

SEGURO DE GASTOS MEDICO-HOSPITALARIO

DESCRIPCION DE COBERTURA.

Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un accidente o enfermedad el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos especificados en la Cláusula "Gastos Médicos Cubiertos" y lo estipulado en el Cuadro de Beneficios, la Compañía reembolsará el costo de los mismos hasta por la suma asegurada disponible al momento del siniestro, ajustándolo previamente a las limitaciones y las cantidades a su cargo por concepto de deducible y coaseguro, consignadas en el Cuadro de Beneficios.

ENFERMEDAD CUBIERTA

Es toda alteración de la salud que no sea originada por un accidente o a consecuencia de éste, mientras se encuentre en vigor la cobertura.

Las malformaciones congénitas de los hijos del Asegurado nacidos durante la vigencia de esta Póliza estarán cubiertas a partir del décimo día de nacidos, siempre que hayan sido inscritos durante los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento.

ACCIDENTE CUBIERTO

Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado causada directamente por hechos violentos fortuitos o por actos no intencionales que ocurran mientras se encuentre en vigor la cobertura a su favor y que no sean consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán un solo evento.

GASTOS MEDICOS CUBIERTOS.

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos aquellos en que incurran por o a cuenta del Asegurado o de sus dependientes, por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubiertos que:

1. Por prescripción de un médico o cirujano autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento y que no sean en exceso de los costos razonables y acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios o se proporcionan dichos materiales.
2. Sean proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, y que no sean familiares del Asegurado.
3. Cuya erogación sea hasta el límite del beneficio máximo establecido por cada concepto, en el Cuadro de Beneficios.
4. Atención médica en consultas médicas, medicamentos, exámenes de laboratorio, estudios especiales, estudios patológicos, estudios neurofisiológicos y hospitalizaciones a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la póliza, hasta los límites detallados en la póliza según el tipo de plan contratado: Básico, Centroamericano o Mundial.

5. Cuarto de Hospital. Costo de éste incluyendo alimentos del paciente, hasta la suma asegurada disponible.
6. Honorarios Médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al Asegurado mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica o en consultorio particular, legalmente autorizados.
7. Honorarios por visitas de médicos por tratamientos hospitalarios. El número de visitas dependerá si se encuentra en una habitación estándar o Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios.
8. Anestesiista hasta el 35% de los honorarios del Cirujano.
9. Suministros de Hospital, medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones y cuidados intensivos de acuerdo con la pertinencia médica.
10. Estudios especiales, patológicos y neurofisiológicos a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la póliza, hasta los límites detallados y según el plan contratado.
11. Servicios de Terapia física, musculo- esquelética, de lenguaje, respiratoria y nebulizaciones, linfáticas, pélvicas, ocupacionales, de deglución.
12. Medicamentos requeridos fuera del hospital que estén relacionados con el padecimiento y sean prescritos por un médico.
13. Aparatos Ortopédicos y Prótesis necesarios para el tratamiento integral del padecimiento y que sean prescritos por el médico tratante, ya sea por enfermedad o accidentes, tales como: silla de ruedas, muletas, andadera, prótesis. No se cubrirá la reposición por descuido o uso inadecuado del equipo ni el mantenimiento
14. Renta de equipo de hospital. Los que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria y/o para la atención intrahospitalaria, hasta el límite establecido en las condiciones especiales de la póliza.
15. Vacuna de la rabia y tétano: Sin límite de edad ni monto.
16. Transporte en ambulancia terrestre debidamente autorizada por el médico tratante, dentro del país en que ocurra el accidente o enfermedad, hacia o desde el hospital, los gastos se cubren vía reembolso. También se cubre la ambulancia aérea pero únicamente para las pólizas con cobertura mundial con previo aval de la Aseguradora, hasta un máximo de \$12,000.00 por año póliza.
17. Vitaminas que tengan relación directa con el tratamiento de una enfermedad y que sean prescritas por un médico. Incluida en el monto máximo de medicamentos disponibles.

18. Consultas médicas y medicamentos para tratamiento del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones a partir de los 36 meses de permanencia continua en esta póliza por el 25% de la Suma Asegurada hasta \$125,000.00. No se cubre en ninguna circunstancia si es enfermedad preexistente.
19. Intervenciones de cirugía plástica o estética, que resulten de:
- Lesiones derivadas de un accidente, siempre y cuando éstos ocurran mientras la persona esté asegurada y sean practicadas dentro de los seis meses desde que ocurrió el accidente.
 - Enfermedades ocurridas dentro de la vigencia de la póliza.
 - Tratamientos de enfermedades congénitas de un niño que nazca, mientras el padre o la madre estén cubiertos por esta póliza.
 - Gastos por cirugías reconstructivas a consecuencia de cáncer de seno, siempre y cuando el tratamiento de cáncer haya estado cubierto por la póliza
20. Prostatectomías e Histerectomías practicadas a los asegurados sin límite de edad.
21. Tratamientos de alergias que se produzcan por la ingestión de alimentos, medicinas o picaduras de animales. No cubre pruebas alérgicas.
22. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por enfermedades preexistentes, declaradas en la solicitud y aceptadas por la Aseguradora, después de 90 días ininterrumpidos de estar asegurados en esta póliza y hasta los límites establecidos.
23. Maternidad: Gastos ocasionados por la maternidad, a partir de los 18 años, siempre y cuando el embarazo haya sido concebido después de nueve (9) meses de iniciada la cobertura y la asegurada haya estado inscrita en forma continua. Tendrá derecho a los gastos originados por: parto normal, por cesárea, aborto legal, controles prenatales, post parto y complicaciones. Se reembolsará de acuerdo con lo indicado en el cuadro de beneficios de tu póliza.
24. Atención suministrada por enfermera domiciliar siempre que la prescriba el médico tratante, siempre que sea autorizada por el médico tratante, que no tenga ningún grado de parentesco con el Asegurado y que no resida con él, hasta un máximo de 30 días consecutivos.
25. Gastos psiquiatría dentro del hospital para el manejo de las crisis agudas, hasta un máximo de treinta (30) días calendario por vigencia siempre y cuando sean realizados por un profesional de psiquiatría debidamente acreditado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica. Fuera del hospital cubre consultas médicas, tratamientos, medicamentos y terapias realizadas por un profesional de psiquiatría debidamente acreditado hasta límite indicado en el cuadro de beneficios.

26. Trasplante de órganos hasta un 25% de la Suma Asegurada, hasta \$125,000.00, sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Los gastos deben ser médicamente necesarios.
- b) El procedimiento no puede ser experimental.
- c) Los gastos del donante, de compra, transporte y preservación del órgano no están cubiertos.

27. Inicio de cobertura para el recién nacido siempre y cuando se haya tenido derecho a la cobertura por maternidad y el recién nacido sea inscrito dentro de los 30 días siguientes de su nacimiento.

28. Los gastos médicos necesarios, para el tratamiento de las complicaciones del recién nacido, por parto prematuro o enfermedades congénitas, sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que el nacimiento sea a consecuencia de una maternidad cubierta por la póliza.
- b) La inscripción del recién nacido debe darse dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento.
- c) Hasta la Suma Asegurada disponible.