

CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

En este Artículo encontrará un listado de los tratamientos, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por LA ASEGURADORA como parte del seguro de salud. Además de esto, el ASEGURADO podría tener exclusiones o limitaciones personales que corresponden a su cobertura, como lo explica el documento de CONDICIONES PARTICULARES. Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos, excepto cuando la cobertura esté especificada en la TABLA DE BENEFICIOS

GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

- a) Que no sea médicamente necesario, o
- b) Para un ASEGURADO que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
- c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
- d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, o
- e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
- f) Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo, pero no limitando causas mórbidas y/o accidentes.

LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidas por el propio ASEGURADO o un tercero a solicitud del ASEGURADO, suicidio, suicidio fallido, u ocasionadas por culpa grave del ASEGURADO por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el ASEGURADO esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

LESIONES POR RIÑAS: Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el ASEGURADO PRINCIPAL o sus DEPENDIENTES participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el ASEGURADO haya sido el provocador.

EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico, tratamiento naturopático u homeopático, medicamentos naturopáticos u homeopáticos, acupuntura y cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA GENERAL: Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros treinta (30) días desde la fecha efectiva de la póliza, salvo por lo indicado en la CLAUSULA 13.

TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA: Todo tratamiento a una madre o un recién nacido que sea relacionado con la maternidad durante el período de espera de diez (10) meses para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad.

CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el ASEGURADO cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

CONDICIONES PREEXISTENTES: Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se define y estipula en esta póliza. De igual modo, LA ASEGURADORA no cubrirá ninguna condición preexistente que el ASEGURADO no haya informado debidamente durante el proceso de solicitud.

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL: Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad competente en el país donde se suministre el tratamiento.

TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES: Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el ASEGURADO tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que han sido puestos bajo la dirección de una autoridad gubernamental.

ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA: Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico de un ASEGURADO hospitalizado, a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

GASTOS QUE EXCEDAN EL GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS: El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales.

TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o cuando el primer gasto ocurre después de treinta (30) días de la fecha de un accidente cubierto.

LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES: Tratamiento de lesiones que resulten mientras el ASEGURADO preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

VIH/SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), VIH positivo y enfermedades relacionadas con el SIDA, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL: La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por LA ASEGURADORA.

TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO: Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier ASEGURADO bajo esta póliza.

MEDICAMENTOS SIN RECETA O NO CUBIERTOS:

1. Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.
2. Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
3. Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de la póliza.
4. Cualquiera de los siguientes medicamentos de medicina tradicional china (MTC): hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.

EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por LA ASEGURADORA.

ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS: Almacenamiento de médula ósea, células madre u otro tipo de tejido o célula, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR: Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible o artefactos nucleares.

EXÁMENES Y CERTIFICADOS MÉDICOS: Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del ASEGURADO para trabajar o viajar, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO: Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS. Los gastos asociados con cirugía bariátrica están cubiertos tal como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos.

TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO: Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.

CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo, pero no limitado a impotencia, inadecuaciones y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente. Los diagnósticos de cáncer de cuello uterino o bronquial como consecuencia del Virus de Papiloma Humano (VPH) no están comprendidos en la presente exclusión y serán cubiertos según el beneficio de Tratamiento del Cáncer detallado en LA TABLA DE BENEFICIOS

TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo, pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada a menos que se indique la cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

EMBARAZOS NO CUBIERTOS: Todo tratamiento o servicio a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto y sus complicaciones.

ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

CUIDADO PODIÁTRICO: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de los pies, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA: Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo, pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

ACTIVIDADES O DEPORTES PELIGROSOS: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de la participación en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros

salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', MMA (artes marciales mixtas), esgrima, rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapezio, equilibrista; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard', así como cualquier relación a deportes aéreos, con armas, con motor, de contacto, de gimnasio, de invierno, de riesgo, ecuestres, náuticos, montañismo o escalada de cerros (aventura) y cualquier otro deporte o actividad no nombrado que presente un peligro real o aparente para la integridad física de quienes lo practican, incluso un riesgo vital.

PRÁCTICA DEPORTIVA PROFESIONAL: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de la participación en cualquier deporte sea considerado peligroso o no, por compensación o como profesional, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en la TABLA DE BENEFICIOS.

CONFLICTO Y DESASTRE: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el ASEGURADO:

- ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
- ha participado activamente, o
- ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

ACTOS NEGLIGENTES: Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

PRUEBAS GENÉTICAS: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el ASEGURADO es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o dolencia y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico, o se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS