



Seguro

Enfermedades de Alto Costo Deducible 60UF

Nuestro **seguro catastrófico por evento** entrega cobertura en enfermedades y accidentes de alto costo donde tu prefieras.

Entregamos coberturas

Fonasa e Isapres

¡NUEVO SEGURO!

SEGURO
ENFERMEDADES ALTO
COSTO DEDUCIBLE 60UF

- Día cama hospitalización
- Servicios/ medicamentos hospitalarios
- Honorarios médicos quirúrgicos
- Consultas Médicas
- Cirugía ambulatoria
- Exámenes de Laboratorio e Imagenología
- Cobertura Complementaria en Exámenes de Laboratorio e Imagenología*

El Seguro Enfermedades de Alto Costo 60UF se hace efectivo una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como también los de cualquier otro beneficio, Plan o seguro que posea el asegurado titular y sus cargas.

*La cobertura Complementaria de Salud sólo será aplicable a los gastos incurridos en los establecimientos de salud pertenecientes a Empresas Redsalud S.A

Prima

La prima bruta del “Seguro Enfermedades de Alto Costo Deducible 60UF” será desde **UF 0,34 mensual** por asegurado. El precio varía según el número de asegurados y la tabla de tramo de edades incluido en la póliza.

Cobro

El pago de la prima será con cargo a una tarjeta de débito o crédito. El cobro se realizará sobre el medio de pago seleccionado por el titular al momento de la contratación de la póliza.

Inicio de Cobertura

Podrás hacer uso de tu cobertura al día siguiente de la contratación de la póliza.

Además, estará disponible el ingreso de solicitudes de reembolso a través de la APP y Portal Privado web de Vida Cámara.

Debes saber

COBERTURA CATASTRÓFICA POR EVENTO

ASEGURADOS HASTA 69 AÑOS Y 364 DÍAS		ASEGURADOS MAYORES DE 70 AÑOS
Para eventos ocurridos hasta el día anterior a aquél en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.		Para eventos ocurridos a contar del día en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.
Monto asegurado	UF 30.000 por evento	UF 5.000 por evento
Deductible	UF 60	UF 120



CONTRATA 100% ONLINE EN VIDACAMARA.CL

Plan de Coberturas

	COBERTURA	PORCENTAJE DE REEMBOLSO
BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	DÍA DE CAMA MEDICINA, UTI, UCI, INTERMEDIO, RECUPERACIÓN	100%
	SERVICIOS HOSPITALARIOS/ MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS	100%
	HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	100%
	PRÓTESIS QUIRÚRGICAS	100%
	CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE	100%
	SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA*	100%
	AMBULANCIA TERRESTRE**	100%
BENEFICIOS AMBULATORIOS	CIRUGÍA AMBULATORIA	100%
	CONSULTAS MÉDICAS	100%
	EXÁMENES DE LABORATORIO	100%
	EXÁMENES IMAGENOLOGÍA	100%
	PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	100%
BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS***	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS GENÉRICOS	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS BIOEQUIVALENTES GENÉRICOS	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS BIOEQUIVALENTES MARCA	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE MARCA	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS REFERENTE, ORIGINAL O INNOVADOR	50%
OTRAS COBERTURAS	ÓRTESIS HOSPITALARIA	100%
	CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA POR ACCIDENTE	100%
	DROGAS ANTINEOPLÁSTICAS	100%
	DROGAS INMUNOSUPRESORAS PARA TRANSPLANTES DE ÓRGANOS	100%
	AMBULANCIA AÉREA****	100%
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	100%
	KINESIOLOGÍA	100%
	PRÓTESIS Y ÓRTESIS AMBULATORIA	100%

*El Servicio privado de enfermería tendrá tope de 30 días por evento.

**El tope será de UF 10 por evento y sin límite de eventos, siempre que el asegurado sea hospitalizado.

***Sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento de la patología que activó el pago de beneficios de este seguro, que se encuentre cubierta por esta póliza y haya sido diagnosticada por el médico tratante.

****El tope será de UF 10 por evento, y con un máximo de 3 eventos por año.

Cobertura Catastrófica por Evento

Este seguro operará una vez consumido el deducible indicado en la póliza y reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos médicos razonables y efectivamente incurridos por el(los) asegurado(s) asociados a un Evento, siempre que la cobertura se encuentre vigente, que haya transcurrido el período de carencia establecido en la póliza que no haya transcurrido el plazo del Evento y no se haya consumido el monto máximo de reembolso indicado en la póliza. Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a los montos asegurados, deducibles y demás condiciones descritas en esta póliza.

Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al asegurado por su médico tratante durante el período de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en la póliza.

Para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

- ✓ En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos. Se excluyen de esta regla los gastos por medicamentos hospitalarios para los asegurados afiliados a FONASA u otros Sistemas Previsionales de Salud, cuyo porcentaje de reembolso será el establecido en el Plan de Reembolso.
- ✓ Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones copulativas:
 - a) Los gastos de las prestaciones deben haber sido reembolsados por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.
 - b) El asegurado debe tener domicilio o residencia permanente en Chile y la permanencia máxima en el extranjero no podrá superar los 30 díasSujeto al cumplimiento de las condiciones antes referidas, en estos casos los porcentajes reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 25% con tope anual de 500 UF.
- ✓ La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.

- En caso de que el asegurado no se encontrara afiliado a un Sistema Previsional al momento del siniestro, estos gastos serán cubiertos por el seguro aplicando una rebaja y reembolsando solo el 50% de los porcentajes del cuadro "Plan de Reembolsos", previa acreditación de la condición.
- En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado o público y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por el sistema previsión al de salud del asegurado, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza en más de un 20% ya sea por voluntad o condiciones ajenas al asegurado, la compañía reducirá el porcentaje de reembolso en 80%
- La cobertura de medicamentos ambulatorios es sólo aplicable al reembolso de fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del Evento que activó el pago del beneficio de este seguro, que se encuentre cubierto por esta póliza.
- El porcentaje de bonificación será de un 80% con los topes establecidos en el Plan de Reembolso para prestaciones médicas, ambulatorias y hospitalarias realizadas en Clínica Las Condes, Clínica Alemana de Santiago, Clínica Universidad de los Andes, Clínica UC Christus San Carlos de Apoquindo y Centro de la Visión CLC.
- Bajo la cobertura Complicaciones del embarazo quedarán amparadas todas aquellas patologías que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste, cuando el embarazo se haya gestado después de la fecha de inicio de vigencia a la póliza. Para efectos de esta definición se entienden como complicaciones del embarazo las siguientes:
 - Colestasia intrahepática del embarazo
 - Placenta creta
 - Eclampsia
 - Incompetencia cervical
 - Distosia del embarazo
 - Infección huevo ovular
 - Amenaza de parto prematuro, sin que éste haya terminado en parto
 - Polihidroamnios
 - Rotura prematura de membranas
 - Distosia del embarazo
 - Hipertensión del embarazo
 - Preeclampsia
 - Placenta previa

En ningún caso se entenderán incluidos los costos asociados a abortos, cesáreas y parto natural, los cuales no gozarán de cobertura en esta póliza.

La cobertura por gastos médicos provenientes de complicaciones derivadas del embarazo solo es aplicable respecto del Asegurado Titular, su cónyuge, conviviente civil o no civil con hijos en común, y no respecto de las hijas.

Evento Cobertura Catastrófica

Para efectos de la Cobertura Catastrófica, el Evento corresponde a todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal. El plazo o duración máxima de un evento será de tres (3) años.

En caso de que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá de tres (3) años, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos, reinstalándose el deducible y el capital asegurado por una vez más. Transcurrido el período máximo de reembolso de seis (6) años por el mismo evento, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura que establece esta póliza.

El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza, siempre que esté asociado a un diagnóstico distinto.

Cobertura Complementaria de Salud

Este seguro reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en la póliza.

La cobertura Complementaria de Salud sólo será aplicable a los gastos incurridos en alguno de los establecimientos de salud correspondientes a Redsalud S.A.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura, se encuentran definidos en el Plan de Reembolsos, incluido en el Cuadro de Condiciones y Características siguiente:

COBERTURA COMPLEMENTARIA DE SALUD

BENEFICIO AMBULATORIO	COBERTURA	% REEMBOLSO PRESTADOR REDSALUD	TOPE UF POR PRESTACIÓN	TOPE UF ANUAL
Exámenes Laboratorio	Exámenes Laboratorio	20%	1 UF	10 UF
	Exámenes de Imagenología, Radiografía, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	20%	1 UF	

No obstante lo anterior, para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

1. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.
2. Las prestaciones ambulatorias no tipificadas en el Arancel Fonasa que tengan cobertura por esta póliza serán cubiertas por el seguro según lo indicado en el respectivo Plan de Rembolso.

Carencia

La cobertura catastrófica tiene un período de carencia de sesenta (60) días, contados desde la vigencia inicial del asegurado, el que será aplicable tanto al asegurado titular como a sus dependientes siempre que la póliza se encuentre vigente. Esta carencia no se considera en caso de accidentes.

El beneficio ambulatorio de la cobertura complementaria de salud contempla un período una carencia de 60 (sesenta) días contados desde la fecha de contratación para las siguientes prestaciones: Tomografías Computarizadas y Resonancias Magnéticas.

Deductible

La cobertura Catastrófica por Evento está afecta a un deducible de UF 60 por evento para asegurados hasta los 69 años y 364 días y UF 120 para los mayores a 70 años. Este deducible se aplicará por asegurado y será establecido en los primeros gastos médicos presentados por el evento denunciado.

El deducible de un mismo evento será acumulativo y podrá ser imputado a las prestaciones otorgadas entre los distintos Prestadores, por lo cual no será necesario acumularlo desde cero en el caso de proseguir el tratamiento de un Evento en un Prestador distinto a aquel donde se inició el tratamiento.

Excepcionalmente, los gastos de las siguientes patologías diagnosticadas durante la vigencia del seguro una vez transcurrida la carencia respectiva, se encontrarán sin deducible. Estas son:

- Cáncer
- Infarto al Miocardio
- Accidente Vascular Cerebral
- Trasplante de órganos mayores
- Apendicitis
- Angioplastia por Balón
- Injerto Aórtico
- Cirugía de válvulas cardíacas

La cobertura complementaria de salud no considera la aplicación de deducibles, pero los copagos realizados en base a prestaciones cubiertas por dicha cobertura que tengan relación a un Evento se acumularán en el deducible de la cobertura catastrófica del evento, siempre y cuando el asegurado presente la solicitud de reembolso con el respectivo diagnóstico médico que acredite su relación con el Evento.

CONTRATA 100% ONLINE EN VIDACAMARA.CL

Conoce la Prima de tu seguro

La prima mensual en UF será calculada en función del tramo de edad y número de los asegurados incluyendo al asegurado titular y dependientes. Por tanto, cada vez que un asegurado dentro del grupo familiar cambie de tramo de edad, el monto de la prima se ajustará según los términos que se establecen en la siguiente tabla. Igual ajuste se efectuará cada vez que se modifique el número de asegurados cubiertos por el seguro.

TRAMO POR EDAD	PRIMA POR ASEGURADO
0 - 20	0,34 UF
21 - 30	0,48 UF
31 - 40	0,67 UF
41 - 50	0,78 UF
51 - 60	1,33 UF
61 - 70	2,25 UF
71 - 80	2,62 UF
81 - 90	2,98 UF
Más de 90	4,46UF

- ✓ Periodicidad de pago de la prima: Pago mensual durante la vigencia de la póliza.
- ✓ Modalidad de pago de la prima: Tarjeta de crédito y tarjeta de débito
- ✓ Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de 30 días el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado.
- ✓ Los cargos mensuales en la tarjeta de crédito y/o débito se harán en el equivalente en pesos a la prima que corresponda al período.
- ✓ Las primas por asegurado detalladas corresponden al valor bruto (IVA incluido)

Vigencia y Renovación

La cobertura de este seguro es anual con renovación automática no garantizada por períodos de un año al final de cada vigencia, mientras se cumplan los requisitos de asegurabilidad y el pago de la prima al día, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de comunicación escrita, con una anticipación de, a lo menos, 60 días corridos a la fecha de vencimiento de la póliza.

DERECHO A RETRACTO

Como asegurado, podrás retractarte del seguro, sin expresión de causa ni cargo alguno, dentro de diez (10) días desde la recepción de la póliza, teniendo a la devolución de la prima que hubiere pagado, a no ser que el evento asociado al seguro ocurra durante ese período de tiempo.

TÉRMINO ANTICIPADO DEL SEGURO

El asegurado podrá comunicar su decisión de terminar anticipadamente el seguro a través del portal Vida Cámara, contenido en el sitio web de la compañía, ingresando con su acceso personal y seleccionando la solicitud correspondiente, o a través de una comunicación escrita dirigida a la compañía.

La terminación del seguro se efectuará a contar de la fecha de recepción en la compañía de la comunicación del asegurado. En los casos que corresponda, se efectuará devolución de prima del periodo de cobertura no consumido.

Requisitos para tu seguro

1.

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
Titular	18 años	69 años y 364 días	99 años y 364 días
Cónyuge, conviviente civil o conviviente no civil	18 años	69 años y 364 días	99 años y 364 días
Hijos	Desde el 14avo día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días

2. Los asegurados deben ser afiliados o beneficiarios de alguna ISAPRE, FONASA u Otros Sistemas de Salud Previsionales.

3. Los titulares deberán llenar una Propuesta y completar las preguntas sobre Enfermedades y condiciones de salud preexistente y Actividades y Deportes, por si y por sus dependientes.

Los asegurados que cumplan la edad máxima de permanencia durante la vigencia del contrato de seguro mantendrán su cobertura hasta el término de vigencia de la póliza.

Las categorías de cónyuge, conviviente civil y conviviente no civil son excluyentes entre sí; por ello, en cada grupo familiar sólo podrá permanecer vigente una de estas tipologías.

Los nuevos asegurados dependientes ingresarán al seguro sólo una vez evaluada su solicitud de incorporación y aceptado su ingreso por Vida Cámara. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del período de cobertura siguiente al de su aceptación en incorporación al seguro, con excepción de los hijos recién nacido, cuya vigencia se ajustará a lo siguiente:

- Si la Solicitud de Incorporación es presentada a la compañía hasta el día 30 de vida del recién nacido, la vigencia será contar del 14avo día de su nacimiento.
- Si la solicitud de incorporación es presentada a la compañía con posterioridad al día 30 de nacido, la vigencia será a partir del primer día del período de cobertura siguiente de la presentación de la solicitud de incorporación.

Preexistencias

Este seguro no cubre preexistencias y actividades y deportes riesgosos, a excepción del beneficio ambulatorio de la cobertura complementaria de salud, que cubre las preexistencias y actividades y deportes riesgosos declarados. Para estos efectos, no se consideran como incapacidades preexistentes las patologías oncológicas cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Sin perjuicio de lo anterior, en virtud de la Declaración Personal de Salud y actividades y deportes riesgosos efectuada por el asegurado al momento de solicitar su incorporación a la póliza, la Compañía Aseguradora establecerá restricciones y limitaciones especiales de cobertura respecto de situaciones o enfermedades preexistentes o actividades y deportes riesgosos declaradas, las que se entenderán aceptadas por el asegurado una vez firmada la respectiva Declaración Personal de Salud y actividades y deportes riesgosos, las cuales forman parte de las Condiciones Particulares.

Exclusiones

Las exclusiones contempladas en la póliza corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo **el código POL 320230476**.

La póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

Se encuentran excluidos de cobertura:

A. La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

B. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.

C. Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.

D. Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.

E. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

F. Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del VIH. o el SIDA que padezca el Asegurado.

G. No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:

I. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.

II. Una Cirugía Maxilofacial.

III. Una Cirugía de Rinoplastía y/o Septoplastía.

IV. Cirugía de reducción o aumento mamario y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.

V. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.

VI. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

VII. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.

VIII. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

IX. Tratamientos para adelgazar.

H. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

I. Insumos ambulatorios utilizados en una cirugía.

II. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.

III. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

IV. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.

V. Medicamentos biológicos e inmunoterapias.

I. Lesión o enfermedad causada por:

I. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

II. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o comoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

III. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

IV. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

V. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinó-

Exclusiones

genos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

VI. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

VII. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

J. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado el beneficio o la cobertura adicional dental correspondiente, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definen en las condiciones particulares de la póliza.

K. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.

L. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

M. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

N. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.

O. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

P. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

Q. Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.

R. Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes *.

S. Malformaciones y/o incapacidad congénita.

T. Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.

U. Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

V. Realización o participación habitual o no habitual en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el bungee, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

W. Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

X. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.

Y. Ambulancia aérea.

Z. La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.

AA. Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

BB. Eventos ocurridos a Asegurados que, al momento de la contratación del seguro o, en fecha posterior, no estuvieran incorporados a un sistema previsional de salud.

(*) Para los efectos de la exclusión de cobertura de situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, no se consideran como incapacidades preexistentes las patologías oncológicas cuando hayan transcurridos más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.