

**PARA  
ENFERMEDADES Y ACCIDENTES GRAVES**

**ENFERMEDADES Y ACCIDENTES ASEGURADOS**

**CLÁUSULA 1.-** La presente Cobertura está limitada a cubrir única y exclusivamente las enfermedades, cirugías y/o diagnósticos indicados más abajo, de acuerdo con las condiciones especificadas para cada caso.

Queda entendido y convenido que la presente Cobertura no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad, cirugía o diagnóstico que no sea tratamiento y cirugía por cáncer, cirugía cardíaca, neurocirugía, trasplante de órganos, diálisis, quemaduras de tercer grado y politraumatismos, 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 en relación con un caso amparado por esta Cobertura.

**A) TRATAMIENTO Y CIRUGÍA POR CÁNCER, INCLUYENDO QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y COBALTOTERAPIA**

Están cubiertos los gastos ambulatorios y hospitalarios por los tratamientos y/o cirugías por cáncer, siempre que éstos sean sustentados con el correspondiente examen de anatomía patológica.

Se entiende como cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y 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.

**B) CIRUGIA CARDIACA INCLUYENDO ANGIOPLASTIA**

Están cubiertas las operaciones quirúrgicas del aparato cardiovascular que incluye las operaciones del corazón y sus válvulas, las arterias coronarias y los grandes vasos emergentes del corazón. No se cubren las operaciones de várices o del sistema vascular periférico.

**B) CIRUGIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O NEUROCIRUGIA**

Cubre las intervenciones quirúrgicas del sistema nervioso central y/o periférico, incluyendo el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

**C) TRASPLANTES**

Cubre el tratamiento quirúrgico de Asegurados con daños irreversibles en uno o más órganos cubiertos susceptibles de reemplazarse por el trasplante de órganos sanos extraídos a donantes vivos o muertos, incluyendo los gastos médicos y hospitalarios ocasionados por el donante, excluyéndose los gastos por exámenes o evaluaciones de posibles donantes así como por la compra de órganos.

Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta Cobertura son:

- |             |                |
|-------------|----------------|
| 1) Riñones  | 5) Páncreas    |
| 2) Corazón  | 6) Córnea      |
| 3) Hígado   | 7) Médula Osea |
| 4) Pulmones |                |

#### **D) DIALISIS POR INSUFICIENCIA RENAL**

Cubre los casos que presenten deterioro progresivo o agudo, sea o no irreversible, de la función renal que requiera un tratamiento de diálisis.

Se entiende como diálisis renal, al procedimiento médico realizado o supervisado por las unidades renales de instituciones de salud, acreditadas científica y tecnológicamente.

#### **E) QUEMADURAS DE TERCER GRADO (GRAN QUEMADO)**

Cubre los casos de quemaduras que afecten o comprometan un mínimo del 30% de la superficie corporal, que además éstas sean de tercer grado y que para su tratamiento se requiera un mínimo de 10 días de hospitalización.

#### **F) POLITRAUMATISMOS O TRAUMA MAYOR**

Cubre los casos de trauma severo con compromiso de dos o más sistemas orgánicos, que ocasione situación crítica del Asegurado y que para su tratamiento requiera un mínimo de 10 días de hospitalización.

### **ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE**

**CLÁUSULA 2.-** Es toda aquella enfermedad, accidente o lesión congénita, que el Asegurado haya adquirido previo a la fecha de su inclusión en este Contrato, y la cual haya sido diagnosticada por un médico, 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.-** Esta Cobertura cubre todos los gastos habituales, razonables y acostumbrados para el lugar o país donde se efectúen, siempre que sean necesarios por una cirugía, enfermedad o accidente cubierto por esta Cobertura, 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 los Cláusulas XXIV, XXV y XXVI de las Condiciones Generales de la Póliza.

#### **a) COSTOS RAZONABLES CUBIERTOS CON HOSPITALIZACION:**

- Habitación individual normal o bipersonal.
- Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio especializado requerido.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudante o anestesista.
- Diálisis.
- Servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos.

#### **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.

Los gastos ambulatorios se otorgarán únicamente para el tratamiento de diálisis.

También serán cubiertos en todos los casos indicados en el Cláusula 1° de esta Cobertura, los gastos efectuados durante los 30 días anteriores y posteriores a las cirugías u hospitalizaciones amparadas por esta Cobertura.

#### **BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA**

**CLÁUSULA 4.-** La SUMA de todos los gastos 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 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 al Asegurado, en los casos indicados en el Cláusula XXVI de las Condiciones Generales de la Póliza.

#### **GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES**

**CLÁUSULA 6.-** Adicionalmente a las condiciones especificadas en las Cláusulas 1° y 3° de esta Cobertura, este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o pre-existentes al inicio de este seguro; tal como se define en la cláusula 2 de esta Cobertura, así como cualquier tratamiento, enfermedad, cirugía o lesiones que no se encuentran especificados en el Cláusula 1° de esta Cobertura.
- b) Los gastos pagados directamente por el Asegurado sin autorización escrita del “INSTITUTO”.
- c) Adicionalmente a las exclusiones generales indicadas en esta Cláusula, quedan excluidos además los siguientes trasplantes:
  - Trasplante realizado durante el período de espera de 24 meses contados desde la fecha de inicio de esta Cobertura.
  - Trasplante que no sea de los órganos cubiertos por esta Cobertura o que no haya sido previamente aprobado por el “INSTITUTO”, así como los considerados como experimentales o de investigación o cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donante es de especie animal.
- d) Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
- e) Prótesis no quirúrgicas, equipos o aparatos ortopédicos, mecánicos o electrónicos, cuidados de enfermeras particulares o tratamientos experimentales, así como gastos de transporte o alojamiento.

- f) Tratamientos o gastos relacionados como resultado de cualquiera de las enfermedades o tratamientos cubiertos por este Seguro.

## COBERTURA DE GASTOS EN EL EXTRANJERO

**CLÁUSULA 7.-** El Asegurado declara conocer que es política del “INSTITUTO”, pagar directamente al prestador del servicio, por lo cual los gastos producidos por atenciones médicas en el extranjero, serán cubiertos de acuerdo con las condiciones siguientes:

- 1) Los casos de hospitalización por alguna de las enfermedades o accidentes cubiertos por esta Cobertura, deberán ser previamente comunicados al “INSTITUTO” con una anticipación de 48 horas si el Asegurado se encuentra en Costa Rica, o dentro del mismo plazo a nuestro representante en el extranjero si se encuentra fuera del país.

Todas las hospitalizaciones se coordinarán con el “INSTITUTO”, y/o con su representante en el extranjero, con la finalidad de utilizar un hospital o clínica que pertenezca a la red de proveedores y sea el más conveniente en sus costos, siempre que otorgue las mismas garantías y calidad en el servicio médico.

- 2) En caso de 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 Generales de la Póliza, siempre que éstos últimos hayan sido autorizados por escrito por el “INSTITUTO” o al Administrador de Servicios Médicos.

En caso de no producirse el aviso al “INSTITUTO” dentro de los plazos indicados en los numerales 1 y 2 de esta Cláusula, el “INSTITUTO” quedará relevado de pago alguno respecto de los gastos cubiertos directamente por el Asegurado al hospital o clínica. Para los efectos de la liquidación del reclamo, el “INSTITUTO” se basará en los costos normales, razonables y acostumbrados para el área o país donde se efectúa el tratamiento, ya sea Centro América o demás países del mundo.

La política del “INSTITUTO” es pagar directamente a médicos y hospitales por servicios prestados en cualquiera de los países cubiertos por esta Cobertura, con la finalidad de beneficiar al ASEGURADO DIRECTO, evitando que pague costos excesivos.

Nuestros representantes en el extranjero tienen la misión de facilitarle la mejor atención en los hospitales de alta especialización que conforman nuestra red de proveedores internacionales y de garantizar los gastos cubiertos por cuenta nuestra.

## BENEFICIOS ADICIONALES

### CLÁUSULA 8.-

#### a. Casos de Emergencia

Se cubrirá los casos de emergencia a consecuencia de los padecimientos nombrados anteriormente 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 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 a factores médicos y sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

**REVISION DE LOS RECLAMOS**

**CLÁUSULA 9.-** El “INSTITUTO” tiene derecho de hacer examinar al ASEGURADO DIRECTO y/o sus dependientes cubiertos por este seguro, por los médicos designados por ella, las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo. El ASEGURADO DIRECTO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de información adicional que necesite el “INSTITUTO”.

Cualquier reclamo simulado o fraudulento, hará perder todo derecho o indemnización, sin perjuicio de que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

**NORMA SUPLETORIA**

**Cláusula 10°.**

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