



## BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S.A.

### Tabla de Beneficios - Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Global Ultimate Health Plan

Texto aprobado mediante Resolución Administrativa No. 722-2016 del 3 de junio de 2016, bajo el Registro No. 201-934781-2016 05 025, Anexo de Modificaciones a las Condiciones Generales de la Póliza aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1737/2016 de fecha 5 de diciembre de 2016, Código No. 201-934781-2016 05 025 2001, y Cláusula de Modificaciones al Condicionamiento General aprobada mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1603/201 de fecha 27 de diciembre de 2017, Código 201-934781-2016 05 025 2002.

El significado de los términos resaltados en **negrilla** en la presente **Tabla de Beneficios** corresponde al de los términos señalados en las Definiciones.

Límites de los beneficios: En la presente **Tabla de Beneficios** se establecen tres (3) tipos de limitaciones de beneficios:

- El "**límite máximo**" – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**.
- "De por vida" – la cantidad máxima del beneficio que la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días– la cantidad máxima que la **Aseguradora** pagará por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Beneficios**.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites son aplicables por **año póliza**, lo cual significa que una vez que se ha alcanzado el límite correspondiente, el beneficio deja de estar disponible hasta la siguiente renovación de la **póliza** de seguro. Otros límites aplican de por vida, lo cual significa que una vez que se ha alcanzado el límite respectivo, no se pagarán más beneficios, independientemente de que proceda con la renovación de la **póliza**.

La **póliza** Global Ultimate Health Plan ofrece libre elección de proveedores y no está sujeta a la **red de proveedores**.

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de los aspectos que están cubiertos bajo la **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son aplicables de forma individual por cada **asegurado**, por **año póliza**.

Todas las cantidades mencionadas en este documento, relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles**, se entenderán referidas en dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual obligatorio correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a **deducible**. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

Los **beneficios cubiertos** podrían estar sujetos a la aplicación de exclusiones o restricciones particulares y generales. En este sentido, le pedimos que por favor consulte las Exclusiones y Limitaciones que se señalan en este documento antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen a continuación.

La **Aseguradora** únicamente aceptará como **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no se consideren como experimentales; es decir, que se encuentren aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

**Límite máximo:** Ilimitado por **asegurado**, por **año póliza**. Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible** anual obligatorio:

Dentro del **país de residencia**:

Plan 1 Sin deducible (US\$0)

Plan 2 Mil dólares (US\$1,000)

Fuera del **país de residencia**

Sin deducible (US\$0)

Mil dólares (US\$1,000)

## Hospitalización y Tratamiento en el Hospital

201-934781-2016 05 025 1001

Cobertura

Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el **hospital**.

### Internación en el hospital y alimentos

La **Aseguradora** pagará los gastos generados por la **hospitalización** y **tratamiento** hospitalario del **asegurado**, siempre y cuando:

- exista una necesidad médica de permanecer en el **hospital**,
- el **tratamiento** sea proporcionado o administrado por un **especialista**, y
- la duración de su estadía sea **médicamente justificada**.

La **Aseguradora** no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del **tratamiento** están ligados a un tipo de habitación, la **Aseguradora** pagará el costo del **tratamiento** al precio que se cobraría si ocupara una habitación privada.

Para pacientes internados por 5 noches o más, el **asegurado** o su **médico** deberán enviar a la **Aseguradora** un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el **tratamiento** recibido, el **tratamiento** planificado y la fecha en la que se dará de alta.

La **Aseguradora** pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.

100% suite

### Gastos de alojamiento para acompañantes en caso de hospitalización

La **Aseguradora** cubrirá los gastos generados por habitación y alimentos diarios para hasta tres acompañantes en el **hospital** donde se encuentra el **asegurado** o en un hotel o alojamiento similar cercano, incluyendo el costo de transporte entre el hotel o alojamiento similar y el **hospital**, cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado recibiendo **tratamiento** cubierto por más de 5 noches.

US\$17,000 por **año póliza** a partir del quinto día de hospitalización

### Cama extra en el hospital para acompañante

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el **asegurado** esté recibiendo un **tratamiento** cubierto.

100% para una persona

### Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos generados por:

- la sala de operaciones,
- la sala de recuperación,
- medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones y en la sala de recuperación, y
- medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el hospital.

En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.

100%

### Cuidados intensivos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea **médicamente necesario** o cuando sea una parte esencial del **tratamiento**.

100%

### Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico

La **Aseguradora** pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

Los honorarios de **médicos**, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean **médicamente necesarios** durante la cirugía o tratamiento.

100%

<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un <b>especialista</b> para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 19 y 33 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> suministrado por fisioterapeutas, <b>terapeutas ocupacionales</b>, quinesiólogos, <b>fonoaudiólogos</b> y <b>nutricionistas</b> si se requiere como parte de su <b>tratamiento</b> hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos <b>tratamientos</b> no sean el único motivo de su <b>hospitalización</b> y la <b>enfermedad o dolencia</b> principal se encuentre debidamente cubierta bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento</b> cubierto bajo este beneficio durante la <b>hospitalización</b> requerirá autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 22, 31 y 42 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> podrá cubrir este <b>tratamiento</b>, sujeto a los criterios siguientes si el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,</li> <li>• tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,</li> <li>• presenta evidencia documentada y firmada por el <b>médico</b> tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y</li> <li>• ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el <b>asegurado</b> someterse al procedimiento.</li> </ul> <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p><b>Importante:</b> El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 41 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Cirugía preventiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
<p><b>Prótesis</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del <b>tratamiento</b>. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una <b>enfermedad o padecimiento</b> preexistente. La <b>Aseguradora</b> pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la <b>Aseguradora</b>.</p>	100%

<p><b>Implantes prostéticos y órtesis</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para reemplazar articulación o ligamento</li> <li>• para reemplazar válvula cardíaca</li> <li>• para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial</li> <li>• para reemplazar un músculo del esfínter</li> <li>• para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo</li> <li>• para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga</li> <li>• marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa)</li> <li>• para remover exceso de líquidos en el cerebro</li> <li>• implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer.</li> </ul> <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado</li> <li>• soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral.</li> <li>• fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello</li> </ul>	100%
<p><b>Cirugía reconstructiva</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> para restaurar la apariencia física del <b>asegurado</b> después de un <b>accidente, enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía. La <b>Aseguradora</b> podrá pagar por la cirugía cuando la <b>enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>Nota:</b> Si el <b>médico</b> del <b>asegurado</b> recomienda <b>tratamiento</b> cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones:  Consultar los numerales 22 y 35 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios</b>  201-934781-2016 05 025 1002</p>	Cobertura
<p><b>Imagenología avanzada</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)</li> <li>• tomografía computarizada (TC)</li> <li>• tomografía por emisión de positrones (PET)</li> </ul> <p>Los estudios deberán ser prescritos por el <b>médico o doctor</b> del <b>asegurado</b> como parte del diagnóstico o <b>tratamiento</b> de condiciones cubiertas.</p>	100%
<p><b>Condiciones congénitas</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá condiciones congénitas y hereditarias, independientemente de cuándo éstas se manifiesten por primera vez.</p>	100%

<p><b>Tratamiento contra el cáncer</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de cualquier <b>tratamiento</b> contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el <b>tratamiento</b> contra el cáncer. Lo anterior incluye exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 38 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubre los gastos relacionados con <b>tratamientos</b> o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una <b>prueba clínica registrada</b> y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p>	100%
<p><b>Servicio de trasplantes</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con <b>médicos</b> o <b>especialistas</b> y <b>tratamiento</b> médico cuando el <b>asegurado</b> se encuentre internado en el <b>hospital</b> o como <b>paciente ambulatorio</b>, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• córnea</li> <li>• intestino delgado</li> <li>• riñón</li> <li>• riñón/páncreas</li> <li>• hígado</li> <li>• corazón</li> <li>• pulmón</li> <li>• corazón/pulmón</li> </ul> <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de <b>tratamiento</b> de cáncer.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos del <b>donante</b> para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el <b>donante</b> está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la recolección del órgano, ya sea de un <b>donante</b> vivo o muerto,</li> <li>• los gastos por compatibilidad de tejidos</li> <li>• los gastos de hospital/operación del <b>donante</b>, y</li> <li>• cualquier complicación del <b>donante</b>, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 8 y 29 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Diálisis renal</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	100%
<p><b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.</p>	US\$1,500,000 de por vida
<p><b>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</b></p> <p>Los costos relacionados con <b>tratamientos</b> derivados de la práctica de <b>actividades y deportes peligrosos</b>, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, están cubiertos bajo esta <b>póliza</b>.</p>	100%

<p><b>Autismo</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, terapias y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>.</p>	US\$20,000
<p><b>Enfermedad de Alzheimer</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los siguientes gastos relacionados con coberturas vitales para un paciente que ha sido diagnosticado con esta <b>enfermedad</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos por receta</li> <li>• nutrición</li> <li>• <b>cuidado asistencial</b></li> <li>• consejería familiar</li> </ul> <p>Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 33 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	US\$100,000 de por vida
<p><b>Tratamiento Ambulatorio</b> 201-934781-2016 05 025 1003</p>	Cobertura
<p><b>Cirugía ambulatoria</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>	100%
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un <b>tratamiento</b> médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología</li> <li>• Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG)</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 19 y 33 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Honorarios médicos</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios por concepto de consulta con <b>especialistas, médicos o doctores</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer un <b>tratamiento</b></li> <li>• Dar seguimiento al <b>tratamiento</b> recibido previamente</li> <li>• Recibir consultas o <b>tratamientos</b> pre y post hospitalarios</li> <li>• Prescribir medicamentos</li> <li>• Efectuar el diagnóstico relacionado con los <b>síntomas</b> manifestados</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 12, 15 y 36 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Enfermeros profesionales</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados al cuidado de <b>enfermeros</b> profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea <b>médicamente necesario</b>.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del <b>asegurado</b>.</p>	100%
<p><b>Terapeuta ocupacional y ortóptico</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> con <b>terapeutas ocupacionales</b> y ortópticos.</p>	100%
<p><b>Podología</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con el <b>tratamiento</b> realizado por un podiatra, quiropodista o especialista profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del <b>tratamiento</b> prescrito por el <b>médico</b> tratante.</p>	100%

<p><b>Terapias complementarias</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de acupunturistas y reflexólogos con el objeto de restaurar la función física normal, cuando los profesionales estén debidamente calificados y registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota:</b> El <b>tratamiento</b> proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta será considerado como una visita separada.</p>	100%
<p><b>Consultas medicina alternativa</b>  Consultas y tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota:</b> Si cualquier medicina complementaria o <b>tratamiento</b> es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta independiente.</p> <p>Exclusiones y restricciones:  Consultar el numeral 28 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> de forma previa y que sean necesarios para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b>.</p>	100%
<p><b>Equipo médico durable</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de la utilización de <b>equipo médico durable</b> y sus componentes, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea prescrito por un <b>médico</b>,</li> <li>• cumpla con la definición de <b>equipo médico durable</b>.</li> </ul> <p>La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.</p>	100%
<p><b>Asesoría nutricional</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará por consultas con un <b>nutricionista</b> si la asesoría nutricional está relacionada con una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta y diagnosticada, como la diabetes.</p>	100%
<p><b>Salud Mental</b>  201-934781-2016 05 025 1004</p>	Cobertura
<p><b>Salud mental durante la hospitalización</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b>, siempre y cuando sea <b>médicamente necesario</b> producto de una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el <b>hospital</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b> cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:  Consultar los numerales 23 y 45 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Salud mental en ambulatorio</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios en el consultorio del <b>psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones:  Consultar los numerales 23, 31 y 45 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%

## Embarazo y Parto

201-934781-2016 05 025 1005

Cobertura

### Embarazo/parto – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses):

La **Aseguradora** pagará a la **Asegurada Titular, cónyuge o conviviente** los gastos derivados del embarazo, parto, **complicaciones del embarazo**, complicaciones del parto y **complicaciones del recién nacido durante el parto** hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada**.

Esta cobertura no aplica para **aseguradas dependientes** diferentes a las aquí señaladas. Para disfrutar de este beneficio, la **asegurada dependiente** que no sea **cónyuge o conviviente** deberá optar por una **póliza** independiente donde sea la **Asegurada Titular** de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura bajo la póliza original para la respectiva **asegurada**.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7, 12, 26 y 36 de las Exclusiones y Limitaciones.

### Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica (período de espera de 10 meses)

La **Aseguradora** cubrirá a la **Asegurada Titular, cónyuge o conviviente**. No aplica **deducible**.

El **tratamiento** de maternidad y parto incluye:

- cargos de **hospitales**, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva,
- cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas, y
- hasta 7 días de cuidado rutinario para el **recién nacido**

100%

### Cesárea médicamente necesaria (período de espera de 10 meses)

La **Aseguradora** cubrirá a la **Asegurada Titular o cónyuge o conviviente** por gastos de **hospital**, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica **deducible**.

100%

### Tratamiento pre y post natal (período de espera de 10 meses)

Una vez transcurridos los 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo la póliza, la **Aseguradora** cubrirá a la **Asegurada Titular, cónyuge o conviviente** por los cuidados de maternidad y **tratamiento** antes y después del parto.

Cubierto bajo el beneficio de embarazo

### Complicaciones del embarazo y parto (período de espera de 10 meses)

La **Aseguradora** cubrirá a la **Asegurada Titular, cónyuge o conviviente** por los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** que sea **médicamente necesario** como resultado directo de **complicaciones del embarazo** o parto. No aplica **deducible**.

Por **complicaciones del embarazo** o **complicaciones del recién nacido durante el parto** se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del **recién nacido**.

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la **Aseguradora**. La **asegurada** deberá contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa si es posible. Si requiere **hospitalización de emergencia** como resultado directo de **complicaciones del embarazo** o parto, la **asegurada** deberá comunicarse con la **Aseguradora** dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada.

US\$1,500,000 de por vida

### Incorporación del recién nacido en la póliza

Para que el **recién nacido** de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el **Asegurado Titular** deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, se requerirá la presentación de una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por **complicaciones del recién nacido durante el parto** está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de “**complicaciones del embarazo y parto**”.

Si el **recién nacido** nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la **póliza** cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la **Aseguradora**. Sin embargo, si alguno de los padres del **recién nacido** tiene por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua en esta **póliza**, el **recién nacido** podrá ser dado de alta en la misma **póliza** sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto, excepto cuando el recién nacido es adoptado o de una maternidad subrogada.

### Transporte y Viajes

201-934781-2016 05 025 1006

Cobertura

#### Viajes de traslado

La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del **asegurado** al lugar más cercano en donde pueda recibir **tratamiento** apropiado, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

La cobertura por repatriación le ofrece al **asegurado** la opción adicional de volver a su **país de residencia** especificado o al **país de nacionalidad** especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones:

- el **asegurado** debe contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa antes de su traslado,
- el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista** o **médico** tratante del **asegurado**,
- el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el **tratamiento** debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- la **Aseguradora** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como **paciente ambulatorio** u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el **asegurado** necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

La **Aseguradora** no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el **asegurado**. En algunos países, la **Aseguradora** podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la **Aseguradora** siempre estará con el **asegurado** para apoyarle.

#### Exclusiones y restricciones:

- La **Aseguradora** no pagará por noches extra en el **hospital** cuando el **asegurado** ya no esté recibiendo **tratamiento** activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- La **Aseguradora** no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la **Aseguradora**, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** no podrá coordinar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la **Aseguradora** o de nuestros socios proveedores de servicios.
- La **Aseguradora** no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de

traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la **Aseguradora**.

- La **Aseguradora** solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la **Aseguradora**. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta **póliza** pero que no sean coordinados por la **Aseguradora** serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la **Aseguradora** habría pagado si la **Aseguradora** hubiera coordinado el traslado.

#### Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La **Aseguradora** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

Deberá obtenerse autorización previa de la **Aseguradora**, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

La **Aseguradora** no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.

100%

#### Evacuación no-médica en casos de conflictos y desastres naturales

La **Aseguradora** cubrirá los costos de evacuación si su boleto de regreso no puede usarse debido a:

- guerra, conmoción civil, incidentes terroristas, ley marcial, revolución u otra situación similar en la región donde se encuentra el **asegurado**, siempre y cuando dicha situación haya sido declarada y documentada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra el **asegurado**, y dicha situación surgió cuando el **asegurado** ya había iniciado su viaje a dicha región, y
- desastres naturales destructivos, incluyendo pero no limitados a tsunamis, huracanes, terremotos y erupciones volcánicas, cuando la solución consume la capacidad local y sea necesario solicitar asistencia externa nacional o internacional, y solamente si el **asegurado** viajó fuera de su **país de residencia** especificado y la situación surgió cuando el **asegurado** ya había iniciado su viaje a dicha región.

Si el **asegurado** ha sido detenido por las autoridades en un país debido a guerra o peligro de guerra, o si el **asegurado** no puede ser evacuado debido a un desastre natural, la **Aseguradora** proporcionará cobertura por hasta 3 meses de gastos adicionales razonables y documentados por concepto de hospedaje y alimentos, y costos necesarios de transporte local debido a una reubicación obligatoria en el país, o para cubrir los costos de viaje con un nivel más alto de seguridad si la situación así lo requiere.

La cobertura está sujeta a la condición de que el **asegurado** no haya sido negligente en actuar a tiempo si hubo recibido una recomendación del Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra.

La **Aseguradora** no se hace responsable por la disponibilidad del transporte que sea necesario, pero cooperará con el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra el **asegurado** en los casos que sea necesaria su asistencia.

El **asegurado** deberá comunicarse con la **Aseguradora** lo antes posible después del evento.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 11 de las Exclusiones y Limitaciones.

100%

### Repatriación médica

La **Aseguradora** cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica:

- al **país de nacionalidad** o al **país de residencia** del **asegurado** según la información que haya proporcionado en su **solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores**, y
- el traslado de regreso al lugar de donde el **asegurado** fue trasladado en los siguientes casos:
  - cuando haya sido autorizado previamente por la **Aseguradora**, y
  - cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento.

La **Aseguradora** cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.

En algunos casos, podrá ser más apropiado que el **asegurado** viaje al aeropuerto en taxi que en otro medio de transporte, como por ejemplo en una ambulancia. En estos casos, y si está autorizado previamente, la **Aseguradora** pagará la tarifa del taxi.

En algunos casos, el **asegurado** podrá solicitar una repatriación médica comunicándose con la **Aseguradora** para recibir autorización; sin embargo, esto puede ser médicamente inapropiado. En estos casos, la **Aseguradora** primero evacuará al **asegurado** al lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** necesario esté disponible. Una vez que el **asegurado** esté médicamente estable, la **Aseguradora** procederá con la repatriación al **país de nacionalidad** o **país de residencia** que el **asegurado** haya especificado.

La **Aseguradora** no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.

100%

### Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación)

La **Aseguradora** cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del **asegurado** (espos(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La **Aseguradora** considera como 'necesidad razonable' cuando el **asegurado** necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:

- necesita asistencia para subir o bajar de un transporte,
- necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros),
- no hay acompañamiento médico disponible, o
- en el caso de una **enfermedad o dolencia** aguda y seria

La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el **asegurado** que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos.

La **Aseguradora** cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:

- esto sea autorizado previamente por la **Aseguradora**, y
- el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.

La **Aseguradora** no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el **asegurado** reciba **tratamiento** como **paciente ambulatorio**.

100%

<p><b>Costos de alimentación y transporte para acompañante</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• únicamente durante una evacuación, y</li> <li>• por hasta 10 días o hasta el día de alta del <b>asegurado</b>, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del <b>asegurado</b> se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> habitual.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el <b>asegurado</b> reciba <b>tratamiento</b> como <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	<p>US\$16,000; máximo 10 días por año <b>póliza</b></p>
<p><b>Costos de viaje de traslado de niños</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del <b>asegurado</b> sean trasladados junto con el <b>asegurado</b> en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea <b>médicamente necesario</b> que el <b>asegurado</b> (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado,</li> <li>• el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al <b>asegurado</b>, y</li> <li>• que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.</li> </ul>	<p>100%</p>
<p><b>Costos de viaje de traslado, alimentación y transporte para visita compasiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de un familiar cercano del <b>asegurado</b> (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a)) que viva en otro país cuando el <b>asegurado</b> sufra un accidente o <b>enfermedad o dolencia</b> repentina y necesite estar internado en el <b>hospital</b> por lo menos 5 días, o cuando ha recibido un diagnóstico terminal de corto plazo. Este beneficio incluye el costo del boleto en clase turista para el regreso del familiar del <b>asegurado</b> a su país de origen. Este beneficio solo será pagado cuando sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte para el familiar del <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• durante un viaje de visita compasiva elegible, y</li> <li>• hasta por 10 días mientras el familiar esté fuera de su país de residencia habitual</li> </ul> <p>Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación. En estos casos, la <b>Aseguradora</b> solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios de “Costos de viaje de traslado para un acompañante”, “Costos de viaje de traslado de niños”, y “Costos de alimentación y transporte” descritos bajo en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p>	<p>100% hasta para tres familiares</p>
<p><b>Costos de repatriación compasiva de emergencia</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de viaje razonables del <b>asegurado</b> cuando éste se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> y deba regresar prematuramente debido al fallecimiento, una <b>enfermedad o dolencia</b> aguda y seria o una lesión de un familiar cercano (esposo(a), pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a), cuñado(a), yerno, nuera, nieto(a) o suegro(a)).</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo menor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el costo razonable del regreso por aire o mar, o</li> <li>• el costo de un boleto clase ejecutiva.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá solamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un viaje en conexión con el curso de la <b>enfermedad o dolencia</b>, y</li> <li>• si el familiar en cuestión no es un <b>asegurado</b> bajo la misma <b>póliza</b> quien ya ha sido repatriado, y</li> <li>• si la repatriación compasiva de emergencia adelantaría el regreso del <b>asegurado</b> en por lo menos 12 horas del regreso original que había sido programado.</li> </ul>	<p>100%</p>

<p><b>Ambulancia aérea local</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un accidente o centro de esquí al <b>hospital</b>, o</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro</li> </ul> <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria,</li> <li>• utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul> <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
<p><b>Ambulancia terrestre local</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un <b>accidente</b> al <b>hospital</b>,</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro, o</li> <li>• de su casa al <b>hospital</b></li> </ul> <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>médicamente necesaria</b>, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto y que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul>	100%
<p><b>Repatriación de restos mortales</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del <b>asegurado</b> a su <b>país de nacionalidad</b> o a su <b>país de residencia</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su <b>país de residencia</b>, y</li> <li>• sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del <b>asegurado</b>.</p>	100%
<p><b>Tratamiento Dental</b>  201-934781-2016 05 025 1007</p>	Cobertura
<p><b>Tratamiento dental relacionado con accidentes</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por el <b>tratamiento</b> dental <b>médicamente necesario</b> derivado de un <b>accidente</b> cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al <b>accidente</b>.</p>	100%
<p><b>Tratamiento dental (período de espera de 6 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rellenos</li> <li>• <b>tratamiento</b> del conducto radicular</li> <li>• radiografía</li> <li>• extracción dental</li> <li>• anestesia</li> </ul>	US\$4,000
<p><b>Restauración mayor no estética (período de espera de 6 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• puentes</li> <li>• coronas</li> <li>• implantes dentales</li> <li>• dentaduras postizas</li> </ul>	US\$4,000

<p><b>Ortodoncia no estética (período de espera de 12 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de ortodoncia a <b>asegurados</b> de hasta 19 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas y revisiones mensuales</li> <li>• extracción de dientes de leche</li> <li>• planeación de tratamiento</li> <li>• modelos/impresiones de encías</li> <li>• extracciones</li> <li>• anestesia</li> <li>• radiografías simples/interproximales y perapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ortopantogramas (OPG) y cefalometrías (CEPH)</li> <li>• fotografía digital, y</li> <li>• aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones:  Consultar el numeral 39 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	US\$4,000
---	-----------

<b>Tratamiento Preventivo</b> 201-934781-2016 05 025 1008	Cobertura
<p><b>Examen de salud general (período de espera de 10 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará por un examen de salud general una vez que el <b>asegurado</b> haya estado cubierto bajo esta <b>póliza</b> por 10 meses consecutivos. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardíaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	US\$7,500
<p><b>Vacunas</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños en Bolivia</li> <li>• vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical</li> <li>• vacuna contra la influenza (gripe)</li> <li>• vacunas legalmente exigidas para viajes</li> <li>• vacunas contra el neumococo</li> <li>• medicinas contra la malaria</li> </ul>	100%
<p><b>Examen de la vista</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá un examen de refracción cada <b>año póliza</b>, que incluye el costo de la consulta. No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
<p><b>Examen dental preventivo (período de espera de 6 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por <b>año póliza</b>, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG)</li> <li>• eliminación de la placa dental y pulido</li> <li>• protector de encías/protector bucal</li> </ul> <p>No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
<p><b>Prueba genética de cáncer</b>  La <b>Aseguradora</b> cubre una prueba, una consulta previa y otra posterior solamente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el asegurado es referido por un médico o doctor;</li> <li>• el asegurado tiene historial médico de cáncer de un familiar inmediato;</li> <li>• tanto las pruebas como las consultas se llevan a cabo en un hospital o clínica.</li> </ul> <p>Requiere de pre-autorización antes de realizar las pruebas. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%

**Dispositivos para la Audición y la Vista**  
201-934781-2016 05 025 1009

Cobertura

**Aparatos auditivos**

La **Aseguradora** cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo **año póliza**.

100%

**Anteojos y lentes de contacto**

La **Aseguradora** cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un **especialista** oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo **año póliza**.

US\$4,000

**Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida)**

La **Aseguradora** cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- si el **asegurado** tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y
- si el **tratamiento** es realizado por un proveedor (**médico, hospital o clínica**) reconocido y acreditado

La **Aseguradora** únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el **asegurado** deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o **tratamiento**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

100%

**Rehabilitación y Cuidados Paliativos**

201-934781-2016 05 025 1010

Cobertura

**Enfermería en casa**

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de enfermería en casa para el **asegurado** después de su **tratamiento** en el **hospital** cubierto por esta **póliza** cuando:

- sea prescrito por el **médico** del **asegurado**,
- comience inmediatamente después de que el **asegurado** salga del **hospital**,
- reduzca la duración de la estadía del **asegurado** en el **hospital**,
- sea proporcionada por un(a) **enfermero(a)** profesional calificado(a) en casa del **asegurado**, y
- sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales).

El **asegurado** deberá comunicarse con la **Aseguradora** para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 22 de las Exclusiones y Limitaciones.

100%

**Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos**

Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la **Aseguradora** pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de **enfermedad** terminal y si el **asegurado** ya no puede recibir **tratamiento** que conduzca a su recuperación:

- alojamiento en centro para pacientes terminales
- cuidados de **enfermero(a)** profesional calificado
- medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales

100%

**Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)**

La **Aseguradora** pagará por la **rehabilitación**, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La **Aseguradora** pagará por **rehabilitación** únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del **tratamiento**. La **Aseguradora** sólo cubrirá los gastos por **rehabilitación** cuando:

- Sea considerada **médicamente necesaria**, después de revisar la información médica correspondiente, y
- Sea parte del **tratamiento** recibido para dicha condición cubierta bajo la **póliza**.

**Nota:** Para que la **Aseguradora** pueda otorgar una autorización previa, el **médico** deberá proporcionar la información clínica completa del **asegurado**, incluyendo el diagnóstico, el **tratamiento** recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el **asegurado** se encuentra internado para recibir **rehabilitación**.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 22 de las Exclusiones y Limitaciones.

100%

**Beneficios Adicionales****Cobertura costo cero para niños (máximo 2 hijos por padre/madre asegurado(a))**

Los hijos del **Asegurado Titular** y/o su **cónyuge** o **conviviente** podrán incluirse en la **póliza** sin costo hasta que cumplan los 16 (dieciséis) años de edad, siempre que la **póliza** se mantenga vigente con al menos uno de los padres como integrante de la **póliza**. La única excepción a este beneficio es por fallecimiento de ambos padres.

**Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular**

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** cubiertos bajo la póliza al momento del fallecimiento del **Asegurado Titular** durante 2 (dos) años sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el **Asegurado Titular**, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o dolencia** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el **cónyuge** o **conviviente** si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

La extensión de cobertura entrará en vigencia a partir de la próxima **fecha de vencimiento del pago** o **fecha de aniversario de la póliza**, la que ocurra primero, después del fallecimiento del **Asegurado Titular**. Si el **dependiente** que goza del beneficio de extensión de cobertura se ve excluido de dicho beneficio por las razones estipuladas anteriormente, él/ella podrá mantener su cobertura siempre y cuando pague la prima correspondiente y cumpla con las condiciones de elegibilidad estipuladas en el numeral 2.4 de las Condiciones Generales.

ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI LOS BENEFICIARIOS DEL **ASEGURADO TITULAR** SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES GENERALES.

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. La presente sección de exclusiones y limitaciones contiene un listado de los **tratamientos**, condiciones y situaciones específicas que no se encuentran cubiertas por la **Aseguradora** como parte del seguro de salud contratado. Adicionalmente, cada **asegurado** podría estar sujeto a exclusiones o limitaciones de carácter personal que afectan su cobertura, en la forma que se establece en las **Condiciones Particulares**.
2. COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES: A tiempo de completar su **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, al **asegurado** se le pidió que suministre toda la información acerca de cualquier **lesión, enfermedad o dolencia** por la cual el **asegurado** y/o sus **dependientes** hubieran recibido medicamentos, indicaciones médicas o **tratamientos**, así como **síntomas** que hubieran experimentado antes de solicitar el seguro a la **Aseguradora**. Las declaraciones efectuadas por el **asegurado** en ese sentido son referidas como **condiciones preexistentes**.
3. El equipo médico de la **Aseguradora** ha analizado el historial médico del **Asegurado Titular** y sus **dependientes** para decidir acerca de los términos sobre los cuales se ofrece el presente seguro de salud. Como producto de esa evaluación, es posible que la Aseguradora hubiera aceptado ofrecer cobertura para determinadas **condiciones preexistentes**, a cuyo efecto podría haber decidido aplicar una prima extra, en cuyo mérito se podría dar cobertura a **condiciones preexistentes** específicas, o también es posible que hubiera aplicado otras restricciones al seguro de salud. En caso que la **Aseguradora** hubiera aplicado alguna exclusión personal u otras restricciones a la **póliza** del **asegurado**, las mismas serán descritas en las **Condiciones Particulares**. Esto último implica que la **Aseguradora** no cubrirá ni será responsable por los costos de **tratamiento** relacionados a dichas **condiciones preexistentes**, los **síntomas** asociados a ellas, o cualquier situación que sea resultado de o esté relacionada con dichas **condiciones preexistentes**. De igual modo, la **Aseguradora** no cubrirá ninguna **condición preexistente** que el **asegurado** hubiera omitido declarar oportuna y debidamente durante el proceso de solicitud.
4. Si la **Aseguradora** decidiera no incluir en las **Condiciones Particulares** una exclusión personal o limitación, se interpretará que cualquier **condición preexistente** que el **asegurado** hubiera declarado expresamente en su solicitud goza de cobertura bajo la **póliza**, pero siempre en estricta sujeción y dentro del marco de lo previsto en la **Tabla de Beneficios** y a las limitaciones y exclusiones pactadas.
5. EXCLUSIONES GENERALES: Las exclusiones contenidas en los numerales 6 al 45 son aplicables de forma independiente respecto de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se tiene explicado con anterioridad.

Las exclusiones previstas en esta sección, y cualquier exclusión o limitación personal especificada en las **Condiciones Particulares**, no se encuentran cubiertas por la **Aseguradora**, la cual no estará obligada a reconocer beneficios cuando se presente alguna de las exclusiones y limitaciones señaladas en la presente sección, así como tampoco brindará cobertura para exclusiones y limitaciones que se encuentren consignadas en la **Tabla de Beneficios**, ni para las **condiciones preexistentes** que estén directamente relacionadas con:

- **condiciones preexistentes** no declaradas y cualquier complicación relacionada a dichas **condiciones preexistentes** a tiempo de contratar la **póliza** o sus renovaciones
- **enfermedades o dolencias y tratamientos** excluidos;
- gastos adicionales o incrementados que resulten de **enfermedades o dolencias y tratamientos** excluidos, y
- complicaciones que resulten de **enfermedades o dolencias y tratamientos** excluidos.

Los títulos y encabezados incluidos a continuación son referenciales y no definen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión o restricción señalada.

6. ADMISIÓN ELECTIVA AL **HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO**: La admisión electiva en un **hospital, clínica o sanatorio** por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la **Aseguradora**.
7. ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS Y/O CÉLULAS: Los costos por la extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos 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.

Nota: La **Aseguradora** cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del **tratamiento** de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.

8. **COSTOS RELACIONADOS AL TRASPLANTE:** 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.
9. **CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO:** Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o **tratamientos**, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la **póliza**.
10. **CLÍNICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.:** **Tratamientos** o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un **hospital**.
11. **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.
12. **CONTROL DE NATALIDAD:** Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planificación familiar, tal como consultas de la **asegurada** con su doctor para discutir el plan de embarazo.
13. **DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO:** Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los **beneficios cubiertos**.
14. **DESÓRDENES DEL SUEÑO:** **Tratamiento** para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.
15. **DISFUNCIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:** Consultas y **tratamientos** relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivadas de una condición cubierta bajo la **póliza**, y las enfermedades transmitidas sexualmente.
16. **EMBARAZOS NO CUBIERTOS:** Todo **tratamiento** a una madre o a un **recién nacido** relacionado con un embarazo no cubierto tal como se indica en la **Tabla de Beneficios**.
17. **ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS:** El **tratamiento** de, o que surja como resultado de, cualquier **enfermedad epidémica y/o pandémica**, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los **tratamientos** preventivos para, o relacionados con, cualquier **enfermedad epidémica y/o pandémica**.
18. **EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL:** Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la **Aseguradora**.
19. **EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES:** Cualquier examen médico o 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.
20. **GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN:** Los gastos de registro/administración en **hospitales** o instituciones similares (a menos que la **Aseguradora**, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).
21. **GASTOS EXCESIVOS:** Cualquier cantidad o gasto que exceda lo **usual, acostumbrado y razonable** por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del **tratamiento** que se ha recibido.

22. GASTOS RELACIONADOS CON **TRATAMIENTOS** NO CUBIERTOS: El **tratamiento** de cualquier lesión, **enfermedad o dolencia**, 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**, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**, o
  - (e) que se lleva a cabo en un **hospital**, pero para el cual no es **médicamente necesario** el uso de instalaciones hospitalarias.
23. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO Y SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a **enfermedades o dolencias**, así como lesiones auto infligidas por el propio **asegurado**, suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del **asegurado** por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier **accidente** o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.
24. 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 Titular** o sus **dependientes** participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el **asegurado** haya sido el provocador.
25. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA: La **Aseguradora** no pagará el **mantenimiento artificial de vida** dentro de una institución hospitalaria (independientemente de la causa: muerte cerebral, estado vegetativo persistente, coma, trauma, etc.), incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado, cuando no se espere que dichos **tratamientos** resulten en la recuperación del **asegurado** o en la restauración de su salud. La **Aseguradora** se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.
26. MATERNIDAD SUBROGADA: El **tratamiento** directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la **asegurada** actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el o la **asegurado(a)**. La maternidad a través de una madre de alquiler, donde una mujer acepta, por acuerdo, quedar embarazada con el objetivo de engendrar y dar a luz un niño (o niños) que posteriormente será(n) reconocido(s) como hijo(s) propio(s) de una pareja o de una persona soltera. Dicha figura no está regulada o permitida por la legislación boliviana. Sin embargo, la presente explicación se incluye para dar un mejor entendimiento a la causal de esta exclusión.
27. MEDICAMENTOS SIN RECETA: Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.
28. MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: 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.
29. ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES: Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles **enfermedades o dolencias** futuras.
30. PODOLOGÍA: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea **médicamente necesario**, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
31. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO: No se cubrirán **tratamientos** relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni **tratamientos** del desarrollo infantil. Los diagnósticos y **tratamientos** de autismo

quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**.

32. PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO NO RECONOCIDO O EN INSTALACIONES MÉDICAS NO RECONOCIDAS: **Tratamiento** realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o **tratamiento** realizado en instalaciones médicas no reconocidas.
33. 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**.
34. SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL: **Tratamiento** de **lesiones** que se produzcan mientras el **asegurado** se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.
35. TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía que no sea **médicamente necesaria** y **tratamiento** para alterar la apariencia del **asegurado** que sea considerada cosmética, tanto si se requiere o no por razones médicas o psicológicas.
36. TRATAMIENTO DE FERTILIDAD: **Tratamiento** para asistir en la reproducción, como:
  - fertilización in-vitro (IVF)
  - **transferencia** intratubárica de gametos (GIFT)
  - **transferencia** intratubárica de cigotos (ZIFT)
  - inseminación artificial (IA)
  - **tratamiento** de medicamentos recetados
  - traslado del embrión (de una ubicación física a otra)
  - gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen
37. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS: **Tratamientos** en cualquier institución gubernamental, cuando el **asegurado** es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.
38. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL: La **Aseguradora** no pagará por **tratamientos** o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La **Aseguradora** tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.

La **Aseguradora** no pagará por cualquier costo relacionado con **tratamientos** o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una **prueba clínica registrada** y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.
39. TRATAMIENTOS MAXILARES: **Tratamientos** del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta **póliza**.
40. TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO: Cualquier **tratamiento** relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo **tratamientos** realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al **tratamiento** de una condición cubierta bajo la **póliza**.
41. TRATAMIENTOS POR OBESIDAD: **Tratamiento** para o como resultado de la obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios**, sujetos a los términos y condiciones de la **póliza**. La cobertura para cirugía por obesidad está excluida para **asegurados** que ya hayan cumplido los sesenta (60) años de edad, y para **asegurados** que aún no han cumplido con el período de espera o carencia de dos (2) años de cobertura bajo la **póliza**.
42. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES: **Tratamiento** que haya sido realizado por algún médico o proveedor de servicios médicos que sea **cónyuge, conviviente, padre, madre, hermano(a), o hijo(a)** de cualquier **asegurado** bajo esta **póliza**.

43. TRASTORNOS REFRACTIVOS: **Tratamientos**, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
44. **Tratamientos** que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en [www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx](http://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx)
45. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO: No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o **tratamientos** psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la **hospitalización** sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

El texto anterior fue consensuado con el **Asegurado Titular** y es responsabilidad de la **Aseguradora**, encontrándose debidamente registrado y autorizado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS, en cumplimiento de la normativa vigente en Bolivia, en virtud de la Resolución No. 722-2016 del 3 de junio de 2016, bajo el Registro No. 201-934781-2016 05 025, Anexo de Modificaciones a las Condiciones Generales de la Póliza aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1737/2016 de fecha 5 de diciembre de 2016, Código No. 201-934781-2016 05 025 2001, y Cláusula de Modificaciones al Condicionado General aprobada mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1603/201 de fecha 27 de diciembre de 2017, Código 201-934781-2016 05 025 2002.