

SEGUROS EL ROBLE, S.A.
SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MEDICOS

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I | CLÁUSULAS DE LA PÓLIZA

1. Objeto del Seguro

El objeto de este contrato de seguro es ofrecer una Póliza Individual de Seguro de Gastos Médicos, diseñada exclusivamente para ser usada con una red de Proveedores Afiliados de Pago Directo, contratada por La Compañía y compuesta de: Hospitales, Médicos, Centros de Diagnóstico, Laboratorios, Farmacias, entre otros. La red de Proveedores Afiliados de Pago Directo contratada proporcionará los servicios médicos de salud a los Asegurados elegibles.

2. La Compañía, se refiere a Seguros El Roble, S.A.

3. Cobertura

Sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, todo asegurado tendrá derecho al pago de los Gastos Médicos elegibles incurridos, que sean necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier padecimiento. Dichos gastos deberán ser por concepto de servicios, tratamientos o medicamentos ordenados por un médico, elegibles de acuerdo a las disposiciones de la presente Póliza y sus anexos y que no estén enumerados expresamente en la sección de Exclusiones de esta Póliza y/o de sus anexos.

4. Asegurado

Significa el Titular y sus Dependientes (cónyuge e hijos si hubiere) que de acuerdo a los términos de la Póliza, gocen de las coberturas y beneficios contratados y descritos en la misma.

5. Solicitante

Persona natural que suscribe con la Compañía una Póliza o contrato de seguro, en nombre propio. Si el Asegurado Titular es menor de edad, el Solicitante deberá ser económicamente responsable del menor y demostrar cual es el interés asegurable.

6. Contrato completo

El contrato completo de seguro consta de: Carátula, Condiciones Generales, Anexos que se incorporen al contrato, Cuadro de Beneficios y Solicitud del Seguro, los cuales se complementan entre sí para efectos de interpretación y aplicación de la Póliza.

7. Fechas de vigencia

Este seguro comienza y finaliza en las fechas indicadas en la Carátula de la Póliza y sujeto a las condiciones establecidas en el contrato.

En el caso de Dependientes no reportados al inicio de vigencia inicial de la presente Póliza, la fecha efectiva de cobertura será a partir de la aceptación de la inclusión por parte de la Compañía.

8. Condiciones de renovación

Esta Póliza es renovable si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Asegurado Titular o de La Compañía por lo menos treinta (30) días previos a la renovación y si la prima ha sido pagada dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la fecha de renovación. Si al final del Período de Gracia La Compañía no ha recibido la prima adeudada, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12:00 de la medianoche del día del vencimiento de pago de la prima. Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en La Compañía.

9. Condiciones de cancelación

La cobertura de seguros bajo esta Póliza terminará:

- a. Si ha terminado el Período de Gracia sin que la prima correspondiente haya sido pagada.
- b. En la fecha que alguno de los asegurados deja de calificar como elegible de acuerdo a las condiciones de la Póliza; la cobertura para dicho asegurado terminará en la fecha del siguiente aniversario de la Póliza, excepto para los hijos dependientes que formen su propio núcleo familiar.
- c. Si cualquier Asegurado deja de residir en la República de Guatemala, la cobertura de tal persona terminará automáticamente al primer mes de haber realizado el cambio de país de residencia, a menos que tal Asegurado previamente reciba aprobación escrita de La Compañía.
- d. En la fecha en que un Asegurado entre en las Fuerzas Armadas de cualquier país.
- e. Por omisiones o inexactas declaraciones en la solicitud y en los distintos formularios del seguro.
- f. Por acciones fraudulentas en donde el Asegurado quiera lucrar con el seguro.
- g. Si el Asegurado y/o Solicitante notifica con quince (15) días de aviso por escrito previo dado a la Compañía su deseo de cancelar esta Póliza.
- h. En la fecha en que un Asegurado haya agotado el beneficio del Máximo Médico Vitalicio, la cobertura de tal Asegurado terminará automáticamente y, en el caso de ser la única o la última persona cubierta se procede a la cancelación de la Póliza.
- i. Y por cualquier otra causa establecida en la Póliza.

La Compañía enviará al Asegurado Titular un aviso con al menos treinta (30) días antes de la fecha efectiva de cancelación. En el caso de tal cancelación el asegurado tendrá derecho a un reembolso por la parte proporcional de la prima correspondiente al período restante de cobertura pagada.

Todas las cancelaciones derivadas de los incisos anteriores serán efectivas automáticamente a las 12:00 de la medianoche.

10. Aviso de siniestro

Tan pronto como el Asegurado tuviere conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicárselo a La Compañía. Salvo pacto o disposición expresa en contrario, el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco (5) días. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieren conocimiento del derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 896 del Código de Comercio de Guatemala.

11. Agravación del riesgo

El Asegurado deberá de dar aviso a La Compañía durante el período del seguro, de cualquier agravación del riesgo del Asegurado o de sus Dependientes. Si el Asegurado omite dar el aviso dentro de treinta (30) días posteriores a la agravación del riesgo se procederá de acuerdo a lo que establecen los Artículos Nos. 894 y 912 del Código de Comercio de Guatemala.

12. Acciones fraudulentas

Si algún reclamo bajo esta Póliza fuese en cualquier aspecto fraudulento o si algún medio o mecanismo fraudulento fuese utilizado por los asegurados o por cualquiera actuando en su beneficio, La Compañía podrá rechazar todo reclamo y dar por terminado el contrato de la presente Póliza.

En cualquier momento que hubiese una omisión o inexacta declaración de los hechos referentes a un siniestro que excluyera o restringiera las obligaciones de la Compañía; la Compañía quedará desligada de sus obligaciones al respecto, de acuerdo a lo que establece el Artículo 915 del Código de Comercio de Guatemala.

13. Omisiones, falsas o inexactas declaraciones

La Compañía puede dar por terminado anticipadamente el contrato de seguro y en consecuencia terminar la cobertura de un Asegurado por medio de aviso escrito a él, a causa de omisiones, falsas o inexactas declaraciones en la solicitud y en los distintos formularios de reclamación del seguro. Dicha terminación será efectiva desde la fecha de celebración del contrato.

14. Resolución de asuntos litigiosos

Cualquier diferencia que surja entre La Compañía, el Asegurado Titular y/o Solicitante y/o Responsable con motivo de la aplicación de las cláusulas de esta Póliza, será resuelta conciliatoriamente por las partes, y si ello no fuera posible, por los tribunales ordinarios de la ciudad de Guatemala, a cuyo efecto el Asegurado Titular y/o Solicitante y/o Responsable, **renuncian expresamente al fuero de su domicilio.**

En toda acción judicial, litigio u otro procedimiento en que La Compañía deniegue el pago, la obligación de probar la razón de la denegatoria recaerá sobre La Compañía.

15. Plazo de prescripción

Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 916 del Código de Comercio de Guatemala.

16. Límites de responsabilidad

En el Cuadro de Beneficios de la Póliza se indican los Límites Máximos de Responsabilidad de La Compañía. Bajo ningún concepto, La Compañía estará obligada a desembolsar un límite mayor de los indicados en esta Póliza.

En el caso que la Compañía otorgue incremento en los Límites de Responsabilidad, aplicará únicamente para gastos elegibles de padecimientos originados después de la fecha de dicho incremento y no aplica para aquellos padecimientos anteriores al incremento.

17. Obligaciones del Asegurado Titular

Son obligaciones del Asegurado Titular adicionales a las indicadas en otras cláusulas de esta Póliza, las siguientes:

- a. El pago de la prima convenida de acuerdo a las fechas estipuladas en la Póliza aun sin requerimiento de cobro por parte de La Compañía.
- b. Informar por escrito a La Compañía, en los formularios que correspondan, en cuanto a:
 1. Nuevos ingresos de dependientes al núcleo familiar
 2. Separaciones definitivas del núcleo familiar
 3. Cambios de plan de seguro

4. En los casos que amerite, cualquier reclamo derivado de la Póliza dentro de los plazos que establece la ley
- c. Trasladar la Póliza al Asegurado Titular en el caso que éste sea una persona diferente al Solicitante

18. Subrogación

La Compañía tiene el derecho de subrogación sobre los derechos de los Asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del Asegurado, por gastos médicos que La Compañía haya pagado, cuando el Asegurado tenga derecho a recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo seguros de responsabilidad civil, o cualquier persona (excepto en el caso que, sin haber sido intencional el siniestro, el obligado al resarcimiento fuese el cónyuge, un ascendiente o un descendiente del Asegurado) o entidad que haya causado el accidente, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los Asegurados cooperarán con La Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso, incluyendo el proporcionar a La Compañía cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o de completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión o cualquier otro documento que sea requerido por La Compañía para obtener el reembolso.

El Asegurado no tomará acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de La Compañía bajo esta Póliza.

19. Modificaciones y notificaciones

Todas las modificaciones de la Póliza, de las condiciones particulares y los anexos respectivos deberán constar por escrito y firmados por el apoderado de La Compañía. En consecuencia; cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier cambio, incluyendo aumento o reducción en la prima, tendrá efecto únicamente en la fecha de aniversario de la Póliza, cuando corresponda.

Toda reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a La Compañía por escrito.

20. Terminación anticipada

No obstante el término de vigencia del contrato, la Compañía o el Asegurado podrán dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince (15) días de aviso por escrito previo dado a la contraparte. La prima no devengada será devuelta al Asegurado conforme las tarifas respectivas, de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 907 del Código de Comercio de Guatemala y las disposiciones de la presente Póliza.

En ningún caso las terminaciones se realizarán de manera retroactiva.

21. Primas

Las primas por la cobertura de esta Póliza son por el término de un año. La Compañía se reserva el derecho de modificar las tarifas para la cobertura de seguros otorgada para el primer año, en la fecha indicada en la caratula de la Póliza; y para años subsiguientes en cualquier fecha de aniversario de la Póliza. El aviso por escrito de tal cambio en la tarifa, se enviará con treinta (30) días de anticipación a su fecha de vigencia.

Los pagos de las primas deberán efectuarse a la Compañía a cambio de una factura que la misma extienda. Las primas también podrán pagarse con cargo a una tarjeta de crédito y débito, que el Asegurado o el Solicitante previamente autorice, u otra forma legal de pago que las partes convengan.

La Compañía no está obligada a cobrar las primas ni a dar aviso de sus vencimientos; si lo hace, esto no sentará precedente alguno de obligación.

El Solicitante puede pagar las primas de acuerdo a la modalidad pactada, siempre por anticipado. El Solicitante puede solicitar el cambio de la modalidad del pago mediante notificación por escrito a la Compañía antes del vencimiento de la próxima prima.

22. Período de Gracia

La cobertura de esta Póliza cesará automáticamente treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada; si dentro de este plazo ocurriera un siniestro, la Compañía deberá cancelar el importe del reclamo o emitir la autorización para pago directo, siempre que previamente se formalice el pago de la prima correspondiente.

23. Diferencia de edad

Si se comprobare que la edad real del Asegurado Titular o de sus Dependientes Asegurados, no es la misma que la edad declarada, la información correcta decidirá si existe o no cobertura y la Compañía efectuará el ajuste de primas de acuerdo a las tarifas vigentes. Si la edad fue considerada como base para determinar la elegibilidad del Asegurado o de sus Dependientes conforme a la Póliza, automáticamente será corregido y tal corrección se tomará en cuenta para el ajuste de primas, cambios de cobertura o no elegibilidad del Asegurado Titular y/o sus dependientes. Si la edad no afecta cualquier cobertura de esta Póliza el seguro continuará sin alteración.

24. No Rehabilitación de Póliza

Esta póliza no contempla rehabilitación una vez anulada. Podrá adquirir una nueva Póliza debiendo cumplir los periodos de espera establecidos en la póliza y se procura a reducir los montos de los Límites de Beneficios de Gastos Médicos que ya se hubiesen consumido en la Póliza anterior.

25. Moneda

Todos los pagos de prima y liquidaciones a proveedores relacionados con esta Póliza deberán ser efectuados en moneda oficial de la República de Guatemala.

26. Legislación

Al siguiente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro. Queda también establecido que las horas indicadas en la presente Póliza se refieren a la hora nacional de la República de Guatemala.

SECCIÓN II | ELEGIBILIDAD

Esta Póliza sólo puede ser emitida a residentes de la República de Guatemala.

Para el Asegurado Titular y Cónyuge la edad mínima de ingreso es la establecida en el Cuadro de Beneficios, finalizando la cobertura al cumplimiento de la edad establecida en el Cuadro de Beneficios.

Para los hijos dependientes del Asegurado Titular la edad mínima de ingreso es desde los diez (10) días de su nacimiento y hasta un máximo de veinticinco (25) años de edad, finalizando la cobertura al cumplimiento de los veintiséis (26) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada en el momento que la Póliza es emitida o renovada.

Para el Asegurado Titular (menor de edad) la edad mínima de ingreso es desde los seis (6) años de edad y hasta un máximo de 17 años inclusive, finalizando la cobertura al cumplimiento de noventa y nueve (99) años de edad. Asegurados menores de seis (6) años no podrán ser incluidos como Asegurados Titulares, sino únicamente como dependientes del Asegurado Titular.

La aceptación para inclusión de dependientes, posterior de haber iniciado el seguro, está sujeta a la presentación de la documentación correspondiente y a completar las pruebas de asegurabilidad determinadas por la Compañía.

Se consideran elegibles aquellas personas que residen permanentemente en la República de Guatemala.

Para los hijos dependientes de una maternidad cubierta por el seguro, serán elegibles automáticamente desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando se haya presentado la solicitud formal de inclusión dentro del primer mes (30 días) de la fecha de nacimiento del hijo y que la prima por tal dependiente haya sido pagada. De no ser incluido dentro de este período, deberá presentarse una nueva solicitud de inclusión, la cual quedara sujeta al proceso de suscripción de la Compañía.

Derecho de La Compañía

La Compañía tiene el derecho de rechazar el otorgar cobertura a cualquier persona bajo esta Póliza, con base en sus procedimientos usuales de selección, en el momento de tramitar la solicitud de dicha persona.

SECCIÓN III | DEFINICIONES

La presente póliza está diseñada exclusivamente para funcionar a través del **Programa de Pago Directo**, siendo este el programa que La Compañía pone a disposición de sus Asegurados, efectuando el pago directamente a sus Proveedores Afiliados.

El programa de Pago Directo incluye un grupo de médicos, laboratorios, farmacias, hospitales y otros proveedores, cuya utilización obligatoria por parte del Asegurado está sujeta al cumplimiento del proceso para dicho programa.

Las definiciones contenidas en esta sección rigen y son válidas para la aplicación e interpretación de las condiciones generales, coberturas, exclusiones y anexos de la póliza.

1. **Ambulancia**

Vehículo terrestre destinado exclusivamente para el transporte de personas enfermas o heridas y que cuente con los permisos de ley para tal efecto, para viajar entre los proveedores afiliados, si el tratamiento médico que requiere no está disponible en el hospital donde se encuentre internado y que sea prescrito por un médico.

2. **Aplicación de Honorarios y Servicios Médicos**

Los manuales "Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud" (OMS) y el manual "Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana" serán utilizados para determinar distintos campos de aplicación médica, con el fin de tarificar reclamos médicos en forma efectiva y equitativa. Los honorarios médicos por cirugía así como cualquier otro servicio médico se calculan tomando como base la Tabla de Valores Relativos de California y los convenios establecidos con proveedores del Programa de Pago Directo.

3. **Coaseguro**

Es el porcentaje a cargo del asegurado sobre los gastos médicos elegibles, el cual aplica para pago directo.

4. **Condición Congénita y/o Hereditaria**

Es cualquier enfermedad, defecto físico, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, independientemente de que sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

5. **Copago**

Es la cantidad fija que debe pagar el Asegurado al utilizar los servicios médicos a través del Programa de Pago Directo, dependiendo del proveedor seleccionado. El Copago aplica por evento y es independiente de la aplicación de coaseguro y deducible estipulados en la póliza.

6. **Deducible**

Es la cantidad indicada en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, que debe cubrir el Asegurado y cada uno de sus Dependientes para que sus reclamos iniciales procedan a cobertura de Pago Directo.

7. Dependiente Asegurado

Se consideran dependientes el cónyuge del Asegurado Titular, hijos naturales, hijos legalmente adoptados, hijastros, menores de edad para los cuales el Asegurado Titular ha sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente, quienes hayan sido identificados en la solicitud del seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la Póliza. Los hijos deben ser solteros.

8. Emergencia

Es la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de signos o síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, si no se proporciona atención médica inmediata.

9. Enfermedades Crónicas

Son aquellas cuya atención requieren tratamiento continuo, prolongado y con medicamentos y procedimientos especiales; incluyendo pero no limitándose a: Cardiomiopatías como, pero no limitando a Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca, Angina de pecho; Diabetes Mellitus tipo uno (1) y dos (2); Hipercolesterolemia; Trigliceridemia; Hipertiroidismo e Hipotiroidismo; Enfermedades del aparato Gastrointestinal; Hiperuricemia; Enfermedades respiratorias; Artritis inflamatorias y no inflamatorias; Insuficiencia Renal Crónica; Enfermedades oftalmológicas.

10. Gastos Médicos Elegibles

Son los gastos reales incurridos por un asegurado, derivados de un padecimiento cubierto por la póliza, en concepto de tratamientos, servicios y medicamentos ordenados por un médico, siempre que no se encuentren excluidos expresamente por la Compañía. En ningún caso serán reconocidos como gastos médicos elegibles aquellos que no son razonablemente necesarios para el cuidado médico del asegurado, ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad o valor que usualmente deba reconocerse por el servicio o medicamento que se trate, considerando que cualquier excedente correrá a cargo del asegurado.

11. Hospital

Significará una institución organizada de acuerdo con la ley y que se encuentre afiliado al Programa de Pago Directo, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, bajo supervisión y atención de médicos y enfermeras. Esta definición incluye también las instalaciones dedicadas al diagnóstico y cirugía.

No se consideran hospitales: los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamiento para adicciones, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

12. Hospitalización

Significará la permanencia continua por un periodo no menor de veinticuatro (24) horas que un Asegurado esté registrado como paciente de un hospital y que incurra en un gasto diario por concepto de Cuarto y Alimentación, siempre y cuando requiera el internamiento, y que dicho tratamiento médico o quirúrgico no pueda ser razonablemente suministrado en la clínica de un médico o en un centro de diagnóstico en forma ambulatoria.

13. Máximo Médico Anual

Es la acumulación de las sumas pagaderas de los gastos médicos elegibles durante un año calendario, siempre y cuando la póliza permanezca vigente, hasta el máximo indicado en el cuadro de beneficios. No obstante lo anterior, en el momento que el Asegurado Titular y/o sus dependientes haya(n) agotado cualquier máximo médico anual de las coberturas indicadas en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, el Asegurado Titular y/o sus dependientes activos podrán continuar asegurados pagando las primas correspondientes para no perder la continuidad de cobertura del seguro.

14. Máximo Médico Vitalicio

Es la acumulación de las sumas pagaderas de los gastos médicos elegibles durante la vida de cada asegurado, siempre y cuando la póliza permanezca vigente, hasta el máximo indicado en el cuadro de beneficios. No obstante lo anterior, en el momento que el Asegurado Titular haya agotado su propio máximo médico vitalicio, los dependientes activos podrán continuar asegurados pagando las primas correspondientes.

15. Medicamento Necesario(a)

Significa que un trasplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en el hospital, centro de trasplante o asistencial:

- a. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento del padecimiento de una persona asegurada
- b. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado
- c. Ha sido prescrito por un Médico
- d. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina tradicional alopática; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento

16. Médico

Profesional titulado en medicina, colegiado activo, que esté legalmente establecido, autorizado para ejercer en el país en que presta el servicio y que se encuentre afiliado al Programa de Pago Directo. Para los efectos de la Póliza, no podrá ser considerado médico tratante el Asegurado ni ningún pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad y/o afinidad

17. Operación Quirúrgica

Operación invasiva ejecutada por médicos especialistas mediante la cual se pretende restablecer la salud al Asegurado mediante la reposición, extirpación, curación y restauración de órganos y procesos fisiológicos internos o externos, incluyendo pero no limitándose a: La sutura de una herida; el tratamiento de una fractura; la reducción de una luxación; radiocirugía; electrocauterización; procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia; el tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

18. Padecimiento

Significará una enfermedad o accidente que ocasione lesiones corporales y que necesite tratamiento por un médico.

- a. Se entenderá por enfermedad toda alteración o desviación del estado fisiológico del cuerpo, de origen interno o externo con relación a tal organismo

- b. Se entiende por accidente para efectos de esta Póliza, toda lesión corporal que sufra el Asegurado independientemente de su voluntad y debida a una causa fortuita, momentánea, violenta y externa y que pueda ser determinada de una manera cierta por un médico

19. Preexistencia

Todo nuevo Asegurado Titular y sus Dependientes Asegurados, están afectos a la cláusula de preexistencia. El término "Preexistencia" significa cualquier padecimiento que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después del plazo de cobertura continua establecido en el Cuadro de Beneficios como Período de Preexistencia, si el padecimiento no fue excluido por La Compañía expresamente. Esta cláusula se aplica prescindiendo que el Asegurado haya tenido tratamiento por un padecimiento o no, o si el Asegurado tuviera conocimiento o no de su existencia antes de ingresar al seguro.

Preexistencia y Condición preexistente son sinónimos para efectos de la presente póliza.

20. Periodo de Espera

Tiempo que debe transcurrir a partir del inicio de vigencia de esta póliza, antes de que un beneficio sea cubierto.

21. Procedimiento Ambulatorio

Cualquier procedimiento de tratamiento y/o diagnóstico cuya estadía dentro del hospital o centro de atención especializada sea menor a veinticuatro (24) horas.

22. Razonable, Usual y Acostumbrado

Significará un cargo por atención médica a causa de un padecimiento cubierto por la Póliza, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado para la Compañía, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otro de carácter similar en la localidad en que es suministrado, cuando se comparen con tratamientos, y servicios proporcionados a individuos del mismo sexo y edad, con base a los convenios establecidos con proveedores del Programa de Pago Directo.

23. Recién Nacido

Es un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta (30) días.

24. Trasplante de Órganos Humanos

Es el proceso de manejo de órgano o tejido obtenido de un donante, con el propósito de efectuar un trasplante de órgano. No incluye gastos del donante y están excluidos los trasplantes de naturaleza experimental.

25. Tratamiento Ambulatorio

Es el tratamiento médico y/o quirúrgico que no requiere la hospitalización del Asegurado. Incluye consultas médicas, exámenes especiales, exámenes de diagnósticos, medicamentos con proveedores que formen parte de la red de Proveedores Afiliados.

26. Tratamiento Hospitalario

Es el ingreso a un hospital que forme parte de la red de Proveedores Afiliados para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedad o accidente. Incluye emergencias y gastos por cirugía ambulatoria.

27. Tratamiento Médico o Servicios Médicos

Serán considerados por la Póliza como métodos que se emplean para curar padecimientos elegibles bajo los términos de la presente póliza, prescindiendo que el medico haya o no recetado o utilizado medicinas.

28. Unidad de Cuidado Intensivo

Es la instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva, la cual se define como la especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos y que requieren supervisión y monitorización intensiva.

Muestra sin valor

SECCIÓN IV | COBERTURAS

Las coberturas de gastos médicos, tal como se determinan en la presente sección, son aplicables para el Asegurado Titular y sus dependientes, según sea el caso, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de la presente Póliza y a los límites, porcentajes y montos indicados en el Cuadro de Beneficios, descritos en la presente sección:

1. Cuarto y Alimento

En caso de hospitalización la Compañía pagará el costo diario por Cuarto y Alimento en habitación semiprivada.

2. Unidad de Cuidado Intensivo

En caso de hospitalización la Compañía pagará el costo diario por Unidad de Cuidado Intensivo.

3. Medicamentos y Laboratorios

Esta Póliza cubre los gastos ambulatorios por medicamentos prescritos y laboratorios ordenados por el médico tratante afiliado al Programa de Pago Directo, hasta el Máximo Anual indicado en el cuadro de beneficios.

4. Consultas Médicas

Esta Póliza cubre los gastos ambulatorios por consultas médicas realizadas por médicos tratantes afiliados al Programa de Pago Directo, hasta el límite de eventos indicado en el cuadro de beneficios.

5. Maternidad

Esta Póliza cubre una vez por cada embarazo y hasta el límite establecido en el cuadro de beneficios, los cuidados de Maternidad para la Asegurada Titular o cónyuge dependiente cubierta por la Póliza cuando:

- a. El parto ocurra después de doce (12) meses continuos de cobertura a partir de la fecha efectiva de inicio de la vigencia de la póliza.
- b. Esta cobertura se encuentre vigente al momento en que los gastos cubiertos sean incurridos

Los gastos cubiertos por beneficios de maternidad están limitados a los gastos por la atención del parto incluyendo cuidados pre y posnatales, así como la atención al recién nacido.

Este beneficio incluye gastos por complicaciones del parto, del embarazo y abortos espontáneos.

No aplica beneficio de maternidad para hijas dependientes.

Este beneficio así como los relacionados con el recién nacido no determinan la inclusión automática del nuevo miembro familiar, quien podrá formar parte de la Póliza hasta que el Asegurado Titular lo incluya y cumpla con las condiciones de "Elegibilidad".

6. Complicaciones del Recién Nacido

Este beneficio aplica siempre y cuando la maternidad haya sido cubierta por la Póliza y cubre tratamientos suministrados por enfermedad contraída después del nacimiento hasta antes de los noventa (90) días de nacido hasta el límite indicado en el Cuadro de Beneficios. La suma asegurada para dicha complicación es por embarazo, independientemente si fuesen partos múltiples.

Dentro de las Complicaciones al Recién Nacido se incluyen, pero no se limitan a:

- a. Prematurez
- b. Problemas Respiratorios
- c. Procesos Infecciosos
- d. Condiciones congénitas y/o hereditarias
- e. Condiciones Fisiológicas como la Hiperbilirrubinemia, que no son patologías congénitas ni su causa es como consecuencia de la maternidad

7. Ambulancia Terrestre

Cubre los servicios de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local. Este beneficio aplica siempre y cuando el padecimiento esté cubierto bajo esta Póliza, sea considerado como una emergencia y el proveedor del servicio se encuentre afiliado al Programa de Pago Directo.

8. Gastos Cubiertos con Periodos de Espera

La cobertura de los gastos médicos cubiertos dará inicio al comienzo de la vigencia del seguro, de acuerdo a lo siguiente:

- a. Cirugías electivas (programadas) después de cumplir el período de espera de doce (12) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- b. Enfermedades del aparato reproductor, después de cumplir el período de espera de doce (12) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado y que no estén establecidas como gastos no cubiertos.
- c. Enfermedades Crónicas, después de cumplir el período de espera de doce (12) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- d. Cardiología intervencionista después de cumplir el período de espera de doce (12) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- e. Servicio de diagnóstico cardiológico tipo coronariografía después de cumplir el período de espera de doce (12) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- f. Tratamiento tipo angioplastia después de cumplir el período de espera de doce (12) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- g. Condiciones Preexistentes después de cumplir el período de espera de doce (12) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.

9. Gastos Cubiertos sin Periodos de Espera

1. Atención y Hospitalización por emergencias
 - a. Honorarios por consulta en proveedores afiliados de la Red de Pago Directo.
 - b. Servicios de hospitalización en habitación semiprivada, incluyendo atención por enfermería en turno regular.
 - c. Servicios de hospitalización en unidad de cuidados intensivos, incluyendo atención por enfermería en turno regular.
 - d. Medicinas ordenadas y suministradas por el médico tratante para tratamiento y recuperación de la salud del paciente hospitalizado y ambulatorio hasta el límite indicado en el cuadro de beneficios.
 - e. Honorarios médicos por tratamiento médico del paciente hospitalizado.
 - f. Honorarios de cirujanos y anestesistas por tratamiento médico del paciente hospitalizado.
 - g. Terapia respiratoria recomendada por médico tratante, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado.
 - h. Tratamientos médico-quirúrgicos para tratar lesiones oculares por accidente.

- i. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones derivadas de la atención de emergencia.
 - j. Radiología, ultrasonido, tomografía y resonancia magnética ordenados por médicos.
 - k. Servicios necesarios durante el internamiento: oxígeno y alquiler del equipo para su administración, exámenes de laboratorio, diagnóstico por rayos X.
2. Honorarios por consulta médica ambulatoria hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios, no importando la definición de Condición Preexistente.
 3. Servicios de laboratorio ordenados por el médico tratante, hasta haber conocido el diagnóstico y determinar si se considera una Condición Preexistente.
 4. Diálisis peritoneal y hemodiálisis en fase aguda derivada de un padecimiento agudo.

Muestra sin valor

SECCIÓN V | GASTOS NO CUBIERTOS

Para propósitos de interpretación y aplicación de los beneficios otorgados bajo la Cobertura de Gastos Médicos, no se pagará ningún gasto derivado de las siguientes condiciones:

1. Gastos que excedan de lo Razonable, Usual y Acostumbrado y/o de los límites y montos indicados en el Cuadro de Beneficios, de acuerdo a los convenios establecidos con proveedores del Programa de Pago Directo.
2. Padecimientos causados a sí mismo estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales o causadas por cualquier otra persona que esté de acuerdo con él para ese efecto.
3. Lesiones causadas por servicios militares, actos de guerra, rebelión, riña, conmoción civil o actos delictivos en que participe directamente el Asegurado.
4. Exámenes y operaciones para corregir la vista; defectos refractivos del ojo; Queratotomías, Queratoplastías y Queratoconos; anteojos, lentes de contacto y aparatos para el oído, incluyendo implantes cocleares.
5. Cirugía o Tratamiento Odontológico Máxilo Facial, tratamiento dental, alveolar o gingival, preparación o instalación de dentaduras, prótesis dentales, restauraciones, disfunción temporo-mandibular; excepto cuando sea a consecuencia de un accidente causado a los dientes naturales que ocurra mientras el asegurado esté cubierto bajo esta Póliza y el tratamiento sea suministrado dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de ocurrencia.
6. El tratamiento de alcoholismo o de adicción a drogas y padecimientos ocurridos mientras esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas y drogas distintas a las recetadas por un Médico.
7. Cargos por transporte del asegurado, excepto cargos por servicios de ambulancia terrestre, cuando estén cubiertos.
8. Tratamiento médico, medicinas u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.
9. Métodos anticonceptivos u orientados a esterilizar; o reversar la esterilización. Procedimientos o tratamientos tendientes a la procreación artificial, tratamientos de fertilización in vitro, estudios de fertilidad o infertilidad y/o sus consecuencias directas o indirectas.
10. Procedimientos o tratamientos relacionados con cambio de sexo, implante sexual o transformación sexual. Disfunción eréctil o impotencia sexual y/o sus consecuencias directas o indirectas. .
11. Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento. Cualquier tipo de internación en un hospital u otro tipo de centro de salud o institución, que no sea consecuencia de un padecimiento o tratamiento cubierto por esta Póliza. Servicios o atención médica gratuitos suministrados en un hospital que pertenezca al Estado o al Seguro Social.
12. Prótesis, tratamiento y/o cirugía cosméticos, incluyendo sus complicaciones o consecuencias, excepto que sea necesario por accidente que ocurra mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza y que tal tratamiento sea proporcionado dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes del accidente.
13. Condiciones Congénitas y/o Hereditarias, incluyendo nacimiento prematuro, anomalías o defectos de nacimiento, y/o que sean resultado de un tratamiento de infertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, excepto lo cubierto por la Póliza.
14. VIH y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier mutación derivada del mismo y sus consecuencias directas o indirectas.
15. Tratamientos, cirugías bariátricas y/o procedimientos para control de peso o de la obesidad y sus consecuencias directas o indirectas.
16. Productos que puedan obtenerse sin presentar receta médica incluyendo, pero no limitándose a: vitaminas, minerales, suplementos nutricionales, leches, dermolimpiadores, cremas humectantes y/o bloqueadores, independiente de su indicación médica.

17. Tratamientos por acné, apnea del sueño, calvicie y sus consecuencias directas o indirectas.
18. Gastos de atención psiquiátricos, tratamientos nerviosos o desórdenes mentales.
19. Gastos médicos que se hayan derivado de padecimientos expresamente limitados por la Compañía al momento de suscribir el riesgo.
20. Exposición de la vida, así como a lesiones sufridas a consecuencia de la práctica competitiva de deportes o actividades peligrosas incluyendo, pero no limitándolos a: uso de vehículos de carrera de cualquier tipo sea como conductor o pasajero y competencia en autos, motociclismo, motos acuáticas, cualquier tipo de deporte aéreo, alpinismo, andinismo, montañismo, rapel, puenting, rodeo, cacería de fieras, prácticas hípicas, equitación en salto o carreras, lidia de toros, pesca submarina, buceo, polo, espeleología, parkour, caída libre, sky-surf, kitesurf y bodysurf, box y artes marciales.
21. Gastos del Asegurado como donante de órganos y sus complicaciones.
22. Tratamiento médico, medicinas y procedimientos no reconocidos o utilizados por la práctica médica tradicional alopática.
23. Tratamientos de menopausia y/o climaterio, excepto si es a consecuencia de un padecimiento cubierto por la Póliza y que no ocurra en la etapa natural de la condición.
24. Exámenes o procedimientos rutinarios o aquellos requeridos por un tercero. Estos exámenes incluyen pero no están limitados a: seguros, escuelas, empleadores, exámenes físicos anuales o de campo, o exámenes requeridos por un juzgado.
25. Servicios y suministros no autorizados por un Médico, o que no sean médicamente necesarios o apropiados para el tratamiento de padecimientos, según sea determinado por la Compañía.
26. Alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio o equipos similares; glucómetros, bomba de infusión de insulina, aparatos para medir presión arterial, almohadas y colchones ortopédicos o antialérgicos y sus accesorios; artículos personales, de comodidad o de higiene.
27. Tratamientos experimentales o de investigación, procedimientos y/o servicios o tratamientos que no sean científica o médicamente reconocidos según la medicina tradicional alopática o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
28. Servicios o tratamientos por problemas de aprendizaje o educacionales, salud educacional, terapia matrimonial, o medicina holística o cualquier otro programa con el objetivo de proveer o mejorar la realización personal.
29. Cualquier gasto incurrido en la compra de equipos médicos duraderos, incluyendo pero no limitándose a silla de ruedas, camas de hospital, concentradores de oxígeno y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sean recetados por un Médico.
30. Condiciones Preexistentes, excepto lo indicado en la Cláusula 8 – Gastos Cubiertos con Periodos de Espera, inciso G.
31. Gastos en exceso del máximo médico vitalicio como se estipula en el Cuadro de Beneficios, o gastos en exceso de cualquier otro límite estipulado en dicho cuadro.
32. Cualquier tipo de gasto médico incurrido fuera del Programa de Pago Directo. Vacunas de todo tipo. Suero para pruebas alérgicas o para tratamientos de sensibilización.
33. Síndrome de deficiencia de la hormona del crecimiento, pubertad precoz.