

SEGURO DE GASTOS MEDICO-HOSPITALARIO

GASTOS NO CUBIERTOS.

Esta póliza de gastos médicos en ninguna forma cubre los siguientes gastos:

- 1- Servicios médicos hospitalarios tales como: consultas, tratamientos médicos y quirúrgicos, medicamentos, exámenes de laboratorio, estudios especiales, patológicos, neurofisiológicos, terapias o cualquier otro gasto que **no** sean relacionados ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad de acuerdo con las coberturas de la póliza.
- 2- Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como CHEQUEO. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación, investigación o voluntario.
- 3- Tratamientos de **Enfermedades Preexistentes*** no declaradas por el asegurado y/o sus dependientes y las excluidas de forma temporal o permanente por la Aseguradora.
- 4- Las enfermedades congénitas y accidentes preexistentes no están cubiertos en esta póliza, con excepción a lo establecido en relación con la cobertura de recién nacido o las diagnosticadas posterior al inicio de la vigencia de la póliza.
- 5- Exclusiones específicas para atención a recién nacidos: Se excluyen síndromes, enfermedades, malformaciones o defectos físicos congénitos y/o nacimiento prematuro, originados por alcoholismo, drogadicción, toxicomanías o medicamentos no prescritos por el médico tratante, comprobado mediante un informe médico completo o tratamientos de fertilidad y/o esterilidad de los padres del menor asegurado.
- 6- Padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido o producto intrauterino originados por alguna actividad u otra enfermedad excluida para la madre asegurada.
- 7- El tratamiento dental, alveolar, gingival, maxilo facial y sus complicaciones. Sin embargo, se cubrirán los tratamientos dentales originados por un accidente debidamente comprobado y cubierto por la póliza que cause lesiones en dientes naturales.
- 8- Cirugía plástica o estética de cualquier tipo; en caso de cirugía reconstructiva, se cubrirá cuando la intervención se realice dentro de los seis meses siguientes a partir de la ocurrencia de un accidente cubierto, debidamente comprobado.
- 9- Tratamiento de alcoholismo, drogadicción y toxicomanía y sus complicaciones.
- 10- Pruebas y tratamientos de alergias de cualquier tipo, excepto los indicados en los Gastos Médicos cubiertos.
- 11- Medicamentos recetados por el retardo del crecimiento, peso o talla baja.
- 12- Gastos de tratamientos médicos efectuados después de la fecha de expiración o caducidad de esta póliza a causa de accidente o enfermedades.
- 13- Vacunas con fines preventivos, excepto las prescritas por un médico para el tratamiento de cualquier

enfermedad cubierta.

14- Servicio Militar, actos de guerra, rebelión, motín, insurrección, terrorismo, conmoción civil, conspiración, delitos o cualquier actividad en la que el Asegurado participe directamente.

15- Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado (homicidio intencional, riñas, etc.), o cualquier hecho ilegal que el asegurado cometa o trate de cometer. Aviación privada o militar en que el Asegurado viaje en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, excepto las líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros, con itinerario regular.

16- Pruebas de contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante. Paracaidismo, alpinismo, deportes marítimos o fluviales, buceo, tauromaquia, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología, cualquier tipo de deporte aéreo, vuelos de planeadores, artes marciales, boxeo, lucha libre y otras actividades notoriamente peligrosas.

17- Daños personales sufridos por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas o estupefacientes.

18- Circuncisión y enfermedades congénitas, salvo lo mencionado en la cláusula de enfermedades cubiertas. Sin embargo se cubrirá la circuncisión si ésta es prescrita por el médico tratante y a consecuencia de una enfermedad cubierta por la póliza.

19- Adquisición de aparatos auditivos, lentes intraoculares, de contacto y anteojos; tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, ectasia corneal. Tampoco cubre queratotomía, queratoconos y queratoplastia radiada y similares.

20- Tratamientos de calvicie, obesidad (incluyendo la obesidad mórbida y cirugía bariátrica de cualquier tipo), esterilidad, fertilidad y bajo peso.

21- Alteraciones de la articulación temporomandibular, trastornos de la mordida o trastornos del desarrollo mandibular o maxilar.

22- Medicina experimental o en investigación, incluyendo los dispositivos o insumos médicos.

23- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control natal, fertilidad, infertilidad. Pruebas genéticas y/o tamizaje (screenings) neonatales

24- Trastornos de conducta y cualquiera de sus variantes, tales como trastorno de déficit de atención e hiperactividad. 24. Tratamientos o procedimientos quirúrgicos, hospitalarios o ambulatorios relacionados con: pruebas para trastornos y curas del sueño, reposo o descanso, apnea del sueño.

25- Pubertad precoz: pruebas y tratamientos médicos.

26- Procedimientos de trasplantes de órganos, que:

- a. No haya sido aprobado previamente por escrito por La Aseguradora.
- b. Sea una condición médica o a consecuencia de un trasplante preexistente.
- c. Sea un tratamiento de naturaleza experimental, de investigación o voluntario.
- d. Sea proporcionado por, o como resultado de un trasplante en el cual se provee al receptor con cualquier órgano animal, o equipos o artefactos mecánicos o artificiales designados para reemplazar órganos humanos.

27- Los honorarios o cualquier tipo de tratamiento médico quirúrgico realizado por quiroprácticos, acupunturistas, naturistas y homeópatas, incluyendo medicina biológica o cualquier otro tipo de medicina no tradicional.

28- Tratamientos y procedimientos efectuados con tecnología avanzada que no esté expresamente estipulada en esta póliza.

29- Como consecuencia de lesiones autoinfligidas, intento de suicidio o suicidio.

30- Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos, cama extra, llamadas telefónicas, etc.

31- Cualquier complicación derivada o que pueda surgir de un tratamiento médico quirúrgico expresamente excluido en esta póliza.

*Enfermedades Pre-existentes: La definición usual para las aseguradoras es todo aquel padecimiento o dolencia sobre la cual el asegurado ya recibió un diagnóstico médico o algún tratamiento o ya sabe que padece la enfermedad. Ver definiciones adelante.

** Los gastos médicos necesarios, para el tratamiento de las complicaciones del recién nacido, por parto prematuro, por desórdenes y enfermedades congénitas o por defectos de nacimiento, sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que el recién nacido no haya salido del hospital.
- b) Que el nacimiento sea a consecuencia de una maternidad cubierta por la póliza.
- c) Que las complicaciones, defectos o enfermedades congénitas sean diagnosticadas y tratadas dentro de los seis (6) meses después del nacimiento, siempre que el seguro se encuentre en vigor.
- d) Que los gastos no excedan del máximo vitalicio establecido en el Cuadro de Beneficios.

*** Tratamientos de alergias que se produzcan por la ingestión de alimentos, medicinas o picaduras de animales.

PRINCIPALES DEFINICIONES DEL CONTRATO

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

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

CONDICIÓN PREEXISTENTE:

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

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

DEDUCIBLE: son los primeros gastos a cuenta del Asegurado por accidente o enfermedad, **hasta la cantidad estipulada** en concepto de deducible o la cantidad establecida a cargo de cada Asegurado por aquellos gastos médicos elegibles incurridos, éste se aplica de acuerdo a las condiciones siguientes:

- a) Cuando los gastos son incurridos dentro del área Centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por año póliza.
- b) Cuando los gastos son incurridos fuera del área Centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por evento cubierto.
- c) Deducible Familiar: Es la suma de los deducibles individuales. Se aplicarán como máximo tres por grupo familiar (titular y dependientes), incurridos en el mismo año calendario o por evento si la cobertura es mundial.

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICO: Es como se designará al profesional autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica para practicar y ejercer la medicina.

HOSPITAL: Institución organizada de acuerdo con la Ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a sus pacientes, con facilidades médicas, de diagnóstico y quirúrgicas para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y/o lesionadas que se encuentran hospitalizadas, durante las 24 horas del día, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas.

Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamientos para alcohólicos y drogadictos, no se considerarán hospitales.

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

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

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

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

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

Lo anterior es un extracto de las condiciones generales de la póliza de Gastos Médicos ofrecida por ASESUISA, la intención es que los asegurados o futuros asegurados conozcan muy bien la parte esencial de su póliza; tanto lo que cubre, como lo que la aseguradora no le va a cubrir.

Según sea el caso, las Inclusiones y exclusiones pueden variar, el área de selección de la aseguradora definirá con la información proporcionada para cada persona que solicita el seguro, cuáles serán las condiciones de ese contrato específico.

Se recomienda ser lo más exactos posibles al contestar cada pregunta de la solicitud, cualquier omisión intencionada puede anular la póliza.

SSF
1090

Romma Consultores, S.A. de C.V.

Romma Consultores, S.A. de C.V. | Corredores de Seguros Tel. (503) 2228-5359
infoseguros@rommaconsultores.com | danielamonterrosa@rommaconsultores.com