

COBERTURA PARA “CANCER”

COBERTURA DEL SEGURO

CLÁUSULA 1.- Esta Cobertura está limitada a cubrir única y exclusivamente la enfermedad diagnosticada como CÁNCER que sea sustentada con el correspondiente examen de anatomía patológica, de acuerdo con las condiciones que se indican.

Están cubiertos los costos razonables por tratamientos y cirugía por cáncer, incluyendo quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia.

Se entiende como Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo leucemia.

Se entiende como tratamiento de quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia, al servicio de las unidades especializadas de oncología clínica con fármacos anticancerosos y máquinas de radiaciones ionizantes o acelerador lineal, diseñadas especialmente para el tratamiento de tumores localizados, de acuerdo a protocolos internacionalmente aprobados.

Queda entendido y convenido, que la presente Cobertura no cubre ningún tratamiento, cirugía o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad que no sea cáncer, tal como se define en esta Cobertura; aún cuando esta enfermedad o condición no cubierta, haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por cualquier tratamiento proporcionado con relación en un caso amparado por esta Cobertura.

ENFERMEDAD PRE- EXISTENTE

CLÁUSULA 2.- Es toda aquella enfermedad, accidente o lesión congénita, que el Asegurado haya adquirido previo a la fecha de la inclusión en este Contrato, y la cual haya sido diagnosticada por un medico, o haya sido aparente a la vista, o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el asegurado o terceras personas.

GASTOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 3.- Están cubiertos todos los costos habituales, razonables y acostumbrados para el lugar o país donde se efectúe el tratamiento o cirugía como consecuencia de una enfermedad oncológica, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado en esta Cobertura.

El asegurado podrá atenderse en Costa Rica, Centro América y demás países del mundo, de acuerdo con las condiciones establecidas en las Cláusulas XXIV, XXV y XXVI de las Condiciones Generales de la Póliza.

a) COSTOS RAZONABLES CUBIERTOS CON HOSPITALIZACION:

- Habitación.
- Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, y cualquier otro examen o estudio especializado requerido.

- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudante o administración de anestesia.
- Quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia.

b) COSTOS RAZONABLES CUBIERTOS SIN HOSPITALIZACION (AMBULATORIO):

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
- Medicinas, resonancia magnética, tomografía, ecografía o análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes especiales que su médico considere necesario.
- Quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia.

BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA

CLÁUSULA 4.- La SUMA de todos los costos razonables pagados por el “INSTITUTO” anualmente a cada persona asegurada sin límite de edad, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo de US\$ 200.000 (DOSCIENTOS MIL DE DOLARES ESTADOUNIDENSES). A partir de los 70 años de edad, este límite será reducido automáticamente a US\$ 60.000 (SESENTA MIL DOLARES ESTADOUNIDENSES) o al saldo del Beneficio Máximo si éste fuera menor a esa fecha.

COASEGURO

CLÁUSULA 5.- Es el porcentaje del gasto cubierto que le corresponde asumir a cada asegurado, en los casos indicados en el Cláusula XXVI de las Condiciones Generales de la Póliza.

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

CLÁUSULA 6.- Esta cobertura no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Enfermedades que no sean diagnosticadas como Cáncer, debidamente sustentadas con el correspondiente examen de anatomía patológica, así como las personas que a la fecha de contratación de este seguro hayan tenido un diagnóstico de cáncer con resultados positivos y/o tratamiento y/o cirugía por Cáncer.
- b) Cirugía plástica y/o estética, así como tratamientos para embellecimiento, que sean necesarios como consecuencia de un tratamiento y/o cirugía cubiertos por esta Cobertura.
- c) Cáncer que sea pre-existente, tal como se define en la cláusula 2 de esta Cobertura, o se haya detectado durante los primeros 60 días de vigencia de esta Cobertura, así como los gastos pagados directamente por el asegurado sin autorización escrita del “INSTITUTO”.
- d) Prótesis no quirúrgicas, equipos o aparatos ortopédicos, mecánicos o electrónicos, cuidados de enfermeras particulares, así como gastos de transporte o alojamiento.
- e) Chequeos médicos, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos, rehabilitación, costos de sangre o plasma, ansiolíticos, vitaminas y/o suplementos alimenticios y productos no medicinales.
- f) Cirugías y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios, así como tratamientos o medicamentos que sean calificados como experimentales o en período de prueba.
- g) Contaminación nuclear, así como actividades o enfermedades ocupacionales.

COBERTURA DE GASTOS EN EL EXTRANJERO

CLÁUSULA 7.- Los gastos ocasionados por atenciones médicas en el extranjero, serán cubiertos de acuerdo con las condiciones siguientes:

- 1) Los casos de hospitalización cubiertos por esta Cobertura, deberán ser previamente comunicados al “INSTITUTO” si el asegurado se encuentra en Costa Rica, con una anticipación de 48 horas, o a nuestro representante en el extranjero si se encuentra en Centro América o cualquier país del mundo.

Todas las hospitalizaciones se coordinarán con el “INSTITUTO”, y/o el Administrador de Servicios Médicos, con la finalidad de utilizar un hospital o clínica que pertenezca a la Red de Proveedores y sea la más conveniente en sus costos, siempre que otorgue las mismas garantías y calidad en el servicio médico.

- 2) En caso de una hospitalización de emergencia cubierta por esta Cobertura, se deberá dar aviso al “INSTITUTO” o al Administrador de Servicios Médicos dentro de las 48 horas inmediatas a la admisión.
- 3) Los casos de atención ambulatoria serán pagados directamente al prestador del servicio o como reembolso, de acuerdo con las condiciones de la Cobertura, siempre que éstos últimos hayan sido autorizados por escrito por el “INSTITUTO” con el Administrador de Servicios Médicos.

BENEFICIOS ADICIONALES

CLÁUSULA 8.-

a. Casos de Emergencia

Se cubrirá los casos de emergencia a consecuencia del cáncer al 100% del costo y gastos, incluyendo, cuarto, medicina, unidad de cuidados intensivos, honorarios médicos y gastos en general, incurridos dentro de las primeras 24 horas contadas desde el momento en que dicho evento de emergencia ocurrió.

Todos los gastos incurridos luego de dichas primeras 24 horas, serán tratados ya sea bajo los beneficios de hospitalización o ambulatorio, según el caso.

b. Transporte por evacuación

Este beneficio se otorgará en el caso de presentarse una emergencia y determinarse que médicamente es necesario que el asegurado sea evacuado y/o repatriado al hospital o centro de atención más cercano o especializado que pueda tratar las dolencias relacionadas con esta Cobertura del asegurado.

Para estos casos, el “INSTITUTO” y/o sus representantes en el extranjero, facilitarán una ambulancia terrestre o aérea o un vuelo en una aerolínea común, por la ruta más directa y adecuada.

Todas las decisiones relacionadas con la necesidad médica de evacuación y/o repatriación, los medios y momentos de éstos, así como el equipo médico y el personal médico a ser utilizado y el destino final, son decisiones médicas que serán tomadas por médicos designados por el operador del Administrador de Servicios Médicos, en consulta con un médico local y con base en factores médicos y sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

NORMA SUPLETORIA

Cláusula 9°.

Todos los aspectos que no estén normados en esta cobertura, se regirán por las condiciones de este Contrato de Seguro.