

COBERTURAS

- **HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:**

Esta cobertura se otorga para atenciones y/u hospitalizaciones en el Perú y en el extranjero:

- a) Habitación estándar unipersonal o bipersonal (no suite), y alimentación (incluyendo dietas especiales, en un hospital o clínica legalmente establecida).
- b) Sala de operaciones, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopo, radio fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.
- c) Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario o ambulatorio, por ayudantía y por anestesista.

- **CENTRAL DE EMERGENCIAS Y ASISTENCIAS:**

El presente beneficio incorpora los siguientes:

- a) **MEDICO A DOMICILIO: ATENCION AMBULATORIA PARA MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES:**

Las atenciones de Médico a domicilio se otorgarán exclusivamente para enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones ambulatorias de su Plan de Beneficios.

En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse llamando a nuestras centrales telefónicas de acuerdo a lo indicado en su Plan de Beneficios.

La COMPAÑÍA coordinará el envío de un médico general o especialista según las características ofertadas en su Plan de Beneficios.

Las citas con su Médico Tratante del Staff médico de la Central de Emergencias y Asistencias también podrán ser programadas con anticipación a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado.

- b) **TRASLADO TERRESTRE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA:**

Cubre los gastos por traslado en la ambulancia terrestre, únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser trasladado a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, y no lo puede hacer por sus propios medios, previa certificación médica.

El ámbito de cobertura geográfica está especificado en el Plan de Beneficios.

Se deja constancia que el otorgamiento de ésta no implica la emisión de un certificado médico de atención.

c) TRASLADO AEREO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA:

Cubre los gastos por traslado aéreo nacional e internacional según lo indicado en el Plan de Beneficios. El Beneficio será otorgado únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser trasladado al centro hospitalario más cercano que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, y no puede trasladarse por sus propios medios, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse respecto al otorgamiento de esta cobertura dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haber recibido la documentación médica que justifique el uso de esta cobertura. **Esta cobertura no contempla los gastos incurridos para el retorno del ASEGURADO y su acompañante.**

Se cubre el traslado de sólo un (1) acompañante.

d) ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA: SERVICIO DE AMBULANCIA:

Servicio de unidades móviles para la atención de emergencias a domicilio, dentro del ámbito geográfico indicado en su Plan de Beneficios, durante las 24 (veinticuatro) horas y todos los días del año, por emergencia médica o emergencia accidental, sin aplicación de deducible o copago alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados. **No podrán gozar de este beneficio los ASEGURADOS que hayan contratado la Condición Especial Deducible Mayor Anual Adicional.**

Se deja constancia que el otorgamiento de ésta no implica la emisión de un certificado médico de atención.

e) ORIENTACION MÉDICA TELEFÓNICA:

La Central de Emergencias y Asistencias es una exclusiva central de Asistencia Telefónica, diseñada especialmente para atender a los ASEGURADOS de la COMPAÑÍA las 24 (veinticuatro) horas del día, todos los días del año. Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro o en su Plan de Beneficios y nuestro personal atenderá sus consultas.

No se cubren medicamentos, exámenes auxiliares o certificados de atención.

- **GASTOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS: ACCIDENTALES Y NO ACCIDENTALES:**

Ampara al 100% (cien por ciento) los gastos ambulatorios de Emergencias Médicas Accidentales, incurridos durante las primeras 48 (cuarenta y ocho) horas de ocurrida la emergencia, siempre que el ASEGURADO no requiera hospitalización, en cuyo caso serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de la cobertura de tratamiento hospitalario.

Los controles posteriores de una emergencia accidental ambulatoria, serán cubiertos al 100% (cien por ciento) siempre que se continúe el tratamiento en la misma clínica y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días.

En los casos de emergencias médicas no accidentales, los gastos serán cubiertos como atención ambulatoria y/o hospitalaria según sea el caso de acuerdo a las condiciones establecidas en el Plan de Beneficios.

- **MATERNIDAD:**

Este beneficio no podrá ser utilizado por ningún concepto durante los primeros 18 (dieciocho) meses de vigencia del Seguro por encontrarse en periodo de espera, por lo tanto, todos los gastos efectuados durante ese periodo no serán cubiertos.

Gozaran de este beneficio las mujeres ASEGURADAS sea TITULAR o DEPENDIENTE, que se encuentren inscritas por un periodo mínimo de 18 (dieciocho) meses consecutivos.

Este Beneficio cubre los gastos de aborto terapéutico y/o amenaza de aborto y cualquier clase de parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido mientras la madre se encuentre hospitalizada a consecuencia del parto, hasta los límites especificados en el Plan de Beneficios.

Los gastos por concepto de Controles Pre Natales, Post Natales y Control de Niño Sano, se encuentran cubiertos según lo indicado en el Plan de Beneficios, bajo la cobertura del Beneficio de Maternidad.

Los Gastos relacionados con embarazo, maternidad y sus complicaciones se limitarán a las condiciones estipuladas en el Plan de Beneficios (Beneficio de Maternidad).

- **ODONTOLOGIA:**

El Beneficio Odontológico cubre de acuerdo a las condiciones estipuladas en el Plan de Beneficios, lo siguiente:

- a) Examen oral inicial.
- b) Radiografías.

- c) Profilaxis general.
- d) Flúor y sellantes (hasta los 12 años).
- e) Restauraciones:
 - Amalgamas.
 - Resina.
 - Resina con luz alógena.
 - Terapia Radicular (endodoncia).
 - Pulpectomía.
 - Apiceptomía.
- f) Extracciones.

Para gozar del Beneficio Odontológico, se requiere haber estado asegurado en la Póliza, un mínimo de dos (2) meses consecutivos.

- **OFTALMOLOGIA:**

Cubre un examen de medición de vista una vez al año durante la vigencia de la presente Póliza para cada ASEGURADO, únicamente en los centros oftalmológicos incluidos en el Plan de Beneficios.

- **GASTOS DE SEPELIO:**

En caso de fallecimiento de un ASEGURADO a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza, se pagarán los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, nicho perpetuo, cremación, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

La solicitud de cobertura de sepelio podrá realizarse por un tercero quien deberá llamar a la funeraria que figura en el Plan de Beneficios, a la cual le deberá presentar el Certificado de Defunción respectivo.

El proveedor del Servicio solicitará a la ASEGURADORA una Carta de Garantía presentando el Certificado de Defunción y el presupuesto elegido. **La Carta de Garantía será expedida por la ASEGURADORA en el más breve plazo, el mismo que no excederá de veinticuatro (24) horas de presentada la solicitud, siempre y cuando se cuente con toda la información requerida.**

Esta cobertura se presta en la modalidad de crédito.

El límite y las condiciones de este beneficio es el señalado en el Plan de Beneficios de esta Póliza.

- **ONCOLOGÍA:**

Todos los ASEGURADOS gozarán de la cobertura integral para casos de cáncer, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Beneficios.

Cubre los gastos por diagnóstico clínicos y terapéuticos, así como tratamientos y cirugías incurridos en un centro médico especializado para tratamiento del cáncer.

Para la evaluación de los procedimientos y medicamentos relacionados al tratamiento del cáncer se tomará como referente las guías aprobadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), los mismos que además deben estar sustentados en Medicina Basada en Evidencia Nivel "II A" o mayor. Para la cobertura de terapia en fase de investigación en cáncer se dará cobertura para los estudios clínicos (Clinical Trials) de fases II y III, en este caso la COMPAÑÍA otorgará una cobertura con un deducible igual al beneficio detallado en el Plan de Beneficios, con un copago a cargo del ASEGURADO del 40% (cuarenta por ciento).

El beneficio de Oncología incluye la cobertura de reconstrucción mamaria bajo las condiciones especificadas en el Plan de Beneficios.

- **ENFERMEDADES CONGENITAS DEL RECIEN NACIDO:**

Cubre los tratamientos ambulatorios y hospitalarios para todos los hijos nacidos bajo la vigencia de la Póliza y cuyo nacimiento fuera amparado por la misma, y que hayan sido inscritos en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de su nacimiento.

El amparo de la cobertura considera la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10).

- **ENFERMEDADES CONGENITAS NO CONOCIDAS:**

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades congénitas no conocidas por el ASEGURADO, siempre que no hayan sido diagnosticadas y no resueltas (es decir, siempre que no sean consideradas enfermedades preexistentes) antes de la presentación de la Solicitud de Seguro o Declaración Personal de Salud.

El amparo de la cobertura considera la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10).

- **PROTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS:**

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidente y/o enfermedad que las requieran, de acuerdo a las condiciones señaladas hasta el límite indicado en el Plan de Beneficios. **No se cubren prótesis dentales, aunque sean consecuencia de un accidente.**

- **TRASPLANTE DE ORGANOS:**

Cubre los gastos ambulatorios u hospitalarios del ASEGURADO y gastos médicos por servicios prestados al donante y cuando se trate de trasplante de los siguientes órganos y/o tejidos: Corazón, Córnea, Hígado, Médula Ósea, Páncreas, Pulmones y Riñón. El beneficio máximo de gastos cubiertos será el indicado en su Plan de Beneficios.

- **SEGURO DE PRIMAS:**

En caso falleciera el ASEGURADO TITULAR a consecuencia de una enfermedad y/o accidente amparado por esta Póliza, la COMPAÑÍA mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los ASEGURADOS DEPENDIENTES inscritos a la fecha del fallecimiento en la presente Póliza, por el periodo de un (1) año desde ocurrido el fallecimiento. Para tal efecto, se deberá presentar el Certificado de Defunción y para caso de muerte accidental Atestado Policial y Certificado de Necropsia con resultados toxicológicos.

De igual forma, en caso de desamparo súbito familiar, al fallecimiento a consecuencia de un accidente en un mismo evento del ASEGURADO TITULAR y ASEGURADO DEPENDIENTE detallado en el literal a) del numeral 23.2. de la Cláusula Vigésimo Tercera (cónyuge o concubino), la COMPAÑÍA mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los ASEGURADOS DEPENDIENTES inscritos a la fecha del fallecimiento, por el periodo de dos (2) años desde ocurrido el fallecimiento. Para tal efecto, se deberá presentar el Atestado Policial y Certificado de Necropsia con resultados toxicológicos.

- **ENFERMEDADES EPIDEMICAS:**

Tienen cobertura todas las enfermedades epidémicas, y serán cubiertas hasta el límite indicado en el Plan de Beneficios según cobertura ambulatoria y/u hospitalario.

- **CONSULTA DE SEGUNDA OPINION POR CIRUGIA:**

En caso el ASEGURADO requiera ser sometido a una intervención quirúrgica, la COMPAÑÍA cubrirá al 100% (cien por ciento), el costo de una segunda consulta por un médico especialista, sin perjuicio del resultado del segundo diagnóstico.

- **COBERTURA DE CRIOPRESERVACION DE CELULAS MADRE:**

Cubre el Servicio de Criopreservación de células madre del cordón umbilical al crédito (incluye extracción y almacenamiento el primer año), según las condiciones y en los Centros Médicos especificados en el Plan de Beneficios.

- **PIERNAS O BRAZOS ARTIFICIALES:**

Este beneficio cubre brazos o piernas artificiales por ASEGURADO por única vez de por vida, según las condiciones especificadas en el Plan de Beneficios.

Este beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos o piernas artificiales serán cubiertos cuando el ASEGURADO es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el ASEGURADO no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al ASEGURADO caminar normalmente).

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas dentro de la Suma Asegurada de la cobertura detallada en el Plan de Beneficios, siempre que estén dadas por única vez de por vida, solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta dentro de la Suma Asegurada de la cobertura detallada en el Plan de Beneficios, siempre que estén dadas por única vez de por vida, solamente cuando se dan cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos o piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por la COMPAÑÍA.

- **DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS NO PRACTICADOS PROFESIONALMENTE :**

Este beneficio cubre las lesiones sufridas a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera NO profesional, y siempre y cuando no hayan sido practicados o desarrollados en una competencia deportiva y siempre que no haya remuneración, compensación alguna y/o premio, por la práctica de estos, y de acuerdo al límite y cobertura estipulados en el Plan de Beneficios: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, ski-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.

- **SIDA:**

Las enfermedades causadas o relacionadas con el Virus HIV positivo, serán cubiertas como hospitalización y/o ambulatorio, de acuerdo al límite y cobertura estipulados en el Plan de Beneficios.

- **PROGRAMA CUÍDATE:**

Es un programa que cubre el tratamiento y control médico de los diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, asma y dislipidemia, de acuerdo a las condiciones indicadas en el Plan de Beneficios. El programa incluye: educación, exámenes auxiliares, seguimiento y medicamentos, según lo prescrito por el médico tratante del Programa. El ingreso al programa es voluntario, previa evaluación por parte de la COMPAÑÍA y bajo las condiciones del Programa.

La presente cobertura solo cubre medicamentos y exámenes auxiliares disponibles en laboratorio según lo prescrito por el médico tratante del Programa Cuídate.

Las complicaciones de los diagnósticos atendidos por el Programa Cuídate se cubren según condiciones ambulatorias y/u hospitalarias establecidas en el Plan de Beneficios.

Los lugares de atención y condiciones son los que la COMPAÑÍA establezca para otorgar dicho beneficio y detallados en el Plan de Beneficios.

- **VACUNAS:**

Se encuentran cubiertas hasta los límites y condiciones indicadas en el Plan de Beneficios.

- **CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO:**

Ampara la cobertura de chequeo médico preventivo una vez por vigencia y por año, diseñado de acuerdo a la edad y sexo del ASEGURADO. El beneficio cubierto se encuentra detallado en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

Si la ASEGURADORA reconoce y brinda alguna cobertura y luego de las investigaciones y revisiones realizadas se considera que la cobertura otorgada correspondía a un evento expresamente excluido por la presente Póliza, la COMPAÑÍA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto, y corresponderá el rechazo de las coberturas, de acuerdo al procedimiento descrito para tal efecto, en tanto las causales de rechazo del siniestro sean conocidas por LA ASEGURADORA con posterioridad a la presentación del siniestro.

BENEFICIOS ADICIONALES

Los Beneficios Adicionales serán indicados en el Plan de Beneficios, los cuales constituyen una liberalidad de la ASEGURADORA, los mismos que pueden variar durante la vigencia de la Póliza y no disminuye el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El ASEGURADO podrá disponer de los siguientes Beneficios Adicionales a partir del inicio de vigencia de la Póliza.

- **DESCUENTOS EN ENFERMEDADES PREEXISTENTES:**

Descuentos preferenciales en diagnósticos de enfermedades preexistentes no cubiertas por la presente Póliza, los cuales se brindan en la Clínica Internacional. Para la aplicación del presente beneficio, el ASEGURADO asumirá el 100% (cien por ciento) de los gastos y deberá regirse por las políticas de pago de la Clínica Internacional. El detalle del beneficio se encuentra establecido en la página web: www.rimac.com.pe.

- **PROGRAMA DE DESCUENTOS Y BENEFICIOS RIMAC:**

Descuentos y beneficios especiales por ser cliente de la ASEGURADORA en productos y servicios de los establecimientos afiliados. El detalle de estos descuentos se encuentran establecidos en la página web: www.rimac.com.pe.

- **ASISTENCIA EN VIAJES:**

Los Beneficios de Asistencia en Viajes que podrá otorgar la ASEGURADORA bajo la presente Póliza se encuentran establecidos en el Plan de Beneficios y en el documento denominado "Manual de Uso" que se entregará, al tiempo de entrega de la Póliza de Seguros.

Las modificaciones y/o retiro de los beneficios descritos en el presente Artículo, durante la vigencia de la presente Póliza, serán puestos en conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO a la renovación de la vigencia por medio del Plan de Beneficios en la cual se establecerá la lista actualizada de los beneficios otorgados. Del mismo modo, estas modificaciones serán publicadas a través de la página web de la ASEGURADORA (www.rimac.com).

EXCLUSIONES

La presente Póliza no cubre causas, consecuencias ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubierto por esta Póliza, así como los gastos relacionados con lo siguiente:

- a. **Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas de acuerdo al CIE-10, dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos de ASEGURADOS DEPENDIENTES cuyo nacimiento fuera amparado por la Póliza y que fueran inscritos en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de su nacimiento.**
- b. **Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.**
- c. **No se cubren estudios o pruebas genéticas.**
- d. **Las enfermedades y/o condiciones preexistentes al inicio de cobertura del presente seguro, conforme lo señala el artículo 14° precedente.**
- e. **Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicósomático).**
- f. **Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en el Plan de Beneficios.**
- g. **Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueran cubiertos por esta Póliza. No están cubiertas las cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre el tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos, escleroterapia en várices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso.**
- h. **Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por la COMPAÑÍA.**

- i. Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental médico para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil y CPAP), audífonos e implante coclear a excepción de prótesis quirúrgicas internas. No se cubre el estudio de Polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de Apnea obstructiva del sueño, Narcolepsia o Insuficiencia Cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.**
- j. No se cubre la adquisición de los siguientes equipos médicos durables: oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas.**
- k. No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o no sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia “II A” (ver definiciones). No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de periodo de prueba o investigación**
- l. Adquisición de monturas, cristales, resinas y lentes de contacto, así como todo tratamiento médico o cirugía correctiva de vicios de refracción: miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. No se cubren las complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.**
- m. Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultantes del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos.
En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr./Lt. en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.**

- n. Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al ASEGURADO.**
- o. Compra de Sangre y derivados, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertas las pruebas de donantes para su utilización de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas por su necesidad médica**
- p. Los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente transfundidas.**
- q. Están excluidos los gastos por el concepto de compra de órganos.**
- r. Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología y cambio de sexo.**
- s. Evaluaciones ni tratamientos por insuficiencia o sustitución hormonal, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa, bulimia y los derivados de los anteriormente descritos.**
- t. Todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad y raquitismo, así como los tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso, y los derivados o consecuencia de los anteriormente descritos.**
- u. Cuidado de enfermeras especiales, a excepción de las primeras 48 (cuarenta y ocho) horas posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con la COMPAÑÍA.**
- v. Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.**
- w. Vitaminas, minerales, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos); leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal); tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, psicotrópicos, nootrópicos, estimulantes cerebrales, suplementos proteicos, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas fórmulas magistrales o suplementos nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.**

- x. **Vacunas no especificadas en el Plan de Beneficios, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoglobulina e inmunoterapia.**
- y. **Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y nutricionistas. Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud.**
- z. **Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration-USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.**
- aa. **Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo y callos.**
- bb. **Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza y la cobertura de Odontología descrita en el artículo 28.5. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis o implantes dentales con los que contaba el ASEGURADO.**
- cc. **Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.**
- dd. **Lesiones o enfermedades producidas en actos de guerra, revoluciones, participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.**
- ee. **Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional , y no profesional cuando haya sido practicada o desarrollada en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard,**

trekking, surf, windsurf, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.

- ff. La Circuncisión ni Postectomía, salvo en los siguientes diagnósticos debidamente documentado en la historia clínica: Fimosis adquirida, Parafimosis, Balanopostitis recurrente, e infección del tracto urinario, y salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura de esta Póliza, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendarios desde el nacimiento.**
- gg. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.**
- hh. No se cubre sepelio de los no-natos.**
- ii. Lesiones producidas voluntariamente por el ASEGURADO o en estado mental insano del ASEGURADO o suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.**
- jj. En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, gastos de terceros, aire acondicionado (a excepción de lo señalado en el artículo 28, inciso 28.1).**