la duración de su estadía sea **médicamente justificada**.

La **Aseguradora** no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del **tratamiento** están ligados a un tipo de habitación, la **Aseguradora** pagará el costo del **tratamiento** al precio que se cobraría si ocupara una habitación privada.

Para pacientes internados por 5 noches o más, el **asegurado** o su **médico** deberán enviar a la **Aseguradora** un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el **tratamiento** recibido, el **tratamiento** planificado y la fecha en la que se dará de alta.

La **Aseguradora** pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.

100% habitación privada

#### Cama extra en el hospital para acompañante

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el **asegurado** esté recibiendo un **tratamiento** cubierto.

100% para una persona

#### Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos generados por:

- la sala de operaciones,
- la sala de recuperación,
- medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y
- medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el hospital.

En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.

100%

#### Cuidados intensivos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea **médicamente necesario** o cuando sea una parte esencial del **tratamiento**.

100%

#### Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico

La **Aseguradora** pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista y anesthesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

Los honorarios de **médicos**, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean **médicamente necesarios** durante la cirugía o tratamiento.

100%

<p>Los honorarios del anesthesiólogo se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 30% de los gastos <b>usuales, acostumbrados y razonables</b> del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>3. Las tarifas especiales establecidas por la <b>Aseguradora</b> para un área o país determinado.</li> </ol> <p>Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.</li> </ol> <p>Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.</p>	
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un <b>especialista</b> para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 22 y 35 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> suministrado por fisioterapeutas, <b>terapeutas ocupacionales</b>, quinesiólogos, <b>fonoaudiólogos</b> y <b>nutricionistas</b> si se requiere como parte de su <b>tratamiento</b> hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos <b>tratamientos</b> no sean el único motivo de su <b>hospitalización</b> y la <b>enfermedad o dolencia</b> principal se encuentre debidamente cubierta bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento</b> cubierto bajo este beneficio durante la <b>hospitalización</b> requerirá autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 16, 25 y 43 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> podrá cubrir este <b>tratamiento</b>, sujeto a los criterios siguientes si el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,</li> <li>• Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,</li> <li>• Presenta evidencia documentada y firmada por el <b>médico</b> tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y</li> <li>• Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el <b>asegurado</b> someterse al procedimiento.</li> </ul> <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p><b>Importante:</b> El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%

<p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 43 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	
<p><b>Cirugía preventiva</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la <b>Aseguradora</b>. El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
<p><b>Prótesis</b> La <b>Aseguradora</b> pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del <b>tratamiento</b>. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído. La <b>Aseguradora</b> no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una <b>enfermedad o padecimiento</b> preexistente. La <b>Aseguradora</b> pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la <b>Aseguradora</b>.</p>	100%
<p><b>Implantes prostéticos y órtesis</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis: Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para reemplazar articulación o ligamento</li> <li>• para reemplazar válvula cardiaca</li> <li>• para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial</li> <li>• para reemplazar un músculo del esfínter</li> <li>• para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo</li> <li>• para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga</li> <li>• marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa)</li> <li>• para remover exceso de lípidos en el cerebro</li> <li>• implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer.</li> </ul> <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado</li> <li>• soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral.</li> <li>• fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello</li> </ul> <p>Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la <b>Aseguradora</b> previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo <b>usual, acostumbrado y razonable</b> que hubiese incurrido la <b>Aseguradora</b>.</p>	100%
<p><b>Cirugía reconstructiva</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> para restaurar la apariencia física del <b>asegurado</b> después de un <b>accidente, enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía. La <b>Aseguradora</b> podrá pagar por la cirugía cuando la <b>enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua. El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%

<p><b>Nota:</b> Si el <b>médico</b> del <b>asegurado</b> recomienda <b>tratamiento</b> cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 10 y 25 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	
<p><b>Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios</b></p>	<p><b>Cobertura</b></p>
<p><b>Imagenología avanzada</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)</li> <li>• tomografía computarizada (TC)</li> <li>• tomografía por emisión de positrones (PET)</li> </ul> <p>Los estudios deberán ser prescritos por el <b>médico o doctor</b> del <b>asegurado</b> como parte del diagnóstico o <b>tratamiento</b> de condiciones cubiertas o que estén relacionados con una <b>hospitalización</b> o cirugía ambulatoria.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Condiciones congénitas</b> La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta <b>póliza</b> es la siguiente:</p> <p>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el <b>asegurado</b> cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra <b>póliza</b> o anexo adicional de la <b>Aseguradora</b>, después de satisfacer el <b>deducible</b> correspondiente.</p> <p>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el <b>asegurado</b> a los 18 años de edad o posteriormente.</p>	<p>(a) US\$500,000</p> <p>(b) 100%</p>
<p><b>Tratamiento contra el cáncer</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de cualquier <b>tratamiento</b> contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el <b>tratamiento</b> contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 39 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubre los gastos relacionados con <b>tratamientos</b> o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una <b>prueba clínica registrada</b> y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Servicio de trasplantes</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con <b>médicos</b> o <b>especialistas</b> y <b>tratamiento</b> médico cuando el <b>asegurado</b> se encuentre internado en el <b>hospital</b> o como <b>paciente ambulatorio</b>, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• córnea</li> <li>• intestino delgado</li> <li>• riñón</li> <li>• riñón/páncreas</li> <li>• hígado</li> </ul>	<p>US\$1,000,000 por diagnóstico, de por vida</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• corazón</li> <li>• pulmón</li> <li>• corazón/pulmón</li> <li>• médula ósea (no relacionado con cáncer)</li> </ul> <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de <b>tratamiento</b> de cáncer.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos del <b>donante</b> para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el <b>donante</b> está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la recolección del órgano, ya sea de un <b>donante</b> vivo o muerto,</li> <li>• los gastos por compatibilidad de tejidos</li> <li>• los gastos de hospital/operación del <b>donante</b>, y</li> <li>• cualquier complicación del <b>donante</b>, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 9 y 32 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	
<p><b>Diálisis renal</b> La <b>Aseguradora</b> pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o <b>paciente ambulatorio</b></p>	100%
<p><b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.</p>	US\$500,000 de por vida
<p><b>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</b> Los costos relacionados con <b>tratamientos</b> derivados de la práctica de <b>actividades y deportes peligrosos</b>, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, están cubiertos bajo esta <b>póliza</b>.</p>	100%
<p><b>Tratamiento dental relacionado con accidentes</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por el <b>tratamiento</b> dental <b>médicamente necesario</b> derivado de un <b>accidente</b> cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al <b>accidente</b>.</p>	100%
<p><b>Tratamiento Ambulatorio</b></p>	Cobertura
<p><b>Cirugía ambulatoria</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>	100%
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios estén relacionados con una cirugía ambulatoria o una <b>hospitalización</b> cubierta y sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología</li> <li>• Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG)</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 22 y 35 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que estén relacionados con una cirugía ambulatoria o una <b>hospitalización</b> cubierta y sean prescritos por un <b>médico o doctor</b>.</p>	100%

<p><b>Equipo médico durable</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable, por ejemplo, suministros de oxígeno o sillas de ruedas, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esté relacionado con una cirugía ambulatoria o una <b>hospitalización</b> cubierta</li> <li>• Sea prescrito por un <b>médico</b>,</li> <li>• Cumpla con la definición de <b>equipo médico durable</b></li> <li>• Sea notificado a la <b>Aseguradora</b> previamente</li> </ul> <p>Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del <b>equipo médico durable</b>.</p>	100%
--	------

<p><b>Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos de tratamientos dentro de los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b> cubierta bajo la <b>póliza</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeto a un copago de US\$50</li> <li>• No aplica <b>deducible</b></li> </ul>	100%
--	------

<b>Salud Mental</b>	<b>Cobertura</b>
<p><b>Salud mental durante la hospitalización</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b>, siempre y cuando sea <b>médicamente necesario</b> producto de una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el <b>hospital</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b> cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 26, 40 y 46 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100% máximo 90 visitas de por vida

<b>Transporte y Viajes</b>	<b>Cobertura</b>
<p><b>Viajes de traslado</b></p> <p>La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del <b>asegurado</b> al lugar más cercano en donde pueda recibir <b>tratamiento</b> apropiado, cuando el <b>tratamiento</b> que necesita no está disponible en un lugar cercano.</p> <p>La cobertura por repatriación le ofrece al <b>asegurado</b> la opción adicional de volver a su <b>país de residencia</b> especificado o al <b>país de nacionalidad</b> especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el <b>tratamiento</b> que necesita no está disponible en un lugar cercano.</p> <p>Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el <b>asegurado</b> debe contactar a la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de su traslado,</li> <li>• el <b>tratamiento</b> debe ser recomendado por el <b>especialista o médico</b> tratante del <b>asegurado</b>,</li> <li>• el <b>tratamiento</b> no debe estar disponible en un lugar cercano,</li> <li>• el <b>tratamiento</b> debe estar cubierto bajo esta <b>póliza</b>,</li> <li>• la <b>Aseguradora</b> coordinará el traslado con el <b>asegurado</b>, y</li> <li>• el beneficio aplica para <b>tratamiento</b> en <b>hospital</b>, tanto como <b>paciente ambulatorio</b> u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el <b>asegurado</b> necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el <b>asegurado</b>. En algunos países, la <b>Aseguradora</b> podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la <b>Aseguradora</b> siempre estará con el <b>asegurado</b> para apoyarle.</p>	

### Exclusiones y restricciones:

- La **Aseguradora** no pagará por noches extra en el **hospital** cuando el **asegurado** ya no esté recibiendo **tratamiento** activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- La **Aseguradora** no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la **Aseguradora**, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** no podrá coordinar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la **Aseguradora** o de nuestros socios proveedores de servicios.
- La **Aseguradora** no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la **Aseguradora**. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta **póliza** pero que no sean coordinados por la **Aseguradora** serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la **Aseguradora** habría pagado si la **Aseguradora** hubiera coordinado el traslado.

### Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La **Aseguradora** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

Deberá obtenerse autorización previa de la **Aseguradora**, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

La **Aseguradora** no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.

100%

### Repatriación médica

La **Aseguradora** cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica:

- al **país de nacionalidad** o al **país de residencia** del **asegurado** según la información que haya proporcionado en su **solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores**, y
- el traslado de regreso al lugar de donde el **asegurado** fue trasladado en los siguientes casos:
  - cuando haya sido autorizado previamente por la **Aseguradora**, y
  - cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.

En algunos casos, podrá ser más apropiado que el **asegurado** viaje al aeropuerto en taxi que en otro medio de transporte, como por ejemplo en una ambulancia. En estos casos, y si está autorizado previamente, la **Aseguradora** pagará la tarifa del taxi.

100%



<p>En algunos casos, el <b>asegurado</b> podrá solicitar una repatriación médica comunicándose con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización; sin embargo, esto puede ser medicamente inapropiado. En estos casos, la <b>Aseguradora</b> primero evacuará al <b>asegurado</b> al lugar apropiado más cercano en donde el <b>tratamiento</b> necesario esté disponible. Una vez que el <b>asegurado</b> esté médicamente estable, la <b>Aseguradora</b> procederá con la repatriación al <b>país de nacionalidad</b> o <b>país de residencia</b> que el <b>asegurado</b> haya especificado.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.</p>	
<p><b>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del <b>asegurado</b> (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La <b>Aseguradora</b> considera como 'necesidad razonable' cuando el <b>asegurado</b> necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• necesita asistencia para subir o bajar de un transporte,</li> <li>• necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros),</li> <li>• no hay acompañamiento médico disponible, o</li> <li>• en el caso de una <b>enfermedad o dolencia</b> aguda y seria</li> </ul> <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el <b>asegurado</b> que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• esto sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>, y</li> <li>• el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o</li> <li>• el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación se haga para que el <b>asegurado</b> reciba <b>tratamiento</b> como <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	100%
<p><b>Costos de alimentación y transporte para acompañante</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• únicamente durante una evacuación, y</li> <li>• por hasta 10 días o hasta el día de alta del asegurado, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del <b>asegurado</b> se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> habitual.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el <b>asegurado</b> reciba <b>tratamiento</b> como <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	US\$150 por día; máximo 10 días por <b>año póliza</b>
<p><b>Costos de viaje de traslado de niños</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del <b>asegurado</b> sean trasladados junto con el <b>asegurado</b> en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea <b>médicamente necesario</b> que el <b>asegurado</b> (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado,</li> <li>• el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al <b>asegurado</b>, y</li> <li>• que, de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.</li> </ul>	100%

<p><b>Ambulancia aérea local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un accidente o centro de esquí al <b>hospital</b>, o</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro</li> </ul> <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria,</li> <li>• utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul> <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
---	------

<p><b>Ambulancia terrestre local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un <b>accidente al hospital</b>,</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro, o</li> <li>• de su casa al <b>hospital</b></li> </ul> <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>médicamente necesaria</b>, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto y que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul>	100%
--	------

<p><b>Repatriación de restos mortales</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos razonables para el traslado, en clase económica (carga), del cuerpo o restos mortales cremados del <b>asegurado</b> a su <b>país de nacionalidad</b> o a su <b>país de residencia</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su <b>país de residencia</b>, y</li> <li>• sujeto a los requerimientos, servicios, suministros y restricciones de la aerolínea necesarios para preparar y transportar el cuerpo.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> sólo pagará por los arreglos reglamentarios, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del <b>asegurado</b>.</p> <p><b>Los trámites deben ser aprobados y coordinados conjuntamente con USA Medical Services.</b></p>	100%
---	------

<b>Rehabilitación y Cuidados Paliativos</b>	<b>Cobertura</b>
<p><b>Enfermería en casa</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de enfermería en casa para el <b>asegurado</b> después de su <b>tratamiento</b> en el <b>hospital</b> cubierto por esta <b>póliza</b> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea prescrito por el <b>médico</b> del <b>asegurado</b>,</li> <li>• comience inmediatamente después de que el <b>asegurado</b> salga del <b>hospital</b>,</li> <li>• reduzca la duración de la estadía del <b>asegurado</b> en el <b>hospital</b>,</li> <li>• sea proporcionada por un(a) <b>enfermero(a)</b> profesional calificado(a) en casa del <b>asegurado</b>, y</li> <li>• sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales).</li> </ul> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	US\$300 por día hasta un máximo de 60 días

<p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 25 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	
<p><b>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</b> Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responderán al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la <b>Aseguradora</b> pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de <b>enfermedad</b> terminal y si el <b>asegurado</b> ya no puede recibir <b>tratamiento</b> que conduzca a su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alojamiento en centro para pacientes terminales</li> <li>• cuidados de <b>enfermero(a)</b> profesional calificado</li> <li>• medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal</li> <li>• cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales</li> </ul>	<p>100%</p>
<p><b>Rehabilitación multidisciplinaria</b> La <b>Aseguradora</b> pagará por la <b>rehabilitación</b>, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La <b>Aseguradora</b> pagará por <b>rehabilitación</b> únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> sólo cubrirá los gastos por <b>rehabilitación</b> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea considerada <b>médicamente necesaria</b>, después de revisar la información médica correspondiente, y</li> <li>• Sea parte del <b>tratamiento</b> recibido para dicha condición cubierta bajo la <b>póliza</b>.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para que la <b>Aseguradora</b> pueda otorgar una autorización previa, el <b>médico</b> deberá proporcionar la información clínica completa del <b>asegurado</b>, incluyendo el diagnóstico, el <b>tratamiento</b> recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el <b>asegurado</b> se encuentra internado para recibir <b>rehabilitación</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 25 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	<p>100% hasta 60 días</p>

### Beneficios Adicionales

#### Incorporación del recién nacido en la póliza

Para que el **recién nacido** disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, al menos uno de los padres del **recién nacido** debe tener por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Se requerirá la presentación de una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**

para incluir al **recién nacido** en la **póliza**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si

- (a) la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, o
- (b) ninguno de los padres ha cumplido los 10 meses de cobertura continua bajo esta **póliza**, o
- (c) el **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

La incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.

#### Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** cubiertos bajo la **póliza** al momento del fallecimiento del **Asegurado Titular** durante 2 (dos) años sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el **Asegurado Titular**, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o dolencia** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el **cónyuge o conviviente** si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

La extensión de cobertura entrará en vigencia a partir de la próxima **fecha de vencimiento del pago o fecha de aniversario de la póliza**, la que ocurra primero, después del fallecimiento del **Asegurado Titular**. Si el **dependiente** que goza del beneficio de extensión de cobertura se ve excluido de dicho beneficio por las razones estipuladas anteriormente, él/ella podrá mantener su cobertura siempre y cuando pague la prima correspondiente y cumpla con las condiciones de elegibilidad estipuladas en el numeral 2.4 de las Condiciones Generales.

ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI LOS BENEFICIARIOS DEL **ASEGURADO TITULAR** SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES GENERALES.

Beneficio de segunda opinión quirúrgica

Si un cirujano ha recomendado que el **asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el **asegurado** tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un **médico** seleccionado de común acuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora**. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la **Aseguradora** también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un **médico** seleccionado de común acuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora**.

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES - PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

1. En esta sección de exclusiones y limitaciones encontrará un listado de los **tratamientos**, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la **Aseguradora** como parte del seguro de salud. Además de esto, el **asegurado** podría tener exclusiones o limitaciones personales que corresponden a su cobertura, como lo explica su documento de **Condiciones Particulares**.
2. COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES: Cuando el **asegurado** presentó su **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, se le pidió que suministrara toda la información acerca de cualquier **lesión, enfermedad o dolencia** por la cual el **asegurado** y/o sus **dependientes** han recibido medicamentos, indicaciones médicas o **tratamientos**, así como **síntomas** que hayan experimentado antes solicitar el seguro con la **Aseguradora**. Esto es conocido como condiciones preexistentes.
3. El equipo médico de la **Aseguradora** ha analizado el historial médico del **Asegurado Titular** y sus **dependientes** para decidir los términos sobre los cuales se le ofrece este seguro de salud. Es posible que la **Aseguradora** haya ofrecido cobertura para **condiciones preexistentes**, posiblemente mediante una extra-prima, que haya decidido excluir **condiciones preexistentes** específicas, o que haya aplicado otras restricciones al seguro de salud. En el caso que la **Aseguradora** haya aplicado alguna exclusión personal u otras restricciones a la **póliza** del **asegurado**, esto será descrito en el documento de **Condiciones Particulares**. Esto significa que la **Aseguradora** no cubrirá los costos de **tratamiento** para dichas **condiciones preexistentes**, los **síntomas** relacionados con ellas, o cualquier condición que sea resultado de o esté relacionada con dichas **condiciones preexistentes**. De igual modo, la **Aseguradora** no cubrirá ninguna **condición preexistente** que el **asegurado** no haya informado debidamente durante el proceso de solicitud.
4. Si la **Aseguradora** no ha incluido en el documento de **Condiciones Particulares** una exclusión personal o limitación, esto significa que cualquier **condición preexistente** que el **asegurado** haya declarado en su solicitud está cubierta bajo la **póliza**.
5. EXCLUSIONES GENERALES: Las exclusiones contenidas en los numerales 6 al 46 corresponden además de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se ha explicado anteriormente.

Para todas las exclusiones en esta sección, y para cualquier exclusión o limitación personal especificada en el documento de **Condiciones Particulares**, la **Aseguradora** no proporciona cobertura o beneficios para ninguna de las exclusiones y limitaciones mencionadas en esta sección, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la **Tabla de Beneficios**, ni para las **condiciones preexistentes** que estén directamente relacionadas con:

- **Condiciones preexistentes** no declaradas al momento de contratar la **póliza** o sus complicaciones;
- **Enfermedades o dolencias** y **tratamientos** excluidos;
- Gastos adicionales o incrementados que resulten de **enfermedades o dolencias** y **tratamientos** excluidos,
- Complicaciones que resulten de **enfermedades o dolencias** y **tratamientos** excluidos, y

- Los servicios y **tratamientos** que no se lleven a cabo dentro de la **red de proveedores**, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de **tratamiento de emergencia**.

Los títulos incluidos a continuación no reconocen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión o restricción enunciada.

6. ADMISIÓN ELECTIVA AL **HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO**: La admisión electiva en un **hospital, clínica o sanatorio** por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la **Aseguradora**.
7. ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a **asegurados con enfermedades** o condiciones cubiertas bajo la **póliza**, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésta sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
8. ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS Y/O CÉLULAS: Los costos por la extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula.
9. COSTOS RELACIONADOS AL TRASPLANTE: Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.  
  
Nota: La **Aseguradora** cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del **tratamiento** de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.
10. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía o **tratamiento** electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o **tratamiento** que no sea **médicamente necesario**, excepto cuando resulte de una **lesión**, deformidad, **accidente** o **enfermedad** que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el **asegurado** cubierto bajo esta **póliza**, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
11. CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO: Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o **tratamientos**, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la **póliza**.
12. CLÍNICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.: **Tratamientos** o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un **hospital**.
13. CONFLICTO Y DESASTRE: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desórdenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el **asegurado**:
  - ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
  - ha participado activamente, o
  - ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.
14. CONTROL DE NATALIDAD: Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planificación familiar, tal como consultas de la **asegurada** con su doctor para discutir el plan de embarazo.
15. DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO: Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los **beneficios cubiertos**.

16. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO: No se cubrirán **tratamientos** relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni **tratamientos** del desarrollo infantil. Los diagnósticos y **tratamientos** de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
17. DESÓRDENES DEL SUEÑO: **Tratamiento** para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.
18. DISFUNCIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Consultas y **tratamientos** relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivadas de una condición cubierta bajo la **póliza**, y las enfermedades transmitidas sexualmente.
19. EMBARAZOS Y PARTO: Todo **tratamiento** o servicio relacionado con el embarazo, el parto y sus complicaciones, así como todo **tratamiento** o servicio relacionado con el cuidado del **recién nacido**.
20. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El **tratamiento** de, o que surja como resultado de, cualquier **enfermedad epidémica** y/o **pandémica**, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los **tratamientos** preventivos para, o relacionados con, cualquier **enfermedad epidémica** y/o **pandémica**, excepto las vacunas que se especifican en su Tabla de Beneficios.
21. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la **Aseguradora**.
22. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES: Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del **asegurado** para trabajar o viajar.
23. GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN: Los gastos de registro/administración en **hospitales** o instituciones similares (a menos que la **Aseguradora**, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).
24. GASTOS QUE EXCEDAN UCR: Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo **usual, acostumbrado y razonable** por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del **tratamiento** que se ha recibido.
25. GASTOS RELACIONADOS CON **TRATAMIENTOS** NO CUBIERTOS: El **tratamiento** de cualquier lesión, **enfermedad o dolencia**, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:
  - (a) Que no sea **médicamente necesario**, o
  - (b) Para un **asegurado** que no se encuentre bajo los cuidados de un **médico, doctor** o profesional acreditado, o
  - (c) Que no sea autorizado o recetado por un **médico o doctor**, o
  - (d) Que está relacionado con el **cuidado asistencial**, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**, o
  - (e) Que se lleva a cabo en un **hospital**, pero para el cual no es **médicamente necesario** el uso de instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la **póliza** excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta **póliza**, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitando causas mórbidas y/o **accidentes**.

26. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO Y SUICIDIO FALLIDO: Cualquier cuidado o tratamiento debido a **lesiones, enfermedades o dolencias** auto infligidas por el propio **asegurado** o un tercero a solicitud del **asegurado**, suicidio y suicidio fallido.

27. LESIONES POR RIÑAS: Se excluyen **tratamientos** de lesiones, **enfermedades** o **dolencias**, así como **accidentes** que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el **Asegurado Titular** o sus **dependientes** participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el **asegurado** haya sido el provocador.
28. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA: Cuando el paciente sufre de una **lesión, enfermedad o padecimiento** que requiera **tratamiento** para el mantenimiento artificial de la vida, pero el pronóstico médico indique que el paciente ha perdido la habilidad de estabilizarse y recuperar su función normal, la **Aseguradora** se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. La **Aseguradora** no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos **tratamientos** resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud. Sin embargo, la **Aseguradora** puede considerar la posibilidad de mantener la cobertura para dichos **tratamientos** en una institución no hospitalaria o en el hogar del **asegurado**.
29. MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.
30. MEDICAMENTOS SIN RECETA: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.
31. MEDICINA ALTERNATIVA: **Tratamiento** quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
32. ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES: Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles **enfermedades** o **dolencias** futuras.
33. PODOLOGÍA: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea **médicamente necesario**, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
34. PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO NO RECONOCIDO O EN INSTALACIONES MÉDICAS NO RECONOCIDAS: **Tratamiento** realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o **tratamiento** realizado en instalaciones médicas no reconocidas.
35. PRUEBAS GENÉTICAS: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el **asegurado** es susceptible o no de desarrollar una **enfermedad** o **dolencia** y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de **exámenes de diagnóstico** o se especifique cobertura en su tabla de beneficios.
36. SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL: **Tratamiento** de **lesiones** que se produzcan mientras el **Asegurado** se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.
37. TRASTORNOS REFRACTIVOS: **Tratamientos**, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK).
38. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS: **Tratamientos** en cualquier institución gubernamental, cuando el **asegurado** es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.
39. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL: La **Aseguradora** no pagará por **tratamientos** o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La **Aseguradora** tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.

La **Aseguradora** no pagará por cualquier costo relacionado con **tratamientos** o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una **prueba clínica registrada** y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

40. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO: No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o **tratamientos** psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la **hospitalización** sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental, a menos que se especifique en su Tabla de Beneficios. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.
41. TRATAMIENTOS MAXILARES: **Tratamientos** del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta **póliza**.
42. TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO: Cualquier **tratamiento** relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo **tratamientos** realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al **tratamiento** de una condición cubierta bajo la **póliza**.
43. TRATAMIENTOS POR OBESIDAD: **Tratamiento** para o como resultado de la obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios**, sujetos a los términos y condiciones de la **póliza**. La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para **asegurados** que ya hayan cumplido los sesenta (60) años de edad, y para **asegurados** que aún no han cumplido con el período de espera de dos (2) años de cobertura bajo la **póliza**.
44. **Tratamientos** que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en [www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx](http://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx).
45. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES: **Tratamiento** que haya sido realizado por algún médico o proveedor de servicios médicos que sea **cónyuge, conviviente**, padre, madre, hermano(a), o hijo(a) de cualquier **asegurado** bajo esta **póliza**.
46. USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a **lesiones, enfermedades o dolencias** ocasionadas por culpa grave del **asegurado** debido al uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier **accidente** o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de **accidentes** en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el **asegurado** esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el **accidente** o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

Este texto es responsabilidad de la **Aseguradora** y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1785-2021 del 30 de diciembre de 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.