

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
ANEXO 2. EXCLUSIONES**

N° de póliza: 01 16 ING 000005 00

**Tomador del Seguro: COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE  
COSTA RICA (PLAN VOLUNTARIO)****I. RIESGOS EXCLUIDOS PARA TODAS LAS COBERTURAS, EXCEPTO EN EL CASO DE LA COBERTURA DE MUERTE.**

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados por y/o a consecuencia de:

1. Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado o en los que no existió la acción repentina de un agente externo.
2. Accidentes ocurridos al Asegurado, con o sin intención, cuando este último se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas o estupefacientes.
3. Accidentes donde el Asegurado conduzca un vehículo y no cuente con la licencia habilitante (independientemente si se encontrase en la vía pública o no).
4. Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves mientras se encuentre desempeñando sus funciones laborales.
5. El accidente o enfermedad sufrido por el Asegurado como consecuencia de la comisión o tentativa de delito doloso en que el mismo sea el sujeto activo.
6. Guerra internacional declarada o no, guerra civil, invasión, terrorismo, insurrección, participación activa en alteraciones del orden público, servicio militar, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual el Asegurado esté participando.

**II. GASTOS EXCLUIDOS****1) Para todas las coberturas.**

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o a consecuencia de:

1. Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo.
2. Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en el Anexo de Coberturas si fue suscrita la Cobertura de Preexistencias y de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares.
3. Chequeos médicos.

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
ANEXO 2. EXCLUSIONES**

4. **Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato.**
5. **Tratamientos experimentales.**
6. **Trastornos, enfermedades mentales y/o tratamientos por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo.**
7. **Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio).**
8. **Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos, por sobrepeso, bajo peso, obesidad u obesidad mórbida, incluyendo las cirugías bariátricas, así como las enfermedades que directa y únicamente tengan como origen estas condiciones o padecimientos.**
9. **Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.**
10. **Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, así como sus efectos secundarios.**
11. **Métodos anticonceptivos no quirúrgicos.**
12. **Vitaminas, vacunas y medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico tomados en forma preventiva.**
13. **Energizantes y/o suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico**
14. **Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastía; se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.**
15. **Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.**
16. **Consultas y/o tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes y lentes de contacto y cualquier complicación provocada por éstos. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.**
17. **Gastos por consultas y/o tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente. En el caso de accidentes dentales se cubren únicamente reemplazos de piezas dentales naturales.**
18. **Gastos por consulta y/o tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, craneomandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión craneomandibular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
ANEXO 2. EXCLUSIONES**

19. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad.
20. Consultas y/o tratamientos podiátricos (que sean para el cuidado de los pies).
21. Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.
22. Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.
23. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo ostopenia y osteoporosis.
24. Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionado con ello.
25. Implantación de embriones in vitro y transferencias de embrión; embarazos logrados por inseminación artificial. 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).
26. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil.
27. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio o reversión de sexo.
28. Infecciones de transmisión sexual (venéreas).
29. Enfermedades por el virus del papiloma humano.
30. Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones.
31. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
32. No se cubrirá ningún tipo de gastos médicos realizados y/o pre escritos por el Asegurado para sí mismo, relacionados con cirugías, procedimientos, exámenes, medicamentos, consultas o suministros, así como tratamientos de fisioterapia y/o rehabilitación.
33. No se cubrirá los honorarios por consulta médica, aplicación de tratamientos y/o cualquier procedimiento quirúrgico, suministros, tratamientos de fisioterapia y/o rehabilitación, realizados por profesionales médicos que tengan una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado con el Asegurado, tampoco se cubrirá los gastos citados anteriormente si el Asegurado tiene una relación comercial, como , pero no limitada a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.

SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
ANEXO 2. EXCLUSIONES

34. Tratamientos y/o cirugías no reconocidos por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales.
35. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros médicos, que no sean del Instituto.
36. No se ampara ninguna lesión sufrida en la práctica de cualquier deporte en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada. Asimismo no se cubrirá ningún tipo de accidente por la práctica de deportes donde se utilicen vehículos acuáticos con motor.

**2) Riesgos excluidos por Cobertura****• Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad (Gastos Ambulatorios)**

Se excluye de esta cobertura los siguientes servicios y/o tratamientos:

- a. Cirugías ambulatorias.
- b. Consultas médicas relacionadas por maternidad.
- c. Vacunas.
- d. Alquiler o compra de equipo médico o de apoyo al paciente
- e. Uso de sala de operaciones por cualquier tipo de intervención quirúrgica
- f. Tratamientos de fisioterapia y/o terapias afines. Consultas de nutrición, terapias alternativas.
- g. Cuidados a domicilio por personal de enfermería.

**• Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía (Gastos Hospitalarios)**

Se excluyen de esta cobertura los siguientes servicios y/o tratamientos:

- a. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos.
- b. Medicamentos recetados fuera de hospital.
- c. Cualquier tipo de terapias fuera de hospital.
- d. Gastos médicos originados por maternidad, tratamientos por drogas y/o alcohol, salpingectomía, vasectomía.
- e. Implantación de embriones.

**• Aparatos de apoyo**

- a. No se cubren los Aparatos de Apoyo si el padecimiento a tratar corresponde a una enfermedad o accidente no cubierto por esta póliza.
- b. No se cubre la sustitución del aparato de apoyo si el suministrado con anterioridad no ha superado su vida útil, de conformidad con las especificaciones establecidas para dicho aparato.
- c. No se cubre el exceso del costo de un aparato de apoyo cuando el mismo supera el sublímite definido para esta cobertura, en tal caso el máximo a indemnizar corresponde al sublímite mencionado.
- d. Aparatos de apoyo que no estén debidamente prescritos por un médico o que no son médicamente necesarios o que no tienen un uso exclusivo para propósitos médicos.
- e. Aparatos que no tengan un propósito terapéutico específico para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
ANEXO 2. EXCLUSIONES**

- **Prótesis quirúrgicas**
  - a. No se cubren prótesis externas ni dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.
  - b. No se cubre la sustitución de prótesis si la suministrada con anterioridad no ha superado su vida útil, de conformidad con las especificaciones establecidas para dicha prótesis.
  - c. No se cubre el exceso del costo de una prótesis cuando el mismo supera el sublímite definido para esta cobertura, en tal caso el máximo a indemnizar corresponde al sublímite mencionado.
  - d. No se cubre al amparo de esta cobertura la sustitución parcial o total de implantes o aparatos protésicos aplicados al Asegurado antes de su inclusión en esta póliza.
  
- **Cobertura de preexistencias**
  - a. Se excluye toda condición preexistente, excepto lo indicado en la Cobertura de Preexistencias declaradas y de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares.
  - b. No se cubrirán las preexistencias que no fueron declaradas en la solicitud de seguro.
  - c. No se cubren las preexistencias declaradas que no superen el periodo de carencia indicado en la Cláusula Periodos de Carencia de las Condiciones Particulares.
  
- **Cuidados en el hogar**
  - a. No serán cubiertos los servicios de cuidados en el hogar brindado por personas que no cuenten con la acreditación como profesionales en enfermería, debidamente incorporados al Colegio de Enfermeras.
  - b. No serán cubiertos los servicios de enfermeras profesionales que sean familiares del Asegurado hasta tercer grado de consanguinidad y/o afinidad.
  - c. No serán cubiertos los servicios que no se hayan coordinado de previo con el Administrador de Servicios Médicos mediante una pre-autorización.
  
- **Transporte en ambulancia terrestre**
  - a. No serán cubiertos los servicios de ambulancia que se brinden en vehículos no autorizados como ambulancias.
  - b. No se cubren los servicios que no correspondan al momento del accidente o desde el lugar donde se contrae la enfermedad o se origina la emergencia.
  - c. Servicios que excedan el monto establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares.
  - d. No son cubiertos los servicios no coordinados con el Administrador de Servicios Médicos.

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
ANEXO 2. EXCLUSIONES**

- **Maternidad**

Se excluyen de esta cobertura los siguientes servicios y/o tratamientos:

- a. Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionado con ello.
- b. Implantación de embriones.
- c. Métodos anticonceptivos no quirúrgicos.
- d. Todos aquellos gastos originados y/o pagados por el Asegurado durante el período de carencia establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares.
- e. Todos aquellos gastos incurridos una vez superado el límite máximo establecido para esta cobertura según las Condiciones Particulares.
- f. No será cubierto ningún cargo por servicios relacionados con el embarazo, complicaciones y/o secuelas de dicho embarazo de las hijas, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes menores y/o mayores de edad del Asegurado y/o su cónyuge.

- **Cobertura Odontológica**

Gastos por consultas y/o tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente. En el caso de accidentes dentales se cubren únicamente reemplazos de piezas dentales naturales.

- **Deportes**

- a. No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando este deporte se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.
- b. No se cubrirá ningún tipo de accidente por la práctica de deportes donde se utilicen vehículos acuáticos con motor.

- **Terapias**

- a. Terapias que no brinden una recuperación o cura.
- b. Terapias que superen el sublímite establecido o la cantidad de sesiones definidas para un mismo año-póliza.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A01-694** de fecha **05 de noviembre del 2016**.