

ANEXO EXCLUSIONES

N° de póliza: 02 01 GFG 0000250 09

Tomador del Seguro: HABITAT FOR HUMANITY

SECCIÓN A. ÁMBITO DE COBERTURA**CLÁUSULA 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.

CLÁUSULA II. GASTOS EXCLUIDOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Este seguro no cubre consultas, tratamientos, pruebas de diagnóstico, suministros, complicación o cualquier otro gasto derivado y/o a consecuencia de:

1. Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo, o por uno que no se encuentre activo o habilitado en el Colegio Profesional respectivo.
2. Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en el Anexo de Coberturas si fue suscrita las Coberturas de Enfermedades Congénitas y/o hereditarias del recién

ANEXO EXCLUSIONES

nacido o la Cobertura de Preexistencias y de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares.

3. Chequeos médicos, excepto lo indicado en las Coberturas de Chequeos, si las mismas fueron suscritas según se detalla en las Condiciones Particulares.
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 y/o tratamientos por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo, excepto lo establecido en el Anexo de Coberturas, Cobertura de Tratamiento de enfermedades mentales y la cobertura de Muerte, de conformidad con los límites indicados en las Condiciones Particulares.
7. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), terapias, consultas con psicólogos o psiquiatras excepto que se haya suscrito la cobertura de Tratamiento de enfermedades mentales.
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. Esta exclusión no aplica si se incluyó en el Anexo de Coberturas la correspondiente al Tratamiento de drogas y/o alcohol y hasta por los límites indicados en las Condiciones Particulares.
11. Métodos anticonceptivos quirúrgicos y no quirúrgicos.
12. Vitaminas, vacunas y medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico tomados en forma preventiva, excepto las indicadas en el Anexo de Coberturas, Cobertura niño sano y hasta por los límites indicados en las Condiciones Particulares.
13. Energizantes y/o suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico

ANEXO EXCLUSIONES

- 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, excepto lo indicado en el Anexo de Coberturas, si fue suscrita la Cobertura de Lentes o anteojos y hasta por los límites establecidos en Condiciones Particulares. 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 o emergencia; según lo indicado en la Cobertura Odontológica si fue suscrita e incorporada en el Anexo de Coberturas, hasta los límites establecidos en Condiciones Particulares. 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 o lo indicado en la Cobertura Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido, según se incorporó en el Anexo de Coberturas y hasta por los límites establecidos en las Condiciones Particulares.**
- 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) independientemente de que sea practicado por un médico.**
- 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**

ANEXO EXCLUSIONES

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) excepto que se haya suscrito la cobertura de Tratamiento para infecciones de transmisión sexual.
29. Las patologías y lesiones donde el Virus de Papiloma Humano se encuentre presente como un factor contribuyente para provocarlas, excepto que se haya suscrito la cobertura de Tratamiento médico del Virus del Papiloma Humano.

Esta exclusión no abarca las lesiones en la piel, salvo que se encuentre en piel de genitales o región perianal y de periné.
29. 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 excepto que se haya suscrito la Cobertura de VIH/SIDA.
30. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
31. 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.
32. 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, así como la auto prescripción médica, 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.

ANEXO EXCLUSIONES

33. Tratamientos y/o cirugías no reconocidos por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales.
34. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros, sean o no del Instituto.
35. 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.

CLÁUSULA III. GASTOS EXCLUIDOS POR COBERTURA

1. Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad

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

- a) Cirugías ambulatorias.
- b) Consultas médicas relacionadas por maternidad, trasplantes, cuidados con fines paliativos, prótesis quirúrgicas, enfermedades epidémicas o pandémicas, tratamientos de alergias, tratamientos por drogas y/o alcohol, salpingectomía, vasectomía.
- 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.

2. Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía

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, trasplantes, cuidados con fines paliativos, enfermedades epidémicas o pandémicas, tratamientos de alergias, tratamientos por drogas y/o alcohol, salpingectomía, vasectomía.
- e) Prótesis quirúrgicas.
- f) Implantación de embriones.

3. Prótesis quirúrgicas

- a) No se cubren prótesis externas ni dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

ANEXO EXCLUSIONES

- 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.

4. 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 quirúrgicos y 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 de edad del Asegurado y/o su cónyuge, excepto que se haya pactado con el Tomador, por lo cual se indicará en Condiciones Particulares.

5. Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido

- a) Toda condición preexistente, excepto que se haya suscrito la cobertura de Preexistencias, Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.
- b) 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 o que se haya suscrito la cobertura de Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.

6. Prematurez

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

- a) Tratamientos experimentales.
- b) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o hereditarios diagnosticados antes de la inclusión en la póliza.

ANEXO EXCLUSIONES

7. Trasplante de órganos

En esta cobertura no serán amparados:

- a) Los gastos médicos por toda situación, tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, según el siguiente detalle:
 - i. Como resultado de/o relacionado con un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por el Instituto, o de conformidad con los órganos establecidos para esta cobertura en las Condiciones Particulares.
 - ii. Las consideradas como experimentales o investigativas.
 - iii. Cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o sean artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
 - iv. Si el órgano trasplantado no es humano.
 - v. Si la enfermedad que da origen al trasplante es considerada una condición no cubierta por esta póliza.
 - vi. A consecuencia de una enfermedad preexistente.
- b) No serán cubiertos los gastos de pruebas de compatibilidad realizadas a posibles donadores.
- c) No estará cubierto el trasplante cuando no se hayan agotado las demás opciones disponibles para el tratamiento de la enfermedad que está originando la necesidad de trasplante, es decir si no se ha tomado en consideración un tratamiento alternativo o procedimiento disponible para el paciente.
- d) Trasplante de médula como tratamiento para el VIH-SIDA.
- e) Trasplante cuando el Asegurado se encuentre en cuidado de custodia debido a su estado senil o deterioro cerebral.

8. 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.

ANEXO EXCLUSIONES

- e) Aparatos que no tengan un propósito terapéutico específico para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.

9. Acompañante de menor hospitalizado

- a) No son objeto de cobertura los gastos de acompañante cuando el paciente no se encuentre hospitalizado o no es un menor de edad.
b) No serán cubiertos los gastos al amparo de esta cobertura cuando no se haya notificado al Instituto para efectos de la pre-autorización y/o coordinación respectiva.

10. 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.

11. 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.

12. Tratamiento de alergias

- a) No serán cubiertas las alergias que correspondan a padecimientos pre-existentes, excepto que se haya contratado la cobertura de Preexistencias y el Asegurado haya declarado dicho padecimiento en la Solicitud de Inclusión al Seguro.

13. Tratamiento de enfermedades mentales

- a) Esta cobertura no incluye incapacidad del aprendizaje, déficit atencional con o sin hiperactividad o problemas disciplinarios.

14. Enfermedades pandémicas o epidémicas

- a) Quedan excluidos aquellos gastos médicos que superen el límite establecido en las Condiciones Particulares.

ANEXO EXCLUSIONES

15. Deportes

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

16. Práctica competitiva de fútbol

- a) No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando este deporte se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.

17. Práctica recreativa de buceo

- 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.

18. Transporte en ambulancia terrestre, aérea y por evacuación

- a) No serán cubiertos los servicios de ambulancia que se brinden en vehículos no autorizados como ambulancias, sean estos terrestres o aéreos.
- 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, sean estos terrestres o aéreos.
- e) No se cubre el servicio de ambulancia aérea cuando la condición del paciente le permita viajar en una aerolínea regular.

19. Asistencia al viajero

- a) Esta póliza contiene el Anexo de Cobertura de Asistencia al Viajero, el cual contempla las exclusiones y demás condiciones de esta cobertura, que forman parte de esta póliza si la misma fue suscrita, según se indique en las Condiciones Particulares.

20. Emergencias médicas durante viajes en el extranjero

- a) Se encuentran excluidos de esta cobertura cualquier gasto médico derivado de una emergencia que ocurra en un viaje dentro del país (Costa Rica).

ANEXO EXCLUSIONES

21. Chequeo general

- a) **Controles médicos, excepto lo indicado en la Cobertura de Chequeos, si la misma fue suscrita según se detalla en las Condiciones Particulares**

22. Chequeo oftalmológico

- a) **Controles médicos, excepto lo indicado en la Cobertura de Chequeo Oftalmológico, si la misma fue suscrita según se detalla en las Condiciones Particulares.**

23. Lentes o anteojos

- a) **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, excepto si fue suscrita la Cobertura de Lentes o anteojos y hasta por los límites establecidos en Condiciones Particulares. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.**

24. Cobertura Odontológica

- a) **Gastos por consultas y/o tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente o emergencia, según lo indicado en la Cobertura Odontológica si fue suscrita hasta los límites establecidos en Condiciones Particulares. En el caso de accidentes dentales se cubren únicamente reemplazos de piezas dentales naturales.**
- b) **No se cubren los gastos que no se detallen en la Cobertura Odontológica del Anexo Dental por Emergencia, Dental por Emergencia y Prevención, Dental Amplia que forman parte del presente contrato, sólo si fue suscrita la cobertura según los límites establecidos.**

25. Cobertura de preexistencias

- a) **Se excluye toda condición preexistente, excepto que se haya suscrito la cobertura de Preexistencias, Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.-No se cubrirán las preexistencias que no fueron declaradas en la solicitud de seguro.**
- b) **No se cubren las preexistencias que no superen el periodo de carencia indicado en la Cláusula Periodos de Carencia de las Condiciones Particulares.**

ANEXO EXCLUSIONES

26. Otros riesgos especiales

- a) De conformidad con lo descrito en el Anexo Coberturas, se ampliará en este Anexo lo que corresponde excluir en cada nueva cobertura negociada con el Tomador del Seguro del Seguro.

CLÁUSULA IV. OTRAS EXCLUSIONES

Serán detalladas en esta sección, otras exclusiones que de común acuerdo con el Tomador del Seguro del Seguro sean pactadas o bien que correspondan a alguna cobertura adicional solicitada por el Tomador del Seguro.

1. **Transporte en ambulancia terrestre, aérea y por evacuación (para negocios de INS Medical que van a migrar al nuevo Seguro Médico Colectivo Flexible y que tengan la cobertura de Transporte por Evacuación.)**

- a. No serán cubiertos los servicios de ambulancia que se brinden en vehículos no autorizados como ambulancias, sean estos terrestres o aéreos.
- 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, sean estos terrestres o aéreos.
- e. No se cubre el servicio de ambulancia aérea cuando la condición del paciente le permita viajar en una aerolínea regular.

2. **Psicología**

- a. No se ampara en esta cobertura aquellos gastos, tratamientos y/o servicios derivados de la consulta de psicología aun cuando sean referidos por el profesional tratante.
- b. No son objeto de cobertura aquellas consultas de psicología que no sean impartidas por un profesional registrado en el respectivo Colegio.

SECCIÓN B. REGISTRO DE LEYENDA:**CLÁUSULA V. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS**

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 **V5 del 22 de diciembre del 2021**.