

OFERTA ESPECIALMENTE DISEÑADA PARA:

---

**COLEGIO FEDERADO DE INGENIEROS Y DE ARQUITECTOS DE COSTA RICA.**

**POLIZA COLECTIVA DE SALUD COLONES**

Código de Producto: P16-35-A06-212

CUBRIENDO LOS SIGUIENTES RIESGOS:

- Plan Médico Básico

“La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registradas ante la Superintendencia General de Seguros ([www.sugese.fi.cr](http://www.sugese.fi.cr)), de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d), de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-35-A06-212 con fecha 04 de Octubre del 2010 y P16-35-A06-212 con fecha 09 de Diciembre del 2010”.

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A., compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group tiene el gusto de presentar la siguiente cotización de Seguro Colectivo Salud en Colones ₡, cuyos términos y condiciones se especifican después de la introducción de la compañía.



Desde su fundación en Nueva Orleáns, Luisiana en 1911, cientos de miles de personas confían en la seguridad financiera que les brinda Pan-American Life. La experiencia y entendimiento multicultural de la compañía forman una base sólida para lograr un Puente entre las Américas. Con oficinas a través de los Estados Unidos y Puerto Rico, en colaboración con sus sucursales y afiliadas establecidas en Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, las Islas Caimán, Panamá, Curazao, Bonaire, San Martín, Santa Lucía y Trinidad y Tobago. Pan-American Life sostiene una consolidada tradición en América Latina.

El profesionalismo de Pan-American Life se fundamenta en el profundo compromiso de proveer a sus clientes los productos y el conocimiento que necesitan para asegurar su futuro a través de una compañía en la cual pueden confiar.

Consideramos oportuno informarles que nuestro Seguro Colectivo de Salud tiene

El éxito de Pan-American Life radica en su experiencia Centroamérica y filosofía conservadora de inversiones. Desde su fundación, Pan-American Life es sinónimo de confianza. Como una puerta de entrada a las Américas, la región Centroamérica es hogar para un gran número de asegurados de Pan-American Life en Latinoamérica. Esta región está conformada por Costa Rica, Guatemala, Honduras y El Salvador, siendo Pan-American Life uno de los principales proveedores de pólizas de seguro de vida y salud individuales y colectivas en la región. Como una de las principales proveedoras de seguros de personas, Pan-American Life es una fuente de protección y tranquilidad para sus asegurados.

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A. se encuentra inscrito en el Registro de Aseguradoras de la Superintendencia General de Seguros bajo el código A06. Este Registro está disponible al público en general en la dirección electrónica: [www.sugese.fi.cr](http://www.sugese.fi.cr)

La estabilidad y solidez financiera de Pan-American Life han sido reconocidas por agencias independientes evaluadoras de la industria:

- Calificación "A" (Excelente) con un pronóstico Estable de A.M. Best a Julio de 2016.

Dicha calificación es otorgada a las compañías que demuestran tener un sólido estado financiero, excelente desempeño operativo y afinado perfil empresarial según las normas establecidas y objetivas de Best.

- Calificación "A" (Estable) de Fitch Ratings a Junio de 2016

Dicha calificación es otorgada a las compañías que demuestran tener una fuerte capacidad para cumplir con las obligaciones contractuales de los asegurados.

Pan-American Life Insurance Group se complace en tener la oportunidad de poder proteger su mundo a base de soluciones financieras adaptables a sus necesidades.

*Confianza toda la Vida.*

varias ventajas adicionales que se resumen así:

## PORTAL DE INTERNET

Esta útil herramienta ha sido implementada para nuestros clientes de Seguro Colectivo, siendo uno de los mayores atractivos para realizar consultas en línea agilizando de esta forma el acceso a la información requerida. Con tan sólo visitar nuestra página de internet e ingresar su código de usuario y contraseña, Usted podrá acceder a la siguiente información:

- Información general del grupo
- Coberturas, Alternativas y Tarifas del grupo
- Información - Listados de asegurados, sus dependientes y beneficiarios
- Coberturas de asegurados
- Historia de pagos de prima

- Historia de reclamos pagados y pendientes
- Preguntas más frecuentes

## REEMBOLSO DE RECLAMOS POR TRANSFERENCIA

La indemnización de los reclamos por reembolso presentados por los asegurados será depositada en sus respectivas cuentas bancarias por medio de transferencia.

## ESTANDARES DE SERVICIOS

Tipo de Servicio	Estándar de Compromiso
Reembolso al asegurados por gastos médicos	Máximo 10 días hábiles del 90% de los casos para Transferencias SINPE y Máximo 20 días hábiles para pago mediante Cheques; una vez se reciba la documentación completa para procesar el reclamo

LIMITES MAXIMOS DE COBERTURA

COBERTURAS	PLAN BÁSICO Costa Rica
Máximo Anual Renovable por persona	₡1.000.000
Máximo Vitalicio para los cargos por servicios relacionados con el SIDA (Esta cantidad será el máximo aplicable a este beneficio durante el tiempo que el asegurado permanezca en la póliza)	₡150.000
Deducible Año Calendario Costa Rica	₡40.000
Porcentaje de Co-Aseguro Costa Rica	80%-20%
Aplicación de cobertura	Por reembolso

COBERTURAS SIN APLICAR DEDUCIBLE	PLAN BÁSICO Costa Rica
Consulta Médica Ambulatoria	Participación del asegurado ₡20.000 Máx. ₡45.000

COBERTURAS	PLAN BÁSICO Costa Rica
Estudios de diagnóstico (Laboratorios, Rayos X, RMI)	Máx. ₡300,000 al 80% por año póliza
Uso del Cuarto de Urgencias por Accidente o Enfermedad (Ver Listado de Enfermedades Critico Detalladas)	Máx. ₡200,000 al 80% por año póliza
Cirugía Ambulatoria	Máx. ₡500,000 al 80% por año póliza
Terapias Físicas (50 terapias anuales)	Máx. ₡15.000 al 80% c/u por año póliza.

Condiciones Catastróficas:

Se cubrirán 80% después de completar el deducible y coaseguros correspondientes todos aquellos gastos por o relacionados con los siguientes tratamientos o procedimientos: Hemodinámica, Neurocirugía, Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía de corazón abierto, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones (de acuerdo a lo indicado en el cuadro de beneficios), Trasplante de órganos, Politraumatismo, Casos de Oncología (Radio y Quimioterapia), Cuidado Critico Neonatal (de acuerdo a lo indicado en el cuadro de beneficios) y Exámenes de Resonancia Magnética.

**BENEFICIOS ESPECIALES**  
Coberturas al 80% - Hasta los Máximos Indicados

COBERTURAS AL 80% DESPUES DE CUBRIR EL DEDUCIBLE – POR REEMBOLSO	PLAN BÁSICO Costa Rica
Ambulancia Terrestre Local	¢50.000 al 80% por año póliza
Se incluyen Medicinas recetadas a pacientes no Hospitalarios	Máx. ¢300,000 al 80% por año póliza
<i>Control Ginecológico</i> 1. Examen de Papanicolaou y Consulta una vez al año. Aseguradas Titulares. 2. Examen de Mamografía preventiva aplica a partir de los 40 años de edad. Asegurada Titular.	Cobertura según usual razonable y acostumbrado al 80%
<i>Control Urológico</i> Examen PSA en Sangre, una vez al año solo para asegurados titulares mayores de 40 años	Cobertura según usual razonable y acostumbrado al 80%

**NOTAS DE IMPORTANCIA:**

1. No se cubren condiciones preexistentes durante los primeros 6 meses (Ver Detalle de Pre-existencias en las notas de importancia).
2. Revisar las notas detalladas en las paginas 7 & 8.

# SEGURO DE SALUD - RECLAMOS

---

## Reclamos por Rembolso

Debe darse aviso escrito de cualquier lesión o enfermedad que vaya a originar una reclamación a la Compañía a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la incapacidad que produjo la enfermedad.

Una vez que la Compañía reciba la documentación completa contará con un plazo de 30 días naturales para darle resolución. El asegurado podrá presentar el reclamo directamente en las oficinas de la Compañía o a través de las oficinas del CFIA y sedes regionales, al igual que en Régimen de Mutualidad del Colegio Federado y Arquitectos de Costa Rica. Los mecanismos previstos por la Compañía para el seguimiento de reclamos en trámite de resolución son los siguientes:

- Por teléfono al (506) 2204-6300
- Por fax al (506) 2204-7365
- Por correo electrónico a: [servicioalclientecr@palig.com](mailto:servicioalclientecr@palig.com)
- Directamente en nuestras oficinas centrales

# NOTAS IMPORTANTES

1. La información de carácter personal del grupo cotizado será tratada como información confidencial conforme a lo establecido en el artículo 6 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653.
2. Los mecanismos previstos por la Compañía para la recepción de quejas son los siguientes:
  - a) Por teléfono al (506) 2204-6300
  - b) Por fax al (506) 2204-7365
  - c) Por correo electrónico a: [servicioalclientecr@palig.com](mailto:servicioalclientecr@palig.com)
  - d) Directamente en nuestras oficinas centrales
3. En caso de que en la oferta del producto intervenga un intermediario de seguros, la queja podrá ser de igual forma canalizada a través de este. La Compañía se obliga a dar respuesta a la queja en un plazo no mayor a los 30 días naturales después de recibida.
4. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo sometido con base en la información anterior. El plazo para confirmar la aceptación del riesgo al Contratante será de 30 días naturales contados a partir del recibo de la documentación de emisión completa.
5. El Plan tiene una vigencia anual renovable. La Compañía tendrá la facultad de modificar las tarifas al aniversario de la póliza.
6. El pago de la prima del Plan puede ser efectuado directamente en las oficinas de la Compañía o por medio de depósito o transferencia a las cuentas de la Compañía. El pago debe ser efectuado en la misma moneda en que se emite la póliza.
7. Para colocar y mantener el plan vigente se deberán tener mínimo 10 asegurados principales aprobados. Si durante el año póliza se disminuye a menos de 10 asegurados, el Plan será cancelado previo aviso formal al Contratante con 31 días naturales de anticipación. Otras causales de terminación del contrato serán la falta de pago de las primas por parte del Contratante y el suministro por parte del Contratante o los asegurados de información falsa, inexacta, incompleta, engañosa o errónea.
8. Se requiere el 100% de participación del personal elegible para el seguro, de lo contrario la compañía se reserva el derecho de recotizar este programa en un período no mayor a 3 meses.
9. Las tarifas y condiciones presentadas fueron determinadas con base en la información y el censo proporcionada por el Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica. Cualquier actualización del censo, beneficios o condiciones facultará a la Compañía a reformular la oferta.
10. Las tarifas indicadas NO incluyen el beneficio de continuidad de pre-existencias o antigüedad.
11. Este grupo no requiere prueba de asegurabilidad, ni tarjeta de enrolamiento. El proceso de enrolamiento se efectúa por medio de carga masiva reportada por parte del asegurado y el intermediario.
12. Cualquier variación en el censo y la frecuencia de pago requerirá evaluación de tarifas y condiciones.

13. **CONDICIONES PRE-EXISTENTES:** Se refiere a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad, presente al momento de tomar el seguro, sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o aquella condición que según la experiencia médica indique que tal condición se inició antes de la fecha efectiva del seguro.
14. Este programa mantiene cobertura las 24 horas de día y los 365 días al año.
15. Panamerican cuenta con la línea de emergencias la cual podrán utilizar en horario extra laboral, fines de semana y feriados. Teléfono 2204-6300 Opción 1.
16. En caso de generar movimientos de altas o bajas en el programa, nos deben de remitir el listado para la facturación solamente con los colegiados vigentes para proceder con la facturación correspondiente.
17. Durante los primeros 6 meses de cobertura en el programa, se contará con acceso para atenciones en caso de accidentes. Posterior a este periodo se determina cobertura para atenciones médicas por enfermedad.
18. Considerar que las fechas de corte para la facturación del seguro, son los 20 de cada mes, en este caso cualquier movimiento de inclusión o exclusión que reporten antes de esta fecha se reflejará en la siguiente facturación. De lo contrario el movimiento se reflejará a la siguiente facturación de forma retroactiva.
19. Este contrato es anual renovable. Cada año se estará efectuando el análisis del comportamiento del programa y se podrán negociar cambios tarifarios o en beneficios según la experiencia del grupo. Las condiciones que puedan incidir en la negociación será la tendencia médica y el comportamiento de siniestralidad.



## ANEXO DE ACLARACIONES CONDICIONES GENERALES

Considerando que el condicionado general aplica de forma independiente para todos nuestros contratos colectivos de salud y este se encuentra inscrito ante el ente regulador, la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), no se pueden efectuar modificaciones. No obstante Pan American establece condiciones particulares según las necesidades y características de cada grupo, las cuales se detallan en el presente documento.

A continuación detallamos algunas aclaraciones relacionadas a las condiciones generales de nuestro programa de seguros:

- Entiéndase que el Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica no mantiene una naturaleza jurídica de empresa.
- En la cláusula de terminación de la póliza los plazos señalados y los porcentajes determinados en el inciso d, aplican para las terminaciones anticipadas del contrato. Recordemos que la vigencia del contrato es de un año y no aplicaría estas anotaciones, sin embargo el contratante tiene el derecho de terminar el contrato en cualquier momento aplicando lo señalado en esta cláusula (Página 24)
- Por la naturaleza del negocio, en cualquier sección de las condiciones generales en donde se refiera a empleado, trabajador o colaborador; entiéndase por Agremiado o Colegiado.
- En la sección de declaraciones falsas e inexactas, se menciona el dolo como una justificante para facultar a la aseguradora a efectuar ajustes en las condiciones contractuales, sin embargo este debe de ser demostrado y sustentado por la aseguradora. Esta redacción es prácticamente una copia del artículo de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros que indica que el asegurado tiene la opción de aceptar las nuevas condiciones o de lo contrario el asegurador procederá a cancelar la póliza.
- La elegibilidad de los colegiados en el programa de seguros dependerá de las disposiciones que establezca el Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos como parte de sus políticas para la inscripción como agremiados.

# SEGURO MEDICO - GENERALIDADES

1. Incluye medicinas recetadas a pacientes no hospitalizados.
2. Incluye el traslado del deducible por gastos incurridos durante los últimos tres meses del año calendario.
3. No se pagarán tratamientos de infertilidad, ni servicios médicos o quirúrgicos por la "fecundación in vitro".
4. Se incluye la Coordinación de Beneficios: En el caso de que el Asegurado tenga cobertura médica bajo otra u otras pólizas (Doble Cobertura o Pluralidad de Seguros), sea o no como asegurado principal, significará que cada uno de los planes de salud pagará conforme las circunstancias que dieron origen a la reclamación. La suma de las indemnizaciones pagaderas por esta Póliza y cualquier otra póliza de seguros será coordinada y proporcional entre ambas, de manera que el total pagado no sobrepase el total de los gastos elegibles en esta Póliza.
5. Tratamientos prolongados: Según las condiciones usuales de nuestros contratos el reembolso de los tratamientos prolongados de medicamentos se efectuará mes a mes, no se paga el tratamiento completo. Sin embargo para este contrato estaremos aplicando como excepción comercial el pago de los tratamientos continuos en un solo reclamo, hasta los límites señalados en el cuadro de beneficios. Deben de presentar copia de la receta médica con la indicación del periodo del tratamiento, copia del formulario completo por el médico, formulario original completo por el asegurado y factura original y desglosada. La receta médica debe de renovarse cada 6 meses. Es importante aclarar que esta excepción comercial podría eliminarse si vemos que el comportamiento del programa está sufriendo un impacto negativo en su siniestralidad a causa de esta medida.
6. Es importante considerar que el pago de las fisioterapias se efectuará una a una vía reembolso, esto con el objetivo de que el cobro de efectúe una vez incurrido cada gasto.
7. La póliza es no-ocupacional y/o ocupacional para el asegurado principal.
8. Listado de Enfermedades cubiertas en cuarto de Urgencias: crisis hipertensiva, mordedura de animales, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), dolor abdominal agudo, enfermedades del sistema respiratorio con fiebre alta continua en menores de 6 años, crisis asmática, pérdida de conocimiento u obnubilación, cólico biliar, esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, heridas cortantes, punzocortantes, contusas y por arma de fuego; hemorragias, intoxicación aguda, cólico nefroureteral, trombosis, vómito y/o diarreas severas, convulsiones, reacción alérgica aguda, retención aguda de orina, cuerpo extraño en ojos, nariz, garganta y oídos; infarto del miocardio, deshidratación, episodios neurológicos agudos, estados de choque (shock) de cualquier orden, coma, insuficiencia respiratoria severa.
9. Condiciones Catastróficas: Se cubrirán al 80% después de completar el deducible correspondiente todos aquellos gastos por o relacionados con los siguientes tratamientos o

procedimientos: Hemodinámica, Neurocirugía, Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía de corazón abierto, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones (de acuerdo a lo indicado en el cuadro de beneficios), Trasplante de órganos, Politraumatismo, Casos de Oncología (Radio y Quimioterapia), Cuidado Critico Neonatal (de acuerdo a lo indicado en el cuadro de beneficios) y Exámenes de Resonancia Magnética.

10. En cuanto a la secuencia en que se aplicarán el deducible y co-aseguro, en combinación con la suma asegurada, al momento de pagar un reclamo, primero se aplicará el deducible, seguido por el co-aseguro una vez consumido el deducible.

# EXCLUSIONES

## SEGURO DE SALUD

La Compañía no pagará beneficios por ningún gasto, cargo o costos por servicios médicos u hospitalarios, causados por o que se deban a, o que resulten de:

1. Todos los beneficios, equipos de alta tecnología y tratamientos que no estén específicamente incluidos en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza, al igual que sus complicaciones, secuelas y/o lesiones resultantes.
2. Gastos incurridos por una enfermedad, lesión, tratamiento, atención o servicio médico, mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o posteriores a la fecha de terminación de la póliza, aún cuando la incapacidad se haya iniciado durante la vigencia de la misma. Sí estarán cubiertos los gastos por tal incapacidad cuando esta inicie durante la vigencia de la póliza, pero dichos gastos serán cubiertos hasta la fecha de vencimiento de la póliza.
3. Cualquier reclamo en donde se compruebe que el Asegurado y/o el Contratante omitió información o hizo declaraciones falsas, incompletas o inexactas en la prueba de asegurabilidad, tanto del Asegurado Principal como de sus dependientes.
4. Cualquier servicio realizado para tratar condiciones preexistentes con período de carencia, según lo establecido en el Cuadro de Beneficios.
5. Gastos correspondientes a vacunas, con excepción de los indicados en el Cuadro de Beneficios y cualquier gasto de un procedimiento, estudio o tratamiento considerado como experimental, investigativo o preventivo.
6. Gastos o servicios por procedimientos médicos innovadores de alta tecnología no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto la Compañía analice su inclusión en las coberturas de la póliza y determine el costo requerido en caso de ser autorizados.
7. Lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de participar en actos o actividades delictivas, guerra o acción de guerra, declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, prestar servicio en una unidad policial o militar así como en aquellos grupos fuera de la ley.
8. Lesión o enfermedad causada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura o mientras se encuentre bajo los efectos de embriaguez o de drogas ilícitas, uso impropio de cualquier droga recetada por un médico o resultante de la adicción a cualquiera de tales drogas.
9. Aquellos servicios médicos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno ya sea estatal, departamental, municipal o cualquier subdivisión política, u otros en los que al Asegurado no se le exija pagar o cuando un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del

asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual. No obstante el Asegurado de esta póliza se encuentre también cubierto por la seguridad social, este podrá elegir ser tratado en un centro médico privado, en cuyo caso tales servicios amparados estarán cubiertos en los términos indicados en esta póliza.

10. Por epidemias declaradas por el Ministerio de Salud, o bien de la entidad homóloga en cualquier otro país donde el Asegurado se encuentre y sea contagiado. Los casos tratados antes de la declaratoria y posteriores al levantamiento de la declaratoria tendrán cobertura bajo esta póliza. (Declaratoria se refiere a la oficialización de la enfermedad como una epidemia).

11. Gastos incurridos en establecimientos públicos o privados ubicados en países que se encuentren bajo un embargo económico autorizado y reconocido por la Organización de las Naciones Unidas u otro organismo Centroamericano por el Gobierno de los Estados Unidos de América.

12. Hospitalizaciones y servicios prestados en hospitales o centros de cirugía ambulatorios para procedimientos que puedan realizarse en el consultorio médico y/o de manera ambulatoria.

13. Cuidados de custodia, mantenimiento preventivo o de rutina, curas de reposo o de convalecencia o casa de rehabilitación para cualquier condición.

14. Gastos por alimentación ambulatoria, alimentación parenteral o enteral, drogas o medicinas no recetadas, remedios, vendajes, jeringas, instrumentos o utensilios, suplementos alimenticios, vitaminas o minerales.

15. Gastos relacionados al diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual, incluyendo, pero no limitándose a la Queratotomía, Queratoplastia, Queratomeulosis, Queratocono, y Excímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. Asimismo, los relacionados a la habilitación de lentes o cualquier otro tratamiento innovador para corregir defectos de la visión. Aquellos que se deban a tratamientos dentales y de las encías, con excepción de lo indicado en el apartado IV, Inciso a, Servicios Cubiertos, numeral a.5 Servicios dentales derivados de una lesión accidental.

17. Gasto o cargo por tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular (ATM), desórdenes cráneo mandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura Temporomandibular (ATM), así como la cirugía maxiofacial de cualquier origen estético o congénito, incluyendo la parte odontológica.

18. Servicios o tratamientos relacionados con el cambio o modificación del género o sexo o reversión de los mismos.

19. Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales; embarazos logrados por inseminación artificial, incluyendo implantación de embriones In Vitro y transferencias de embrión. Embarazos logrados a base de terapia hormonal, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares relacionados directa o

indirectamente. No se pagará ningún cargo por servicios relacionados a estos tipos de embarazos, tratamientos, terapias, procedimientos o intervenciones, ni tampoco los cargos relacionados con sus consecuencias y/o las complicaciones asociadas con estos y secuelas directas o indirectas, tales como: hemorragias o pérdida de productos (abortos, fetos o recién nacidos).

20. Cualquier medicamento utilizado para el control de la natalidad, aunque éste fuere recetado con fines terapéuticos, tales como: anticonceptivos orales, parenterales, materiales o dispositivos anticonceptivos o similares y los abortivos.

21. Tratamientos para revertir una esterilización masculina (Vasectomía) o femenina (Salpingectomía o ligadura de trompas); y cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual, aparatos, medicamentos o cualquier tratamiento utilizado para este propósito.

22. Tratamiento y/o estudio de una enfermedad transmitida sexualmente, excepto el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios.

23. Lesión corporal accidental o enfermedades a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, alpinismo y/o equivalente, aviación (excepto cuando se encuentre viajando, únicamente como un pasajero en una línea aérea de vuelos regulares y comerciales), incluyendo planear y saltar en paracaídas o cualquier otro deporte de altura o aéreo, deportes de invierno, carreras de caballos, motonetas o motocicletas y todo tipo de competencia de velocidad, excepto las pedestres; actividades submarinas que involucren el uso de aparatos para respirar y esquí acuático (todo deporte considerado como extremo).

24. Terminación electiva del embarazo, aborto legal y sus complicaciones inmediatas y posteriores.

25. Estudios y tratamientos para trastornos del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo, obesidad, control de peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio.

26. Consultas médicas o cualquier servicio médico a domicilio salvo las explícitamente aprobadas por la Compañía.

27. Gastos incurridos por un donante de órgano y cualquier costo por la compra de un órgano. Tampoco se cubrirá la investigación, exámenes, estudios, de donantes potenciales.

28. Aquellos de cirugía estética o cirugía reconstructiva o sus complicaciones; gastos por estudios y tratamientos para el uso de la hormona del crecimiento, tratamientos de podiatría, aparatos de soporte para los pies, juanetes, callos o uñas encarnadas, excepto aquellas que demuestren carácter infeccioso.

29. Gastos por reposición de cualquier prótesis fija o removible y prótesis externas o implantables del oído, incluyendo todo tipo de audífonos.

30. Gastos por atención suministrada o servicios proporcionados por médicos y enfermeras tituladas que sean parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquier otro que conviva con la persona asegurada.

31. Servicios o suministros de uso común en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, estuches para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas antialérgicas y ortopédicas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias.

32. Consultas o terapias por psicólogos, fonoaudiólogos y aquellas que se deban a enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales.

33. Gastos de maternidad y sus complicaciones si las hubiese de hijas, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del Asegurado.

34. Gastos por servicios médicos a consecuencia de accidentes ocupacionales de los cónyuges y dependientes elegibles. Este producto no mantiene cobertura para los dependientes (Conyuge e Hijos) de los colegiados inscritos en el programa.

