

## SEGURO DE GASTOS MEDICO-HOSPITALARIO

### GASTOS NO CUBIERTOS.

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

- 1- Honorarios por reconocimientos médicos o exámenes generales que no sean relacionados ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad.
- 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, excepto los ordenados para diagnóstico.
- 3- Tratamientos de **Enfermedades Preexistentes\***, durante los doce primeros meses de vigencia de la póliza.
- 4- Las enfermedades congénitas y accidentes preexistentes no están cubiertos en esta póliza, excepto los indicados en el **numeral 29 de la Cláusula Tercera\*\***-Gastos Médicos cubiertos.
- 5- 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.
- 6- 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.
- 7- Tratamiento de alcoholismo, drogadicción y toxicomanía y sus complicaciones.
- 8- Enfermedades originadas por cualquier tipo de epidemias, sea ésta determinada por el gobierno como tal o no.
- 9- Pruebas y tratamientos de alergias de cualquier tipo, excepto los indicados en el **numeral 23 de la Cláusula Tercera\*\*\*** - Gastos Médicos cubiertos.
- 10- Medicamentos recetados por el retardo del crecimiento.
- 11- Gastos de tratamientos médicos efectuados después de la fecha de expiración o caducidad de esta póliza a causa de accidente o enfermedades.
- 12- Vacunas con fines preventivos, excepto las prescritas por un médico para el tratamiento de cualquier enfermedad cubierta.

---

\*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.

## EXCLUSIONES

- 1- Servicio Militar, actos de guerra, rebelión, motín, insurrección, terrorismo, conmoción civil, conspiración, delitos o cualquier actividad en la que el Asegurado participe directamente.
- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- Pruebas de contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- 5- 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.
- 6- Daños personales sufridos por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas o estupefacientes.
- 7- 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.
- 8- Adquisición de aparatos auditivos, lentes intraoculares, de contacto y anteojos; tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco cubre queratotomía, queratoconos y queratoplastía radiada y similares.
- 9- Tratamientos de calvicie, obesidad, esterilidad, fertilidad y bajo peso.
- 10- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control natal.
- 11- Los honorarios o cualquier tipo de tratamiento médico quirúrgico realizado por quiropáticos, acupunturistas, naturistas y homeópatas, incluyendo medicina biológica o cualquier otro tipo de medicina no tradicional.
- 12- Tratamientos y procedimientos efectuados con tecnología avanzada que no esté expresamente estipulada en esta póliza.
- 13- 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.
- 14- Cualquier complicación derivada o que pueda surgir de un tratamiento médico quirúrgico expresamente excluido en esta póliza.

## PRINCIPALES DEFINICIONES DEL CONTRATO

**ASEGURADO:** Se refiere a cualquier Asegurado Titular o familiar dependiente asegurado, al cual estas condiciones de Gastos Médicos son aplicables.

**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 DEL MEDICO:** Es la atención y tratamiento médico, proporcionado en la casa del Asegurado o en un Centro Hospitalario.

### CONDICION 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.

### OPERACIÓN QUIRURGICA: Se entenderá como tal:

- 1- La operación por incisión
- 2- La sutura de una herida
- 3- El tratamiento de una fractura
- 4- La reducción de una luxación
- 5- Radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor)
- 6- Electrocauterización
- 7- Procedimientos endoscopios para diagnosis o terapia
- 8- El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

### SERVICIOS DE HOSPITAL: Se entenderá como tal:

- a) Los servicios o abastecimientos suministrados al Asegurado mientras permanezca recluido en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma
- b) Uso local de ambulancia terrestre, los gastos por estos servicios serán los razonables y acostumbrados.

**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:** 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 calendario.
- 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.

**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.

**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 calendario, 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.

**MAXIMO VITALICIO:** Es la cantidad máxima de reembolso durante la póliza se mantenga vigente, que la Compañía pagará al Asegurado o a sus Dependientes, por una o más enfermedades o accidentes cubiertos.

**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.

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, cuales serán las condiciones de ese contrato específico.

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