

Seguro de Gastos Médicos Mayores En Dólares

Plan Orange

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. DEFINICIONES

Ciertas palabras y/o frases usadas en esta Póliza se definen a continuación. Otras palabras y/o frases son definidas cuando son usadas.

En esta Póliza, el uso del género masculino automáticamente implica al género femenino, a no ser que el texto indique lo contrario.

ACCIDENTE: La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista, e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

ASEGURADO: Es la persona a quien se le ha emitido la Póliza. Esta persona también es referida como el Asegurado Principal.

BASE AMBULATORIA: Significa que los servicios médicos se rinden como paciente externo no hospitalizado. El servicio incluye atención médica, pruebas de laboratorio y Rayos X o cualquier otro servicio médico cubierto por la Póliza.

COASEGURO: Significa el porcentaje de los gastos elegibles en que participará el Asegurado en su riesgo, o en el de sus Familiares Dependientes Asegurados, conforme lo establecido en esta Póliza.

CONDICIÓN PRE-EXISTENTE: Enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, como más adelante se describe, la cual existía antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, o de la fecha de ingreso de un Familiar Dependiente elegible, si dicho ingreso ocurre después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

1. Enfermedad, lesión o condición por la cual la persona cubierta: a) Tuvo advertencia médica o consultó a un médico, b) Recibió tratamiento médico, servicios o suministros, c) Se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnóstico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas; o,
2. La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado y tratamiento.

CUARTO SEMI-PRIVADO: Habitación en un hospital con por lo menos 2 camas.

DEDUCIBLE: Cantidad de gastos elegibles que está obligado a pagar el Asegurado durante cada año calendario antes de que algún gasto elegible sea pagado conforme esta Póliza. El deducible no es reembolsado por La Compañía.

EDAD: La edad en el último cumpleaños.

EMERGENCIA MÉDICA: Agravamiento inesperado de una condición médica, manifestada por síntomas de tal severidad que el dejar de proveer la atención médica necesaria pudiera resultar en: poner en serio peligro la salud del asegurado; o poner en serio deterioro las funciones corporales; o poner en seria disfunción cualquier órgano o parte del cuerpo.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticada en ese momento, o que haya sido diagnosticada o tratada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la adultez.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL: Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Se incluye el abuso de sustancias químicas, incluyendo el alcohol.

Psiconeurosis: Es un desorden mental o de comportamiento, de mediana a moderada severidad; anteriormente clasificado como una forma de neurosis, incluyendo histeria y neurastenia.

Psicosis: Desorden mental que causa una fuerte distorsión o desorganización de la capacidad mental del individuo o persona, el cual afecta la capacidad de reconocer la realidad, comunicarse, y relacionarse con los demás hasta el punto que interfiere con la capacidad de lidiar con las demandas comunes del diario vivir.

Desorden de la personalidad: Definición general, para el conjunto de desórdenes en el comportamiento, que se caracterizan usualmente por patrones de mala adaptación fuertemente arraigados persistiendo para toda la vida, con alteración de la conducta, estilo de vida, y ajuste social, los cuales son diferentes de los síntomas que se presentan en la psicosis y en la psiconeurosis.

ENFERMERA: Enfermera titulada, práctica o vocacional, debidamente autorizada y que no es ni el Asegurado Principal, ni alguno de sus Familiares Dependientes, ni algún Pariente Cercano del Asegurado Principal.

EXPERIMENTAL: Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización, (o parte de un período de hospitalización), que:

1. No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, compuesta por: la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO), La Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO), y la Administración de Drogas y Alimentos, (FDA), por sus siglas en inglés, de los Estados Unidos de América.
2. Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

FAMILIAR(ES) DEPENDIENTE(S): Se considerará(n) como Familiar(es) Dependiente(s):

1. El cónyuge, o el unido de hecho declarado legalmente. El cónyuge debe tener menos de 65 años de edad en el momento de entrar en la Póliza;
2. Los hijos, hijastros o hijos adoptados, siempre que sean mayores de diez días de nacidos y menores de diecinueve años. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste;
3. Los hijos descritos en el inciso anterior, solteros de diecinueve años o más, que vivan con el Asegurado Principal, que dependan económicamente de él y que sea estudiante a tiempo completo. El Asegurado Principal debe presentar certificación a La Compañía de la calidad de estudiante de sus hijos. El amparo, en estos casos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinticinco años de edad;
4. Los padres del Asegurado Principal menores de cincuenta y cinco años de edad, siempre que el Asegurado Principal sea soltero y conviva con sus padres en la misma residencia. Los mismos deberán solicitar la cobertura en la fecha efectiva del seguro del Asegurado Principal y en todo momento estarán sujetos a las normas de selección de riesgo de La Compañía.

Los Familiares Dependientes inscritos serán considerados como Asegurados.

GASTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO: Cargo u honorario determinado por La Compañía que se establece como el cargo u honorario que proveedores de los mismos servicios, tratamientos o suministros cargan o cobran a las personas que residen en la misma comunidad, por tratamientos de lesiones o enfermedades similares a las que presente el Asegurado en su naturaleza y complejidad.

GASTOS ELEGIBLES: Se refiere a los beneficios cubiertos.

HOSPITAL, CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA: Establecimiento que reúne las condiciones para atender a pacientes y que está legalmente autorizado para prestar los servicios que le son propios.

LÍMITE MÁXIMO VITALICIO: Cantidad total pagadera con respecto a un Asegurado. Esta cantidad será por toda la vigencia de la Póliza o durante la vida del Asegurado, lo que primero cese.

MÉDICO: Persona legalmente autorizada a ejercer la medicina.

PARIENTE CERCANO: El cónyuge del Asegurado Principal o el unido de hecho declarado legalmente, hijo, adoptivo o hijastro; hermano o hermana y padres del Asegurado Principal o de su cónyuge.

PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO: Máximo de gastos elegibles anuales incurridos por el Asegurado que coasegura por su propia cuenta. El deducible no es considerado bajo este renglón. Esta frase también es conocida como Límite de Coaseguro.

RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS: Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se han comprometido a prestarle servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido entre ellos y La Compañía, quienes han sido contratados, de manera directa o indirecta, por La Compañía Administradora de Reclamos (T.P.A.) y que conforman su listado de afiliados con esta condición. Se incluyen en esta Red a los **Hospitales Selectos**.

Hospitales Selectos: Son los Hospitales miembros de la Red de Proveedores Preferidos que por su alta calidad de servicios y preferencia de los asegurados les ofrecen mayores ventajas. (Ver Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

SOLICITUD DE SEGURO: Formulario que deberá completarse para solicitar cobertura por la Póliza.

TARIFA DE CUARTO SEMI-PRIVADO: Significa el cargo diario más común por un cuarto hospitalario ocupado por dos o más personas. Si el hospital donde el Asegurado se encuentra recluso no ofrece cuartos semi-privados, se considerará como tarifa de cuarto semi-privado el ochenta por ciento de la tarifa del cuarto privado de menor costo.

CLÁUSULA 2ª.

CONTRATO INDIVISIBLE

La Solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, el Cuadro de Seguros y todos los Anexos y Endosos constituyen el contrato indivisible entre las partes.

CLÁUSULA 3ª.

ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para los beneficios el Asegurado Principal tiene que:

1. Ser menor de 65 años de edad en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza;

2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países.

Para ser elegibles para los beneficios de la Póliza, los Familiares Dependientes tienen que:

1. Satisfacer la definición de Familiar Dependiente, tal como se estipula en la Cláusula 1ª. Definiciones;
2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países. Los Familiares Dependientes que estén registrados como estudiantes con La Compañía, no tienen que cumplir con el requisito de residencia.

CLÁUSULA 4ª.

DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

Si se determina que existe una declaración inexacta de la edad de los Asegurados:

1. Si la inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho debiendo en este caso ajustarse las primas a la edad real según las tarifas vigentes al momento de la celebración del contrato (según artículo No. 1011 del Código de Comercio de Guatemala); y
2. La edad correcta determinará si los Asegurados tienen derecho a estar cubiertos por la Póliza.

CLÁUSULA 5ª.

DURACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza tiene duración de doce meses y puede ser renovada por un período de la misma duración al pagarse la prima de renovación.

CLÁUSULA 6ª.
INICIACIÓN DEL SEGURO

El seguro concedido por esta Póliza entra en vigor a las 12:00m. del día del inicio de vigencia, consignada en la Carátula de esta Póliza.

Cualquier ingreso a la Póliza de Familiares Dependientes solicitado con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de La Compañía. La aceptación será comunicada por escrito.

Si en la fecha de iniciación del seguro el Asegurado recién incluido se encuentra hospitalizado, La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos incurridos relacionados a la causa de la hospitalización.

CLÁUSULA 7ª.
TERMINACIÓN DEL SEGURO

Los Beneficios proporcionados por esta Póliza terminan a las 12:00m. en la primera de las siguientes fechas:

1. El último día del año de contrato, o porción del año de contrato (si el modo de pago de las primas es otro que no sea anual), por el cual las primas han sido pagadas en su totalidad, si el pago de las primas para el siguiente año, o porción de año, no es recibido durante el Período de Gracia (de conformidad con lo establecido en la Clausula 10ª.);
2. El último día del año de contrato en el que el Asegurado Principal, o alguno de sus Dependientes dejan de calificar como elegibles, tal como se estipula en esta Póliza;
3. El último día del año de contrato en que el Asegurado Principal cumple 100 años de edad;
4. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el día en que los Beneficios del Asegurado Principal terminan;
5. En lo que se refiere a un hijo dependiente, el día anterior a la celebración de su matrimonio civil o a su declaración de unido de hecho de conformidad con la ley, el día anterior a que devengue sueldo u honorario en un empleo o ejercicio de una profesión, cumple los diecinueve años de edad y ya no cumple con las condiciones estipuladas en la definición de familiar dependiente;
6. En lo que se refiere a cónyuges, el último día del año de contrato previo a que se haya notificado sentencia de divorcio o disolución de la unión de hecho;
7. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el último día del año de contrato, durante el cual el Asegurado Principal fallece;

8. En lo que se refiere a todos los Asegurados cubiertos por la Póliza, el último día del mes en que La Compañía es informada de que el Asegurado Principal ya no reside en América Latina.

CLÁUSULA 8ª.

DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

La omisión o inexacta declaración realizada en el formulario de solicitud, acerca de los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo dan derecho a La Compañía para terminar el contrato de seguro.

La Compañía, dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración, notificará al asegurado que da por terminado el contrato.

La Compañía tendrá derecho, a título de indemnización, a las primas correspondientes al período de seguro en curso; pero si da por terminado el seguro antes de que haya comenzado a correr el riesgo, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Si se realiza el siniestro antes de que La Compañía haya hecho la notificación y el asegurado ha obrado de buena fe, la suma asegurada se reducirá, si el riesgo fuere asegurable, a la suma que hubiere obtenido con la prima pagada de no haber existido omisión o inexacta declaración. En caso el riesgo no fuere asegurable, La Compañía quedará liberada del pago.

No obstante alguna omisión o inexacta declaración realizada en el formulario, no procederá la terminación de conformidad con lo estipulado en los artículos 910 y 911 del Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA 9ª.

PRIMAS

Las primas pagaderas por la cobertura que se extiende por esta Póliza son por el término de un año. Las primas se ajustarán en la renovación y estarán basadas en las edades de los Asegurados y el nivel de primas en vigor para ese año. Las primas le serán reembolsadas al Asegurado Principal, si él decide cancelar la Póliza dentro de los primeros diez días después de haberla recibido. Si esta Póliza se da por terminada debido a que el Asegurado, o alguno de sus Dependientes elegibles cambia su residencia a un país o territorio en el cual las coberturas no pueden ser otorgadas, y si dicho cambio de residencia ocurre durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado Principal tiene derecho a recibir la porción de la prima no devengada durante dicho período de vigencia.

Si la Póliza se da por terminada por otra causa, durante la vigencia de la misma, se devolverá la prima no devengada conforme a lo que indica el artículo 907 del Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA 10ª.
PERÍODO DE GRACIA

Después del pago de la primera prima, un período de gracia de treinta días será otorgado para el pago de las primas subsiguientes. Si al expirar el período de gracia, la prima vencida no es pagada, La Compañía dará por terminada la Póliza en la fecha de vencimiento en que debió pagarse la prima.

CLÁUSULA 11ª.
REHABILITACIÓN

Si esta Póliza es terminada por la falta de pago de las primas, el Asegurado Principal puede solicitar a La Compañía la rehabilitación, por medio del Formulario de Rehabilitación, que La Compañía pondrá a disposición del asegurado. Esta solicitud deberá realizarse dentro de los 60 días calendarios posteriores a la fecha de terminación. Esta solicitud de rehabilitación puede ser aceptada o negada. Si la solicitud es aprobada, los beneficios serán rehabilitados en la fecha de vencimiento de las primas, siempre y cuando dichas primas hayan sido pagadas. Los Beneficios rehabilitados solamente cubrirán: Accidentes sufridos después de la fecha de rehabilitación y enfermedades que se iniciaron diez días después de dicha fecha. En todos los otros aspectos, el Asegurado tendrá todos los derechos que concedía la Póliza antes de la fecha de vencimiento de las primas.

CLÁUSULA 12ª.
CAMBIOS A LA PÓLIZA

La Póliza no podrá ser modificada, excepto por el Representante Legal de La Compañía. Para que una modificación sea válida, tendrá que ser hecha por medio de Anexo o Endoso emitido y firmado por el Representante Legal de La Compañía. Ningún agente o cualquier otra persona pueden efectuar cambio alguno a la Póliza, ni pueden renunciar a alguna de sus estipulaciones.

Cualquier cambio que realice La Compañía, en las estipulaciones de esta Póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución en las primas, deberá ser notificado por escrito al Asegurado y/o a su corredor o agente, con un mínimo de treinta días de anticipación, a la fecha efectiva del cambio, el cual entrará en vigor en la misma fecha en que se inicia la vigencia para el nuevo período de la Póliza. Si el cambio propuesto no es aceptado por el Asegurado, dicho Asegurado deberá notificarlo por escrito a La Compañía, antes de la fecha de inicio de la vigencia; y La Compañía procederá a no renovar el contrato.

CLÁUSULA 13ª.

DEDUCIBLE

El Deducible se aplica a los Gastos Elegibles incurridos por los Asegurados durante cada año calendario. Los siguientes gastos no pueden ser utilizados para compensar el Deducible: (a) Cargos en exceso de los Gastos Razonables y Acostumbrados; (b) Cargos para tratamientos, suministros o servicios que no están cubiertos por esta Póliza; (c) Cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios (por ejemplo, número de días, meses, consultas o cantidades monetarias); (d) Cualquier penalidad impuesta por no cumplir con los Requisitos para Ingresar a un Hospital.

CLÁUSULA 14ª.

REQUISITOS PARA INGRESAR A UN HOSPITAL

Si un Asegurado necesita ser hospitalizado en los Estados Unidos de América, (incluyendo Puerto Rico); dicho Asegurado, o su representante, debe comunicarse con La Compañía Administradora de Reclamos (según se establece en la Cláusula Definiciones "Red de Proveedores Preferidos"), llamando al número de teléfono correspondiente que aparece en la Tarjeta de Identificación. La notificación debe ser efectuada de la siguiente manera:

1. Con anticipación a un ingreso que no sea de emergencia.
2. Dentro de las veinticuatro horas siguientes a un ingreso de emergencia.

La comunicación con La Compañía Administradora de Reclamos no garantiza el pago de algún servicio prestado. Cualquier pago por servicios prestados estará sujeto a todos los términos y condiciones de la Póliza.

La decisión final de cómo cualquier servicio deberá ser prestado recaerá sobre el Asegurado y el Médico. Si un Asegurado decide ingresar a un Hospital en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), sin antes comunicarse con La Compañía Administradora de Reclamos, sus beneficios serán reconocidos de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Seguros.

La Compañía Administradora de Reclamos pudiera sugerir tratamientos alternos o el uso de servicios o suministros no cubiertos por la Póliza. Cuando esto ocurra, sujeto a la aprobación de La Compañía, los gastos incurridos de esa manera estarían cubiertos en las mismas bases de los cuidados y tratamientos que sustituyen.

CLÁUSULA 15ª.
NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS

Todo reclamo debe ser notificado por escrito a La Compañía, dentro de los siguientes treinta días después de la ocurrencia del siniestro; o tan pronto como sea razonablemente posible. La Compañía no negará o reducirá el reclamo, si se demuestra que la notificación escrita no pudo ser dada dentro del tiempo establecido, y que en efecto, fue notificada, tan pronto como fue razonablemente posible. La notificación debe indicar el nombre del Asegurado Principal, el número de la Póliza, el nombre de la persona quien incurrió en el gasto, la naturaleza y el monto del mismo.

CLÁUSULA 16ª.
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Posteriormente de ser notificado por escrito a La Compañía su reclamo, el asegurado deberá completar y enviar a La Compañía el "Formulario de Reclamación de Seguro" que La Compañía le proporcionará para tal efecto y las facturas originales detalladas correspondientes al tratamiento o servicio prestado, adicionalmente, cualquier otra información necesaria que La Compañía necesite para determinar su responsabilidad según esta Póliza.

CLÁUSULA 17ª.
LIMITACIÓN DE TIEMPO PARA SOMETER RECLAMOS

Los reclamos deben ser recibidos por La Compañía dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros adquiridos. La Compañía no aceptará prueba de una pérdida o notificación de un reclamo después de transcurridos seis meses de la fecha en que los servicios fueron prestados o los suministros adquiridos.

CLÁUSULA 18ª.
PAGO DE BENEFICIOS

Una vez que La Compañía reciba apropiada y aceptable prueba de un siniestro, La Compañía:

a) Pagará los correspondientes Beneficios de esta Póliza en un plazo máximo de 30 días hábiles; ó b) Notificará al reclamante, por escrito, de los motivos para no pagar los Beneficios; ó c) Notificará al reclamante, por escrito, qué documentación adicional es necesaria antes de poder revisar y/o pagar el reclamo según los términos de esta Póliza.

CLÁUSULA 19ª.
PERÍODO DE ESPERA

Durante los primeros cuatro meses de vigencia sólo se cubrirán gastos ocasionados por accidentes y/o enfermedades infecciosas, siempre y cuando sean sufridas o contraídas después de la fecha de inicio de la vigencia.

Las condiciones pre-existentes declaradas en la solicitud están cubiertas, una vez superado el período de espera establecido en la Póliza, excepto que estén específicamente excluidas de la Póliza mediante un endoso.

Las condiciones pre-existentes que no hayan sido declaradas en la solicitud, no tendrán cobertura. Así mismo, La Compañía podrá rescindir, cancelar o modificar la Póliza basado en la omisión de dichas condiciones (de conformidad con lo indicado en la Cláusula 8ª. Declaraciones Falsas o Inexactas).

CLÁUSULA 20ª.
CÓMO SE PAGARÁN LOS BENEFICIOS CUBIERTOS

Los Beneficios descritos en esta Póliza serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes de los gastos elegibles incurridos por los Asegurados.

Los Beneficios Cubiertos serán pagaderos aplicando el porcentaje de reembolso y hasta los máximos indicados en el Cuadro de Seguros, después de que el Deducible sea satisfecho. Los Beneficios están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. En ausencia de prueba fehaciente, cuando un sólo cargo es hecho por una serie de servicios, cada servicio se calculará de manera proporcional sobre el total del cargo. La fecha en que un servicio es recibido o un suministro es comprado, será considerada como la fecha de ocurrencia del Beneficio prestado.

CLÁUSULA 21ª.
NIVEL DE REEMBOLSO

Todos los pagos efectuados por La Compañía estarán basados en Gastos Razonables y Acostumbrados, como se definen en la sección de Definiciones de esta Póliza. No se pagarán beneficios en exceso de Gastos Razonables y Acostumbrados por tratamientos, servicios, o suministros cubiertos por esta Póliza.

CLÁUSULA 22ª.
MÉTODO DE PAGO

La Compañía pagará directamente en dólares de los Estados Unidos de América a aquellos hospitales que acepten pagos directos. Cualquier otro cargo será pagado sujeto a presentación del formulario de reclamación anexando pruebas fehacientes de los servicios recibidos.

CLÁUSULA 23ª.

MONEDA Y TASA DE CAMBIO

Los pagos a efectuarse conforme a esta Póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de América. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares utilizando el promedio de la tasa de cambio en vigor durante el mes en que los servicios fueron prestados o los suministros fueron adquiridos.

CLÁUSULA 24ª.

PERMISO PARA REVISAR REGISTROS MÉDICOS

Todos los Asegurados cubiertos por esta Póliza autorizarán a cualquier Hospital, Médico, o cualquier otra institución o persona que le preste algún servicio o provea algún suministro, a que le envíen a La Compañía cualquier registro o documentación necesaria para el proceso de algún reclamo. Cualquier costo incurrido en la obtención de este tipo de información correrá por cuenta de La Compañía.

CLÁUSULA 25ª.

DERECHO A REHUSAR CESIONES DE PAGOS

La Compañía se reserva el derecho de efectuar pagos directamente al Asegurado Principal y a rehusar cesiones de pagos a terceros.

CLÁUSULA 26ª.

DERECHO A EXAMEN

La Compañía, a su propio costo, tiene el derecho de examinar por medio de un Médico designado por ella, a un Asegurado que tenga un reclamo pendiente, dónde y cuántas veces sea razonablemente posible.

CLÁUSULA 27ª.

ACCIÓN LEGAL

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra La Compañía para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un período mayor de 30 días hábiles, contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza. Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen.

CLÁUSULA 28ª.
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 o entidad que hayan causado el Accidente o necesidad del cuidado, 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 según esta Póliza.

CLÁUSULA 29ª.
DERECHO DE RECUPERACIÓN

La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos en exceso efectuados a, o en beneficio de, un Asegurado como Beneficios de esta Póliza. Si un Asegurado tiene el derecho a un pago o reembolso de parte de terceros como resultado de acción o reclamo legal, y dicha acción o reclamo:

1. Se debe o tiene relación con un Accidente o Enfermedad; y
2. Los Beneficios han sido pagados conforme a esta Póliza por el Accidente o Enfermedad;

La Compañía tiene el derecho de recibir reembolso de cualquier pago que efectúe dicha tercera persona, ya sea por decreto, transacción, resolución, sentencia o cualquier otra acción, pero no excediendo la menor de:

1. La cantidad total de Beneficios pagados por el Accidente o Enfermedad; y

2. La cantidad recibida por el Asegurado por el Accidente o Enfermedad, menos los costos legales incurridos para obtener el pago.

El Asegurado no tomará acción alguna que perjudique el derecho de La Compañía a recuperar, y ejecutará y proporcionará cualquier documento o información que La Compañía pudiese requerir.

CLÁUSULA 30ª.
CONCURRENCIA DE COBERTURAS

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el que el asegurado pudiera estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otra(s) póliza(s) que tenga(n) las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados.

CLÁUSULA 31ª.
ACCIONES U OMISIONES DE TERCERAS PERSONAS

La Compañía no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de algún Hospital, Médico, o cualquier otra tercera persona.

CLÁUSULA 32ª.
ERROR ADMINISTRATIVO

Error(es) administrativo(s), o demora(s) en registrar la información por parte de La Compañía: a) No ocasionarán negación para otorgar el seguro que hubiera sido otorgado en la ausencia de los errores o demoras; b) No extenderán el período de cobertura que hubiera terminado; y c) Estarán sujetos a los ajustes de primas, si ellos fueran necesarios.

Pagos en exceso: La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos de beneficios emitidos incorrectamente y puede aplicar a pagos futuros, cualquier pago en exceso que haya sido efectuado con anterioridad.

CLÁUSULA 33ª.
NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado, ésta será enviada al asegurado y/o a su corredor o agente; y si debe ser dada a La Compañía, debe ser enviada a su oficina principal.

CLÁUSULA 34ª.

ARBITRAJE, JURISDICCIÓN Y LEY APLICABLE

Toda disputa o reclamación que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de este contrato, por cualquier causa, deberá resolverse mediante arbitraje de derecho, de conformidad con la Ley de Arbitraje y el Reglamento de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, CENAC, que se encuentre vigente al momento de surgir el conflicto. En caso que al momento de surgir el conflicto hubiese desaparecido el ente de arbitraje anteriormente mencionado, el arbitraje será entonces administrado por cualquier otro centro de arbitraje que opere con esa finalidad y esté legalmente autorizado para tal efecto.

La ejecución del laudo será competencia de los tribunales de jurisdicción civil y mercantil de Guatemala.

CLÁUSULA 35ª.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Las sumas aseguradas, deducibles, porcentajes de reembolso y límites de coaseguro figuran en el Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales.

1. Servicios de Hospital

Los Beneficios Cubiertos están limitados a:

a) Reclusión en Hospital

1. Cargos por cuarto y alimentación con base en de la tarifa de Habitación Semi-Privada en el extranjero. Para hospitalizaciones en el país de residencia la base de reembolso es en base a una habitación privada hasta un máximo de US\$125 diarios.
2. Si un Hospital en el extranjero no posee habitaciones semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimentos será el ochenta por ciento de la tarifa más baja que tenga el Hospital por una habitación privada.
3. Unidad de Cuidados Intensivos y otras unidades de cuidados especializados hasta por un máximo de tres veces el cargo de cuarto y alimentación.
4. Otros servicios de hospital y suministros (excepto artículos personales o de comodidad) incluyendo, pero no limitados a: Cuidados de enfermera, terapia de inhalación, física u ocupacional (mientras el Asegurado se encuentra internado), quirófano, sala de recuperación, suministros médicos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x, electrocardiogramas, electroencefalogramas, oxígeno y su administración, soluciones intravenosas e inyecciones.

b) Cirugía Ambulatoria

Cuando un Asegurado se somete a un procedimiento quirúrgico que no requiere hospitalización, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía, serán reembolsados al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

2. Servicios de Médicos

- a) **Visitas en el consultorio, excepto en el país de residencia donde se excluye.**
- b) **Visitas en el Hospital**, limitadas a una visita por día de hospitalización. No se pagarán visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico o a fisioterapia.
- c) **Cirugía.** Los Beneficios Cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo, pero no limitados a, tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento o diagnóstico de una enfermedad que involucre incisiones o suturación de una herida, siempre y cuando el procedimiento involucrado:
 - 1. Esté cubierto por la Póliza; y
 - 2. Sea hecho en un Hospital, consultorio médico o en un centro de cirugía ambulatoria.

Un beneficio por separado es pagadero por cada procedimiento quirúrgico efectuado, excepto procedimientos múltiples que son efectuados durante la misma sesión quirúrgica o a través de la misma incisión, los cuales son únicamente pagaderos por el procedimiento que provea el mayor reembolso por la Póliza.

Los beneficios por cirugía(s) reconstructiva(s) sólo serán pagaderos si dicha cirugía es:

- 1. **Médicamente necesaria.** Médicamente necesaria 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 de la enfermedad 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 en los Estados Unidos de América; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y
2. Debido al tratamiento de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
- d) **Cirujano Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de La Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un cirujano asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.
- e) **Anestesiólogo.** Los Beneficios Cubiertos están limitados a los Gastos Razonables y Acostumbrados por los servicios prestados por un anestesiólogo durante un procedimiento quirúrgico cubierto por esta Póliza.
- f) **Anestesiólogo Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de La Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un anestesiólogo asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.

3. Trasplante

Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes:

- a) Corazón.
- b) Corazón/pulmón.
- c) Hígado.
- d) Páncreas.
- e) Riñón.
- f) Médula ósea.
- g) Córnea.
- h) Pulmón.

El beneficio de Trasplante está sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Adicionalmente, dicho beneficio está sujeto a las siguientes exclusiones:

Ningún beneficio es pagadero por tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:

- a) Suministrado como resultado de, o de alguna manera relacionado con un trasplante que no esté específicamente indicado aquí; o que no ha sido previamente aprobado por La Compañía;
- b) Que sea considerado Experimental (como se define en esta Póliza) o electivo (gastos cuando el asegurado figura como donante);

- c) Suministrado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el trasplante, estén disponibles;
- d) Suministrado como resultado de un trasplante en el cual el Asegurado recibe un equipo artificial o aparatos designados para reemplazar los órganos humanos o si el órgano donado proviene de un animal; o
- e) Suministrado como un segundo trasplante a un trasplante inicial que fue suministrado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza y el cual no tuvo éxito.

Los gastos de materiales y servicios no específicamente excluidos quedarán cubiertos si:

- a. Se incurren durante el proceso para la adquisición del órgano, médula ósea o córnea obtenido(a) de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la extirpación, preservación y transporte de un órgano, médula ósea o córnea que se intente trasplantar a un Asegurado.
- b. Se incurren en un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano, médula ósea o córnea con el propósito de efectuar el trasplante a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:
 - 1. Investigación de donantes potenciales.
 - 2. Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, donde las condiciones de la Póliza con respecto a honorarios, servicios, materiales y/o equipos máximos aplicarán, siempre que sean requeridos durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar.
- c. Se incurren en el cultivo de la médula con relación al trasplante practicado a un Asegurado.

Todo trasplante se deberá realizar en un Hospital especializado, que sea reconocido y aceptado por el Consejo de las Organizaciones Profesionales y que estén reconocidas por la Autoridad de Salud competente del País donde se realiza el procedimiento.

El beneficio Máximo para Trasplantes es de US\$250,000.

Recetas Médicas Ambulatorias

Los beneficios están limitados a gastos incurridos por medicamentos que:

- a) Requieren receta médica para ser obtenidos;
- b) Deben ser dispensados por un médico o un farmacéutico con las apropiadas credenciales; y
- c) Deben estar aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica (United States Food and Drug Administration).

Este beneficio solo aplica fuera del país de residencia.

(5) Diálisis:

Sub-límite Anual US\$25,000. Sub-límite Máximo Vitalicio de US\$75,000.

(6) Terapia Física:

Sub-límite US\$1,000 por año calendario.

(7) Ambulancia Terrestre y Aérea: Este beneficio es pagado por reembolso.

- a) **Ambulancia Terrestre:** Los Beneficios están limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por los servicios profesionales de una ambulancia terrestre dentro del país donde el evento ocurra. Los Gastos Elegibles están limitados a un viaje de ida y uno de regreso al Hospital más cercano, por Asegurado, por evento.
- b) **Ambulancia Aérea:** Los gastos elegibles incluyen los Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por un Asegurado por el transporte al Hospital o institución médica más cercana con el equipo necesario para tratar la dolencia que afecta al Asegurado. El beneficio es elegible si:
 - (a) El Médico tratante certifica que el Asegurado requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento requerido, y que dicho tratamiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra el Asegurado; y
 - (b) La condición del Asegurado va a requerir un período de hospitalización.

Los Gastos Elegibles incluyen los costos de una ambulancia aérea, si es médicamente necesaria, y:

- a) El viaje en una aeronave comercial (por ejemplo, en camilla acompañado por un médico) no es posible; y
- b) La incapacidad requiere los servicios especiales que se encuentran a bordo de una ambulancia aérea:
 - 1. Operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas;
 - 2. Con equipos y suministros médicos especiales; y

3. Con personal médico calificado.

El beneficio máximo pagadero se indica en el Cuadro de Seguros.

CLAUSULA 36ª.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

No se pagarán beneficios conforme a esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con:

1. Exámenes médicos de rutina, estudios diagnósticos que son parte de un examen médico de rutina, incluyendo, pero no limitado a, exámenes pediátricos a recién nacidos, vacunas, exámenes para la emisión de Pólizas de seguro y dictámenes médicos, y exámenes o evaluaciones de dependencia física, mental o química con el propósito de obtener o continuar un empleo, un seguro, licencia, admisión escolar o para participación en eventos deportivos, o la evaluación y tratamiento de incapacidades del aprendizaje.
2. Exámenes rutinarios de la vista, incluyendo refracción ocular y la habilitación de lentes (incluyendo lentes de contacto) y exámenes rutinarios del oído, incluyendo la habilitación de audífonos.
3. Tratamientos podiátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie; padecimientos sintomáticos de los pies; desórdenes congénitos de los pies; zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie; o cualquier otro servicio o suministro preventivo.
4. Tratamientos o prevenciones dentales o tratamiento o cirugía dental o de las encías relacionadas o no con alguna condición de las mandíbulas, excepto cuando se trate de la reparación o reemplazo de un diente sano natural que ha sido dañado en un accidente sufrido mientras el Asegurado se encuentra cubierto por esta Póliza.
5. Servicios o suministros médicos o dentales para el tratamiento de problemas articulares de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, el tratamiento del síndrome temporomandibular, cráneo-mandibular o cualquier otro desorden de la articulación que une la mandíbula al cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
6. Defectos congénitos y anomalías o condiciones asociadas con el nacimiento.
7. Un Accidente o Enfermedad:

- a) Atendido(a) por cualquier institución de seguridad social, o según cualquier otra legislación o plan de beneficios similar emitido por una entidad gubernamental, o por cualquier otro organismo oficial que tenga la requerida jurisdicción para promulgar tal legislación.

No obstante lo anterior, en el caso que después de haberse efectuado el pago total de los beneficios pagaderos conforme a alguna ley de seguro social, u otra legislación similar, quedase sin pagar algún balance, gasto o porción de gastos cubiertos por esta Póliza por concepto de tal Enfermedad o Accidente, tal balance, gasto o porción de gastos se considerará como pagadero, de acuerdo con el porcentaje y hasta el límite de beneficios estipulados en la Póliza, quedando sujeto a todos los términos y condiciones de la misma;

- b) Por daños causados a sí mismo, ya sea en estado de locura o cordura;
- c) Por guerra, declarada o no, actos de terrorismo o violencia civil, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles;
- d) Por participar en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio público;
- e) Por participar en actos ilícitos, asaltos, delitos o faltas, incluyendo pero no limitado a riñas iniciadas por el Asegurado; o
- f) Producto de la influencia total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado médico. Además, ningún beneficio será pagadero por algún Accidente o Enfermedad contraído(a) mientras el Asegurado se encuentra bajo la influencia, total o parcial, de drogas recetadas por un Médico para el tratamiento de dependencia química o alcohólica.
- 8.** Tratamientos para la cura de la adicción a las drogas o alcoholismo, incluyendo sus complicaciones e incluyendo, pero no limitado a, exámenes, consultas y tratamientos efectuados por un médico psiquiatra o servicios prestados para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la adicción a las drogas o el alcohol.
- 9.** Tratamientos para la cura de enfermedades mentales o desórdenes nerviosos, así como cualquier complicación derivada de los mismos, o a consecuencia de los efectos negativos resultados de medicinas tomadas para tratar enfermedades mentales o desórdenes nerviosos.
- 10.** Tratamientos para el cuidado y control de la maternidad y servicios médicos relacionados con la maternidad.

11. Gastos en exceso del Máximo Vitalicio como se estipula en el Cuadro de Seguros, o gastos en exceso de cualquier otro máximo estipulado en dicho Cuadro.

12. Tratamientos, servicios, o suministros que:

- a) No sean Medicamente Necesarios para el tratamiento o diagnóstico de un Accidente o Enfermedad, aunque ellos sean recetados, recomendados, o aprobados por un Médico o Dentista;
- b) Sean de naturaleza experimental o investigativa o que sean efectuados de manera no aceptada por la comunidad médica;
- c) Sean prestados por un Pariente Cercano, o prestados por una persona que reside en la residencia del Asegurado, o que fueron prestados en una institución que sea propiedad de un Pariente Cercano del Asegurado;
- d) Sean suministrados para el tratamiento de complicaciones de Accidentes o Enfermedades no cubiertas por esta Póliza;
- e) Sean prestados por parientes Cercanos del Asegurado durante un período de hospitalización del Asegurado;
- f) Sean prestados antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o después de la fecha de terminación de la Póliza, no importando si el Accidente o la Enfermedad ocurrió o fue diagnosticado durante el período de vigencia de la Póliza;
- g) Sean prestados para el tratamiento de cualquier condición relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con SIDA (CRS) o cualquier enfermedad venérea o sexualmente transmitida, o cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas o sus complicaciones;
- h) Sean prestados para el tratamiento de alguna condición que ha sido específicamente excluida por La Compañía por medio de anexo o endoso, incluyendo complicaciones de dichas condiciones excluidas;
- i) Sean prestados para el tratamiento de abortos electivos.

13. Terapia recreacional o educacional.

14. Las siguientes drogas, medicinas y suministros aunque sean recetadas por un Médico:

- a) Experimentales o investigativas;

- b) Vitaminas, suplementos dietéticos, depresivos del apetito, regeneradores de cabellos, medicinas para la ayuda de la regeneración de la piel, ayudas de embellecimiento o de salud, Nyastin, Minoxidil o chicles de nicotina;
- c) Medicinas, drogas o suministros que no requieran receta médica;
- d) Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son Medicamente Necesarias en el tratamiento de una condición médica; o
- e) Medicinas recetadas para condiciones que no son médicas o medicinas que son recetadas para el tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza.

15. Gastos que:

- a) Exceden el costo del Gasto Razonable y Acostumbrado de un servicio o suministro;
- b) No hubieran sido incurridos en la ausencia de seguro;
- c) Sean incurridos por terceras personas que no sean parte de la Póliza, así exista responsabilidad legal del Asegurado;
- d) Son por servicios o suministros no cubiertos por esta Póliza.

16. Los siguientes procedimientos quirúrgicos y sus servicios y suministros relacionados incluyendo, pero no limitados a, estadías hospitalarias, medicinas y exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x:

- a) Cirugía electiva, cosmética o plástica, y sus tratamientos relacionados, para reparar o modificar una estructura corporal saludable con el propósito de mejorar la apariencia o la psique del Asegurado, ya sea por causas psicológicas o emotivas, excepto cuando son requeridas como resultado directo de un Accidente o Enfermedad contraídos después de la fecha efectiva de la cobertura de esta Póliza;
- b) Queratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción;
- c) Procedimientos de trasplantes de órganos, excepto como se describen en la Cláusula 35ª. de Beneficios Cubiertos de esta Póliza;
- d) Cambios de género sexual, o mejorías en la función sexual, incluyendo pero no limitada a, prótesis penil e impotencia sexual, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para corregir disfunciones sexuales;

- e) Reversión de procedimientos de esterilización sexual, o por cualquier tipo de control del embarazo; o
 - f) Inseminación artificial, fertilización in vitro o in vivo, o cualquier servicio similar o procedimientos para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) contra la infertilidad.
- 17.** Visita a la sala de emergencias de un Hospital por un Accidente o Enfermedad que no es considerado de emergencia.
- 18.** Tratamientos quiroprácticos de desórdenes de la espina dorsal o el esqueleto incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos.
- 19.** Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Medicamento Necesarios.
- 20.** La práctica o participación en eventos deportivos profesionales, en carreras o eventos de velocidad, buceo acuático o paracaidismo, escala de montañas (cuando se requiere el uso de sogas o guías), aviación (excepto cuando se viaja como pasajero en una aeronave comercial), deportes invernales competitivos, carreras de caballos, motociclismo, ski acuático, o participación en otros deportes o entretenimientos peligrosos los cuales pudieran poner la vida del Asegurado en peligro, ya sea por irresponsabilidad, falta de conocimiento o habilidad y otras condiciones agravantes.
- 21.** Gastos de hospitalización por enfermedad que se inicien en un viernes, sábado, o domingo, a no ser que:
- a) El médico tratante certifique de que es Medicamento Necesario;
 - b) Dicha estadía que se inicia en un fin de semana sea debida a un procedimiento quirúrgico que va a ser efectuado al día siguiente de la admisión hospitalaria.

Programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas de suplementos o aumentos de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida de un paciente en estado crítico. Pérdida de peso, control de peso, o cualquier otro servicio o suministro relacionado con el tratamiento de obesidad, ya sea por medio de dietas, ejercicios, inyección de líquidos, o el uso de algún medicamento o cirugía de cualquier índole.

- 22.** Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo, pero no limitado a, cuidados de largo plazo o cuidados de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas; servicios, suministros, y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidado de custodia, instituciones o centros de rehabilitación, instituciones o centros de tratamientos para cuidados geriátricos, o instituciones que no son consideradas como hospitales, tal como se definen en esta Póliza, incluyendo pero no limitado a, instituciones de cuidado a largo plazo e hidroclínicas.
- 23.** Artículos personales y de comodidad, tales como radios, televisores, servicios de barbería o peluquería; alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio, o equipos similares.
- 24.** Cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como silla de ruedas, camas de hospital, respiradores, y cualquier otro equipo semejante, aún cuando sean recetados por un Médico.
- 25.** Tratamientos por Accidentes o Enfermedades en las que el Asegurado no se encuentre bajo el cuidado de un Médico, o que no sean autorizadas por un Médico.
- 26.** Gastos Elegibles presentados a La Compañía después de seis meses o más, en que fueron desembolsados.
- 27.** Tratamientos, servicios, suministros prestados en países o por personas y/o compañías sujetos a restricciones comerciales, penalidades económicas, transacciones financieras, regulaciones, o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos de Norte América.

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en Resolución No. 812 del 2009.