



Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
CONDICIONES GENERALES	4
CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES.....	4
CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	12
CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA	12
3.1. RIESGOS CUBIERTOS.....	12
3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS	12
3.3. EXCLUSIONES.....	21
3.4. LÍMITES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS	25
CLÁUSULA 4.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO	26
CLÁUSULA 5.- PRIMA	27
5.1. PAGO DE LA PRIMA	27
5.2. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.....	28
5.3. PERÍODO DE GRACIA.....	28
5.4. DEVOLUCIONES	28
CLÁUSULA 6.- AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS	28
CLÁUSULA 7.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES	28
CLÁUSULA 8.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS.....	29
8.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN	29
8.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN.....	29
8.3. PAGOS DE RECLAMACIONES.....	30
8.4. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN	31
8.5. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	31
8.6. VALORACIÓN.....	31

8.7. PROGRAMAS DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	31
CLÁUSULA 9.- VIGENCIA	33
9.1. VIGENCIA	33
9.2. TÉRMINO DE PÓLIZA Y/O SUS ADITAMENTOS.....	33
9.3. TÉRMINO DE LA PÓLIZA Y SUS ADITAMENTOS PARA LOS ASEGURADOS.....	33
9.4. DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN.....	34
CLÁUSULA 10.- CONDICIONES VARIAS	34
10.1. ELEGIBILIDAD	34
10.2. REGISTRO DE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	35
10.3. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	35
10.4. COMISIÓN DE COBRO.....	35
10.5. REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN.....	35
10.6. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA.....	35
10.7. CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO.....	36
10.8. MONEDA.....	36
10.9. PLURALIDAD DE SEGUROS	36
10.10. EXÁMENES FÍSICOS.....	36
10.11. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD	37
10.12. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	37
10.13. PRESCRIPCIÓN.....	37
10.14. NORMAS SUPLETORIAS.....	37
10.15. INDISPUTABILIDAD	37
10.1. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.....	37
CLÁUSULA 11.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	38
CLÁUSULA 12.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	38
12.1. JURISDICCIÓN, ASUNTOS JURÍDICOS E IDIOMA.....	38
COBERTURAS ADICIONALES	40

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-0805-2012 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada "La Compañía", emite la siguiente Póliza de Seguro Colectivo de Salud. La Póliza consiste en la Solicitud y el Examen Médico (si aplica), el Certificado de Seguro, el presente documento, las Condiciones Particulares y cualquier enmienda que se emita al respecto, en su defecto regirá la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653), la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956) y toda legislación vigente aplicable.

Esta Póliza de Seguro Colectivo de Salud cuya cobertura básica es un seguro de gastos médicos con Cobertura Centroamericana y en Panamá, ofrece coberturas opcionales que pueden ser adquiridas mediante el pago de una prima adicional.

Si el contenido de este Contrato o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar su rectificación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega al Tomador de un ejemplar firmado por la Compañía. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones. El Tomador deberá devolver a la Compañía este Contrato debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.

El Seguro Colectivo de Gastos Médicos, Póliza de Seguro Colectivo de Salud, se rige mediante un contrato de adhesión.

La Compañía se compromete a pagar los gastos médicos Usuales y Acostumbrados tal y como se define en esta Póliza, en los que se hayan incurrido con carácter necesario como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad o dolencia de que se trate, conforme los términos y condiciones indicados en esta Póliza, en las Condiciones Particulares, el Certificado de Seguro, así como cualquier enmienda que se emita con respecto a esta Póliza.

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra incapacitado o ha fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al representante legal o a los proveedores licenciados de la atención médica.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069 * Tel. USA (786) 536-3651
E-mail: seguros bmi@bmicos.com
** Web: www.seguros bmicr.com

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, las palabras, términos y frases que a continuación se indican, tendrán el significado que siguiente:

- 1.1. **ACCIDENTE.-** Suceso violento, imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado, que ocurra dentro del período del Año Póliza, provocado por un agente externo, que produzca daños o lesiones corporales. Esta Póliza no considera que exista Accidente cuando en el evento hubiere intervenido el Asegurado bajo el efecto de consumo de alcohol y/o de cualquier sustancia estupefaciente o psicotrópica.
- 1.2. **ALTA MÉDICA.-** Situación por la cual el Asegurado, una vez finalizado el tratamiento por enfermedad o accidente, puede incorporarse nuevamente a sus ocupaciones habituales o queda en estado de invalidez permanente por las secuelas incapacitantes residuales.
- 1.3. **AÑO PÓLIZA.-** Es el período de cobertura de la Póliza comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.
- 1.4. **ÁREA DE COBERTURA.-** Esta Póliza provee tratamiento por Accidentes y Enfermedades, de tal manera que el área puede ser:
 - a. **LOCAL:** Cuando el tratamiento médico se proporciona en cualquier lugar del mundo según los Gastos Médicos Necesarios Razonables y Acostumbrados de Centroamérica y Panamá.
 - b. **INTERNACIONAL:** Cuando el tratamiento médico se proporciona en cualquier lugar del mundo según los Gastos Médicos Necesarios Razonables y Acostumbrados del país donde dichos servicios sean proporcionados.

El Área de Cobertura se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro del Asegurado.

- 1.5. **ASEGURADO.-** Persona física que en sí misma está expuesta al riesgo, forma parte del Grupo Asegurado, tiene relación con el Tomador y está protegida bajo esta Póliza por haber sido aceptada por la Compañía y por haber recibido la Compañía el pago de la prima correspondiente.
- 1.6. **CERTIFICADO DE SEGURO.-** Constancia emitida por la Compañía en la que se acredita la inclusión de uno o varios riesgos para su aseguramiento en la Póliza colectiva emitida. Es el documento expedido por la Compañía a favor del Asegurado Titular adherido a un contrato de seguro en modalidad colectiva.
- 1.7. **CIRUGÍA AMBULATORIA.-** Es cualquier cirugía practicada en la sección de servicios ambulatorios de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas. Este beneficio está disponible únicamente a través de la Red de Proveedores, después la pre-autorización de la Compañía.
- 1.8. **CLASIFICACIÓN.-** Significa todos aquellos individuos a los cuales se les haya emitido esta Póliza y que pertenezcan a una misma clasificación, tal y como sea definido por la Compañía en el momento de emisión o renovación.

Clasificación para efectos de suscripción incluye, pero no se limita a individuos en situación común o similar de área geográfica, grupo de edad o sexo, de emisión, ocupación, provisiones de exclusiones o aquellos individuos con experiencia de reclamaciones similares.

1.9. COASEGURO.- Porcentaje de gastos cubiertos con el que participa el Asegurado, luego de descontado el Deducible, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado de la Póliza.

El Coaseguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

a. **LÍMITE DE COASEGURO.-** Es el desembolso máximo anual que realiza el Asegurado, luego de descontar el Deducible, equivalente al porcentaje de Coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios de la Póliza que asume el Asegurado por los gastos médicos incurridos en el año póliza y amparados por este contrato. Una vez alcanzado el Límite de Coaseguro, cesará la participación del Asegurado en el pago del Coaseguro.

1.10. CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ.- Se refiere a la Repúblicas de Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala y Panamá, donde los beneficios que otorga la póliza están calculados de acuerdo a los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados de dicha área geográfica.

1.11. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD.- Para efectos de esta Póliza, se consideran Complicaciones de Maternidad, las indicadas en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura, 3.2.1. Coberturas de Gastos Médicos, apartado "o" de esta Póliza.

1.12. CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN.- Aquellas condiciones que rigen la relación entre la Compañía, Contratante y Asegurado, prevista en el presente documento.

1.13. CONDICIONES PARTICULARES.- Aquellas condiciones especiales que rigen la relación entre la Compañía, Contratante y Asegurados, previstas en el documento denominado Condiciones Particulares del Contrato.

1.14. CONDICIONES PRE-EXISTENTES.- Son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad congénita o no o Accidente previo que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada antes de la fecha de inclusión a esta Póliza del Titular y/o Dependientes.

1.15. CONTRATANTE O TOMADOR.- Persona física o jurídica que, por cuenta ajena, contrata el seguro a la Compañía. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Para los efectos de este seguro, el Contratante o Tomador se considera el Empleador del Titular Asegurado.

1.16. COPAGO.- Monto de los gastos cubiertos que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos antes de recibir los servicios prestados, según se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares para alguna cobertura específica.

1.17. CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO O CUIDADO NEONATAL.- El Cuidado Neonatal abarca los gastos por tratamientos médicos necesarios por Enfermedad, condiciones médicas o desordenes diagnosticados hasta el día en que el niño cumpla quince (15) días de nacido, hasta un Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, por hijo. El Cuidado Neonatal quedará cubierto solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza. Se pagará aplicando deducible y coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del

Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

1.18. DEDUCIBLE ANUAL.- Es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos. El Deducible Anual consta en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y se aplica hasta un máximo de tres (3) deducibles por familia, por Año Póliza.

1.19. DEPENDIENTE.- Significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en unión de hecho con el Titular de Póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de Póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Titular de Póliza, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando dichos hijos tengan más de quince (15) días de nacidos y no tengan más de dieciocho (18) años de edad a la Fecha de Inclusión de la cobertura o la Fecha Vencimiento o Renovación. En el caso de que dichos hijos sean solteros, estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Titular de la Póliza, podrán estar cubiertos hasta que cumplan veinticinco (25) años. Cuando esta póliza otorgue derechos o imponga obligaciones al cónyuge, deberán entenderse éstos otorgados o impuestos a la pareja de hecho. Los Dependientes deberán ser establecidos como tales en la Solicitud de Seguros del Asegurado Titular.

1.20. DEPORTES PROFESIONALES.- A diferencia de amateur, son deportes en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demostraciones o entrenamientos.

1.21. DESORDENES CONGÉNITOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS.- Son trastornos estructurales o funcionales de la etapa intrauterina, o que se manifiesten

desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios, que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades, sistemas o bien alteraciones funcionales.

1.22. DOMICILIO DEL ASEGURADO.- Dirección de residencia de los Asegurados.

1.23. DOMICILIO DEL CONTRATANTE O TOMADOR.- Dirección legalmente establecida del Contratante o Tomador dentro de la República de Costa Rica.

1.24. EDAD.- Cualquier referencia al cumplimiento de una edad determinada se refiere a la edad del Asegurado en la fecha en que la Compañía emita la póliza, realice la inclusión del Asegurado o cuando se proceda a realizar el trámite de renovación.

1.25. EMERGENCIA.- Condición aguda de comienzo repentino o inesperado que requiere tratamiento médico inmediato dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas y de naturaleza tal que es necesario proporcionar tratamiento inmediato caso contrario se pone en riesgo la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales o de un órgano.

1.26. EMPLEADO.- Es el Asegurado Titular quien está en Servicio Activo, y que posee una relación laboral de subordinación con el Tomador de la póliza.

1.27. EMPLEADOR.- Quiere decir Contratante o Tomador, persona que contrata bajo su dependencia a otra para que desempeñe una función.

1.28. ENFERMEDAD.- Se define como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inclusión del Asegurado a la Póliza y durante el Año Póliza.

1.29. ENFERMEDAD INFECCIOSA.- Es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

- 1.30. EPICRISIS.-** Documento médico realizado al momento del alta médica del paciente, el cual contiene un resumen del estado actual, diagnósticos médicos finales, exámenes realizados, tratamiento y plan posterior al alta.
- 1.31. EXAMEN MÉDICO.-** Proceso de control clínico ordenado por un médico para constatar la situación del Asegurado.
- 1.32. FECHA DE INCLUSIÓN.-** Es la fecha de entrada en vigor de un Asegurado a la Póliza la que se especifica en el Certificado de Seguros, y no la fecha de la Solicitud de Seguros. La fecha de inclusión será definida por la Compañía, una vez que las pruebas de asegurabilidad (de ser solicitadas) sean aceptadas por la Compañía.
- 1.33. FECHA DE INICIO.-** Es la fecha de entrada en vigor de la Póliza que se especifica en el Certificado de Seguro y no la fecha de la Solicitud de Seguro.
- 1.34. FECHA DE VENCIMIENTO.-** Es la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.
- 1.35. GASTOS AMBULATORIOS.-** Gastos ocasionados por atenciones médicas que no requieran hospitalización, proporcionadas por un médico o profesional de la salud, a consecuencia de accidente o enfermedad determinada mediante diagnóstico médico. Incluye cirugía ambulatoria, medicamentos y tratamiento médico.
- 1.36. GASTOS HOSPITALARIOS.-** Gastos ocasionados por atenciones médicas que necesaria y médicamente requieren internación en una clínica u hospital por más de veinte y cuatro (24) horas, ordenadas y aprobadas por un médico.
- 1.37. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.-** Gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados, incurridos por el Asegurado, ordenado por un Médico, como consecuencia de un Accidente o de una Enfermedad determinada mediante

diagnóstico médico, dentro de los límites estipulados en estas Condiciones Generales y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza, con excepción de aquellos incurridos por las causas o condiciones indicadas en la Cláusula 3.- Ámbito de Cobertura, apartado 3.3. Exclusiones, de esta Póliza.

- 1.38. GASTOS MÉDICOS NECESARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS.-** Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos certificados por la Compañía. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados de hospitales y servicios médicos según el Área de Cobertura establecida en la Póliza.
- 1.39. GRUPO ASEGURABLE.-** Grupo de personas físicas relacionadas con el Contratante y sobre la cual se hace la oferta de seguro colectivo. Deberá estar constituido por un mínimo de diez (10) Empleados trabajando para el empleador o contratante.
- 1.40. GRUPO ASEGURADO.-** Grupo de personas físicas que pertenecían al Grupo Asegurable y fueron aceptadas por la Compañía. Deberá estar constituido por un mínimo de diez (10) Empleados trabajando para el Empleador o Contratante.
- 1.41. HISTORIA CLÍNICA.-** Descripción sistemática de los acontecimientos médicos y psicosociales de la vida de un paciente, circunstancias familiares, ambientales y de sus ascendientes que puedan tener relación con su estado de salud.
- 1.42. HONORARIOS MÉDICOS.-** Gastos Médicos Necesarios Razonables y Acostumbrados resultantes del cobro de los servicios prestados por el Médico tratante.
- 1.43. HOSPITAL.-** Es cualquier institución legalmente autorizada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se

encuentra domiciliado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico residente.

1.44. LESIÓN.- Es el daño corporal causado por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

1.45. LÍMITE MÁXIMO.- Es el monto máximo de beneficios a que tiene derecho cada Asegurado mientras se encuentre amparado por esta Póliza. Todo beneficio está dentro del Límite Máximo contratado:

a. LÍMITE MÁXIMO POR AÑO PÓLIZA.-

Es la suma máxima asegurada indemnizable por esta póliza a que tiene derecho el Asegurado durante el Año Póliza, para todas las Enfermedades o Accidentes atendidos dentro o fuera del Hospital. El límite está determinado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. **De ningún modo, implica que las coberturas descritas en las Condiciones Particulares pueden extenderse o superar el monto estipulado.**

b. LÍMITE MÁXIMO VITALICIO.- Implica que la cobertura cesará una vez alcanzado el monto estipulado, sin importar las renovaciones de la presente póliza o contrato de tal forma que de ningún modo mientras exista la Póliza o sus renovaciones el valor cubierto al amparo del mismo superará el señalado límite, sin tener en cuenta si la cobertura del Asegurado fue interrumpida o no.

1.46. MEDICAMENTO NECESARIO.- Se refiere a la condición de cualquier tratamiento, servicio, o suministro médico que la Compañía determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. **Dicho tratamiento, servicio o suministro**

no se considerará médicamente necesario si:

- a. **Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la Familia de éste o del proveedor;**
- b. **No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;**
- c. **Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;**
- d. **No se le reconoce médicamente ni científicamente;**
- e. **Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos;**
- f. **Se considera como experimental y no aprobado por las autoridades sanitarias de Costa Rica.**
- g. **Se refiere a un procedimiento meramente estético.**

1.47. MEDICINAS.- Fármacos prescritos por un médico, registrados y autorizados por la autoridad gubernamental respectiva para la venta en farmacias y que se venden solamente bajo receta médica y no la de medicamentos que se pueden adquirir sin la receta de un Médico. Beneficios para Medicinas serán limitados a Medicinas Genéricas, cuando éstas estén disponibles.

1.48. MÉDICO.- Es cualquier persona legalmente habilitada y no impedida para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su licencia y entrenamiento. Para el caso de Costa Rica, el Médico deberá estar incorporado y habilitado en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. **No puede ser el Asegurado o miembro de la familia de este.**

- 1.49. MIEMBRO DE FAMILIA.-** Cónyuge o compañero (a) en unión de hecho, padre, madre, hermano (a), hijo (a), nieto (a), suegro (a), tío (a) del Asegurado.
- 1.50. MODALIDAD CONTRIBUTIVA.-** El Asegurado contribuye en todo o en parte de la prima, que debe ser pagada por el Tomador a la Compañía.
- 1.51. MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA.-** El Asegurado no contribuye en nada con la prima; es el Tomador quien de sus recursos paga la prima a la Compañía.
- 1.52. NOTIFICACIÓN.-** Es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Compañía, llamando al número telefónico que aparece en el Certificado de Seguro del Asegurado.
- 1.53. PAÍS DE RESIDENCIA.-** Se refiere a (1) la República de Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala o Panamá, o (2) el país donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año natural o Año Póliza, o (3) donde el Asegurado haya residido más de ciento ochenta (180) días naturales durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días naturales mientras la Póliza esté en vigor. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado o Tomador deberá notificar a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales de dicho cambio.
- 1.54. PERÍODOS DE CARENCIA O DE ESPERA. -** Tiempo comprendido entre la Fecha de Inclusión del Titular y/o sus dependientes a la Póliza y el momento en que entran en vigor las coberturas descritas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Durante este período la Compañía no está obligada a cubrir los gastos originados por cualquier Enfermedad.
- 1.55. PERÍODO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.-** El plazo máximo será de noventa (90) días naturales contados a partir de la fecha en la que el Asegurado incurra en el primer Gasto Médico

Cubierto. El incumplimiento del plazo establecido en esta Póliza por parte del Asegurado no conllevará efecto adverso alguno a sus intereses económicos derivados de su solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión indemnizatoria. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

- 1.56. PRE-AUTORIZACIÓN.-** Es un proceso mediante el cual la Compañía otorga la aprobación para cualquier procedimiento médico que requiera el Asegurado que esté cubierto por esta Póliza.

La Pre-autorización deberá ser solicitada a la Compañía por el Tomador, Asegurado Titular, o proveedor de servicios médicos dentro de la Red de Proveedores, con anterioridad a la prestación del servicio para que la Compañía tenga la oportunidad de evaluar la cobertura del servicio. En específico, para el caso de Servicios Hospitalarios, deberá ser solicitada por lo menos con tres (3) días hábiles de anticipación.

En el caso de que el Tomador o Asegurado no haya solicitado la Pre-autorización requerida en los tiempos estipulados, se aplicará el porcentaje de Coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares para procedimientos no Pre-autorizados.

La Pre-autorización no es una Garantía de Pago.

En caso de Emergencia no se requerirá Pre-autorización.

- 1.57. PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS.-** Incluyen la prescripción de los medicamentos que se venden solamente bajo receta médica y no la de medicamentos que se pueden adquirir sin la receta de un facultativo.

Este beneficio aplicará a las Prescripciones Facultativas administradas al Asegurado

mientras que se encuentre hospitalizado y que estén relacionadas al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado.

Las Prescripciones Facultativas fuera del Hospital, las cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertas según como se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las Prescripciones Facultativas recetadas como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Facultativas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertas al 100% solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, y (3) cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Compañía.

Las Prescripciones o Medicamentos Especializados deberán ser aprobadas y coordinadas con anticipación por la Compañía y serán consideradas sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los medicamentos especiales que hayan sido aprobados se limitan a máximo 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento.

Prescripciones o Medicamentos Especializados son medicamentos de alto costo, alta complejidad y/o alta prescripción "high touch" utilizados para tratar condiciones complejas, raras o crónicas como cáncer, artritis reumatoide, hemofilia y esclerosis múltiple, entre otras enfermedades. Estos medicamentos pueden requerir manejo y administración especiales (típicamente inyección o

infusión), y los pacientes que usan un medicamento especializado pueden necesitar una supervisión cuidadosa de un proveedor de atención médica que pueda vigilar los efectos secundarios y asegurarse de que el medicamento está funcionando como es debido. Cualquier medicamento no administrado durante una hospitalización será considerado como medicamento ambulatorio.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Prescripciones Facultativas serán solamente tomadas por la Compañía.

1.58. RED MÉDICA O RED DE PROVEEDORES.- Grupo de proveedores incluyendo clínicas, hospitales, laboratorios clínicos y de imagen, farmacias y otros proveedores médicos. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores, la Compañía tiene que coordinar o Pre-autorizar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias. La consulta actualizada a los proveedores inscritos en dicha red es posible a través de los números telefónicos, correos electrónicos o página web de la Compañía, <http://www.seguosbmicr.com>.

Los Asegurados que utilicen Proveedores que no formen parte de la Red de Proveedores de la Compañía, deberán pagar por el servicio prestado, y posteriormente solicitar el reembolso, el cual si es elegible, será pagado al porcentaje indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

1.59. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.- Si un Asegurado tiene programado algún tratamiento médico efectivo (que no sea de emergencia), tendrá que notificar a la Compañía por lo menos tres (3) días hábiles antes del procedimiento programado. A opción de la Compañía se podrá exigir una segunda opinión de un Médico elegido por la Compañía respecto

al tratamiento médico programado. Solo están cubiertas las segundas opiniones médicas que exija y haya coordinado la Compañía. En caso de que la segunda opinión médica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía o tratamiento médico, la Compañía también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Compañía. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía o tratamiento médico, los beneficios de cirugía o tratamiento médico se pagarán de acuerdo con esta Póliza. **Si la Compañía solicita una segunda opinión y la cirugía o tratamiento médico se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Compañía, la Póliza en ese caso no cubrirá el procedimiento médico ni sus secuelas.**

1.60. SEGURO COLECTIVO.- Es el suscrito entre un Contratante o Tomador y la Compañía con el propósito de cubrir, mediante un solo contrato o póliza de seguro, a múltiples asegurados que tengan una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.

1.61. SERVICIO ACTIVO.- Se considera que un Empleado está en Servicio Activo si él/ella están trabajando activamente a tiempo completo, entendido este como cuarenta (40) horas por semana, en el lugar del negocio del Empleador o en cualquier otro lugar que el negocio del Empleador requiera que él/ella deban ir, siempre que esto sea en la República de Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala o Panamá.

1.62. SERVICIO DE AMBULANCIA.- Es la transportación médica de Emergencia a un Hospital local.

1.63. SERVICIOS AMBULATORIOS.- Son todos los servicios recibidos en un centro médico, que no ameritan hospitalización y son atendidos en la unidad de atención ambulatoria del hospital o clínica.

1.64. SERVICIOS HOSPITALARIOS.- Son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicio Ambulatorio y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de veinticuatro (24) horas, o por un período de menos de veinticuatro (24) horas solamente cuando exista una operación programada o cuando el Asegurado pase la noche en el hospital. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Cuarto y Alimento Diario, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

1.65. SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMAGEN.- Análisis de laboratorio e investigación de radiografía y de medicina nuclear, utilizados en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o accidentes. Los servicios de laboratorio clínico e imagen se consideran como parte del tratamiento realizado por especialistas, cuando éstos proveen dichos servicios u ordenen el proceso de su ejecución.

1.66. SUMA ASEGURADA.- Será aquella que conste en el Certificado y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

1.67. TABLA DE BENEFICIOS.- La Tabla de Beneficios máximos detalla todos los gastos médicos que serán indemnizados de acuerdo al presente Contrato. Esta tabla se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza. **De ningún modo, implica que las coberturas descritas en las Condiciones Particulares pueden extenderse o superar el respectivo Límite Máximo estipulado.**

1.68. TITULAR DE LA PÓLIZA.- Asegurado

designado como tal en esta Póliza y en Certificado de Seguros. Todos los demás Asegurados que aparezcan en el Certificado de Seguros serán considerados como Dependientes.

1.69. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE.- Es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes sanos perdidos o dañados en un Accidente, suministrado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de sufrido el Accidente. En el caso que el problema no sea a consecuencia de un Accidente, tal y como se define en la Cláusula 1. Definiciones, literal 1.1. Accidente, el Asegurado será responsable por el total de los cargos incurridos. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

Esta Póliza con sus Condiciones Generales y Particulares, la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud de Seguro del Asegurado, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, los Aditamentos (cuando apliquen), los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna condición de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente el personal autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Cualquier solicitud, notificación o evidencia exigida bajo esta póliza debe ser por escrito.

Debe ser enviada o entregada a la Compañía a una persona autorizada.

Las Condiciones Particulares de la Póliza, prevalecerán sobre las Condiciones Generales y cualquier Aditamentos que exista en la Póliza, así como sobre el Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía se compromete a pagar en el Área de Cobertura, los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados en los que se hayan incurrido como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad o dolencia de que se trate, conforme los términos y condiciones indicados en esta Póliza y a lo especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los beneficios cubiertos serán pagados aplicando en primer lugar el Deducible y posteriormente una vez este se consuma se aplicará el Coaseguro. El detalle del Deducible y Coaseguro que se aplica a la presente Póliza están especificados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

La Compañía cuenta con una Red de Proveedores que prestarán los servicios médicos pertinentes según se define en la Cláusula 1. Definiciones, apartado 1.58. Red Médica o Red de Proveedores.

La cobertura durante los primeros noventa (90) días naturales de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosa.

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

3.2.1. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

Conforme a la cobertura de esta Póliza, los Asegurados podrán gozar de los siguientes

beneficios, sujetándose a los límites que sean aplicables y definidos en el apartado 3.4. Límites y a lo especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de esta Póliza:

a. Servicios Médicos y Quirúrgicos dentro del Hospital:

Gastos Hospitalarios necesarios, razonables y acostumbrados en que incurre el Hospital en la atención del Asegurado tales como sala de operaciones, sala de recuperación, material quirúrgico, anestésicos, oxígeno, insumos, exámenes de laboratorio, radiología, medicamentos, tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis, transfusiones y todos los demás servicios requeridos de acuerdo al diagnóstico del Asegurado, hasta el Límite Máximo por Año Póliza, Deducible y Coaseguro indicados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado, sujetos a los límites y exclusiones establecidos en las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer.

b. Servicios Ambulatorios:

Gastos Ambulatorios necesarios, razonables y acostumbrados en que el Asegurado incurre como resultado de atención médica que no requiere hospitalización, tales como, exámenes de laboratorio, radiología, medicamentos, consulta médica, cirugía ambulatoria, tratamientos médicos y todos los demás servicios requeridos de acuerdo al diagnóstico del Asegurado, hasta el Límite Máximo por Año Póliza, Deducible y Coaseguro indicados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado, sujetos a los límites y exclusiones establecidos en las

Condiciones Generales y Particulares de esta Pólizas. Este servicio está limitado a cirugías y atención médica que no requieran hospitalización.

c. Cuarto y Alimento Diario:

Gastos necesarios, razonables y acostumbrados en que incurre el Asegurado por concepto de habitación y alimentación, suministrados durante su permanencia por un período no menor a veinticuatro (24) horas en el Hospital, por cada día de internación, por persona, por Enfermedad o Accidente, hasta el límite de días y valor estipulados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. El Cuarto Diario podrá ser privado, semi-privado o múltiple, según se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

d. Unidad de Cuidados Intensivos:

Gastos médicos incurridos por el Asegurado por los cargos necesarios, razonables y acostumbrados, suministrados en un Hospital por concepto de cama, equipos, instalaciones, alimentación y demás servicios de hospital durante su permanencia en el área de cuidados intensivos, por cada día de internación, por persona, por Enfermedad hasta el límite de días y valor estipulados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. **No se considerará unidad de cuidados intensivos la adecuación del cuarto diario con equipos especiales.**

e. Unidad de Cuidados Intermedios:

Gastos médicos incurridos por el Asegurado por los cargos necesarios, razonables y acostumbrados, suministrados en un Hospital por concepto de cama, equipos, instalaciones, alimentación y demás servicios de hospital durante su permanencia en el área de cuidados intermedios, por cada día de internación, por persona, por Enfermedad hasta el límite de días y valor estipulados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. **No se considerará unidad de cuidados intermedios la adecuación del cuarto diario con equipos especiales.**

El costo por cuarto diario y por unidad de cuidados intensivos y/o intermedios no se pagará en un mismo día.

f. Honorarios Médicos:

Gastos necesarios, razonables y acostumbrados resultantes del cobro de los servicios prestados por el Médico tratante a causa de una Enfermedad o Accidente cubierto por esta Póliza. Para los Médicos anesthesiólogos y/o ayudante, este último únicamente para cirugías laparoscópicas y cirugías de alta complejidad, que participen en procedimientos quirúrgicos se tomará en cuenta para el cálculo de la indemnización correspondiente, el treinta (30%) y el veinte (20%) por ciento, respectivamente, de los honorarios del cirujano principal para cada uno de ellos.

g. Emergencia por Accidente:

Es el tratamiento medicamente necesario a consecuencia de lesiones accidentales, suministrado dentro de las veinticuatro (24) horas inmediatas al Accidente. Se pagará sin aplicar Deducible ni Coaseguro, hasta el Límite Máximo por Año Póliza detallado en la Tabla de Beneficios de las

Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que no se convierta en un tratamiento hospitalario, en cuyo caso se aplicará Deducible y Coaseguro de la Póliza. **No se considera Accidente cuando el evento hubiere sido causado por el propio Asegurado estando o no en uso de capacidades mentales o bajo el efecto de consumo de alcohol y/o de cualquier sustancia estupefaciente o psicotrópica.**

h. Emergencia por Enfermedad:

Es el tratamiento medicamente necesario a consecuencia de una de las siguientes condiciones médicas: hemorragias, convulsiones, dolor pre-cordial en sus primeras doce (12) horas o infarto del miocardio, dolor abdominal agudo, insuficiencia respiratoria severa, estados de shock, episodios neurológicos agudos, deshidratación, crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, trombosis, fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento o confusión, intoxicación aguda, cólico renoureteral o biliar, vómito y diarrea severas, reacción alérgica aguda, retención aguda de orina, así como cualquier otra enfermedad definida como emergencia médica o urgencia.

Se pagaran bajo los gastos necesarios, razonables y acostumbrados aplicando el Coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares hasta el Límite Máximo por Año Póliza, no aplica deducible, siempre que no se convierta en un tratamiento hospitalario, en cuyo caso se aplicará el deducible y Coaseguro de la Póliza indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

En caso de que la condición médica atendida no califique dentro del presente listado o en la definición de Emergencia del presente contrato, el Asegurado deberá cancelar el cien por ciento (100%) de los

gastos incurridos por la atención médica recibida, y solicitar posteriormente a la Compañía el correspondiente reembolso que será con base a los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados, aplicando el Deducible y Coaseguro de un servicio Fuera de la Red indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado, hasta el Límite Máximo por Año Póliza establecido.

i. Máxima Estadía Hospitalaria:

Es el tiempo máximo durante el cual el Asegurado por razones médicamente necesarias requiere permanecer internado en el Hospital. Está limitado al tiempo en que el médico tratante establezca. La Compañía se reserva el derecho de determinar la necesidad del tiempo planteado.

j. Trasplante de Órganos:

Se refiere al costo de Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea, o páncreas. **Ningún otro Trasplante es cubierto.** Este beneficio está disponible únicamente con pre-autorización y a través de la Red de Proveedores. El Límite Máximo Vitalicio de este beneficio se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

k. Medicamentos Hospitalarios:

Son aquellos medicamentos necesarios administrados al Asegurado mientras se encuentre hospitalizado y que están relacionados al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado. Quedarán cubiertas bajo los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados aplicando el Deducible y Coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de

Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Se cubrirán medicamentos al momento del Alta Médica por un máximo de diez (10) días naturales de tratamiento.

l. Medicamentos Ambulatorios:

Son aquellos medicamentos necesarios recetados al Asegurado por su Médico tratante relacionadas a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza. Se debe presentar a la Compañía una copia de la receta médica y el recibo original desglosado acompañando el reclamo. Quedarán cubiertas bajo los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados aplicando el Deducible y Coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

m. Servicio de Ambulancia Local:

Es la transportación médica de emergencia a un Hospital local, en Costa Rica. Dicho servicio será cubierto hasta el monto indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

n. Maternidad:

Esta cobertura incluye el parto normal, cesárea y todos los gastos prenatales de la madre, desde el momento de la concepción hasta cuarenta (40) días naturales después del parto, incluyendo los gastos de recepción del recién nacido. El beneficio se pagará si la maternidad estuviere cubierta de conformidad con las condiciones de este contrato. Esta cobertura se pagará de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Este beneficio está disponible únicamente para la Titular o para la cónyuge o compañera en unión de hecho del Titular,

siempre que haya tenido cobertura bajo el presente contrato.

El Límite Máximo de esta cobertura se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

La cobertura está limitada a embarazos en los que la fecha del parto en sí ocurra por lo menos a los doce (12) meses después de la Fecha de Inclusión del respectivo Asegurado.

Este beneficio no está disponible si la Maternidad es excluida bajo cualquier otra provisión de esta Póliza.

o. Complicaciones de Maternidad:

Para efectos de esta Póliza, se consideran Complicaciones de Maternidad, las que a continuación se indican: Embarazo ectópico; Edema y proteinuria gestacionales (inducidos por el embarazo) sin hipertensión; Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo); Preeclampsia y Eclampsia; Hemorragia precoz del embarazo; Amenaza de aborto; Infección de las vías genitourinarias en el embarazo; Diabetes mellitus que se origina con el embarazo; Atención materna por desproporción conocida o presunta; Atención materna por isoimmunización Rhesus; Atención materna por muerte intrauterina; Atención materna por déficit del crecimiento fetal; Atención materna por crecimiento fetal excesivo; Polihidramnios; Oligohidramnios; Ruptura prematura de las membranas; Placenta previa; Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae); Parto prematuro; Hemorragia postparto; Retención de la placenta o de las membranas; Sepsis puerperal; Infecciones de la mama asociadas con el parto.

Las Complicaciones de Maternidad serán cubiertas solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza. Este beneficio está limitado al monto indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares por embarazo.

Para propósitos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea previa, no son consideradas Complicaciones de Maternidad. Maternidades que no se consideren como Complicaciones de Maternidad estarán limitadas al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

p. Aborto Espontaneo:

Gastos Médicos Necesarios, Razonables Y Acostumbrados en que incurre el Asegurado por concepto de la atención de un aborto espontaneo, siempre y cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza y se indique en el Certificado de Seguro. Este beneficio está limitado al Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

q. Cuidado del Recién Nacido:

Monto hasta por el cual tiene derecho el hijo recién nacido para todos los tratamientos médicos necesarios por Enfermedad, condiciones médicas o desordenes diagnosticados hasta el día en que el niño cumpla quince (15) días naturales de nacido. Esta cobertura se brinda de acuerdo al Límite Máximo Vitalicio especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se reconoce aplicando Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Agotado el monto de la cobertura no está sujeto a nuevo otorgamiento y cesa toda responsabilidad de la Compañía. Esta

cobertura aplicará únicamente si el beneficio de Maternidad para la Titular de la Póliza, la cónyuge o compañera en unión de hecho del Titular haya tenido cobertura bajo el presente contrato. El hijo Recién Nacido deberá ser incluido en la póliza en los primeros quince (15) días naturales de nacido para seguir disfrutando del beneficio hasta el Límite Máximo Vitalicio estipulado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, en el caso de no ser incluido en ese tiempo el beneficio bajo esta cobertura cesará al cumplir los quince (15) naturales días de nacidos.

La Compañía no asumirá ninguna responsabilidad ni obligación en exceso al monto fijado para este beneficio de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza.

r. Control de Niño Sano:

El Control de Niño Sano abarca las consultas médicas y vacunas que indica el Ministerio de Salud de la República de Costa Rica, hasta el Límite Máximo por Año Póliza por niño indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Este beneficio se otorgará siempre que la Póliza esté vigente, hasta que el niño cumpla los cinco (5) años de edad.

Esta cobertura aplicará únicamente si el beneficio de Maternidad para la Titular de la Póliza, la cónyuge o compañera en unión de hecho del Titular haya tenido cobertura bajo el presente contrato y el beneficio se indique en el Certificado. El hijo Recién Nacido deberá ser incluido en la póliza en los primeros quince (15) días naturales de nacido para disfrutar de este beneficio, en el caso de no ser incluido en ese tiempo el beneficio bajo esta cobertura no procederá.

El Período de Espera aplicable para esta cobertura es de doce (12) meses después de la Fecha de Inclusión de la Titular de la

Póliza, la cónyuge o compañera en unión de hecho del Titular en la Póliza.

s. Cobertura Dental:

s.1. Cobertura Dental de Emergencia por Accidente:

Tratamiento necesario para restituir o reemplazar sólo piezas dentales naturales, pérdidas o dañadas, en un accidente, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de sufrido el accidente. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

s.2. Extracción de Terceras Molares Impactadas:

De acuerdo al Límite Máximo y coaseguro establecido en Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, tendrá cobertura solo el costo de la cirugía por la extracción de terceras molares, si se encuentran impactadas. Se requiere pre-autorización por parte de la Compañía para la cual se solicitaran radiografías. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

t. Fisioterapia:

Tratamiento de fisioterapia prescrito por el médico tratante del Asegurado y necesarias como consecuencias de una enfermedad o accidente cubierto bajo esta póliza, cubiertas bajo los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados aplicando el Deducible y Coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Esta cobertura se brinda de acuerdo al Límite Máximo por año Póliza especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

u. Condiciones Pre-existentes:

El Período de Espera y el Límite Máximo por año póliza de este beneficio, estará

establecido en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes Declaradas serán cubiertas después de la fecha de inclusión en la Póliza para el Asegurado hasta el Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Periodo de Espera aplicable haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en el Certificado de Seguro.

Bajo esta Póliza, no se encuentran cubiertos los tratamientos por Condiciones Pre-existentes no declaradas. Adicionalmente, las Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada a la Compañía podrá resultar en la negación de un reclamo. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.

v. Cobertura para Desórdenes Congénitos:

El beneficio máximo para cobertura de Desórdenes Congénitos diagnosticados antes de que el Asegurado cumpla los quince (15) días naturales de nacidos será hasta el Límite Máximo Vitalicio para Cuidados del Recién Nacido especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

w. Cobertura por VIH - SIDA:

Estarán cubiertos los Gastos Médicos Necesarios, Razonables Y Acostumbrados en que se proporcionan al Asegurado a consecuencia del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo. El tratamiento será cubierto solamente cuando la Enfermedad haya sido adquirida únicamente como resultado de una transfusión sanguínea recibida o de una Lesión o Accidente de trabajo sufrido, después de la inclusión del Asegurado en

la Póliza, siempre y cuando esta cobertura se indique en el Certificado y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. El Límite Máximo Vitalicio de esta cobertura se encuentra indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

x. Papanicolaou:

Si el Asegurado es una mujer se cubrirán los Gastos Médicos Necesarios, Razonables Y Acostumbrados en que incurra por concepto de la ejecución de la prueba diagnóstica que consiste en recoger una muestra de células del cérvix o cuello del útero y del canal cervical para enviarlas al laboratorio y someterlas a estudio. Este beneficio está limitado a una vez por año póliza, solo para el Titular o Cónyuge Asegurado si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto solo por reembolso según costo razonable y acostumbrado.

y. Mamografía:

Si el Asegurado es una mujer se cubrirán los Gastos Médicos Necesarios, Razonables Y Acostumbrados en que incurra por concepto de la ejecución de un tipo de imagen médica especializada que utiliza un sistema de dosis baja de rayos X para visualizar el interior de las mamas. Este beneficio está limitado a una vez por año póliza, solo para la Titular o Cónyuge asegurado, mujer mayor a cuarenta (40) años de edad, si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este

beneficio será cubierto solo por reembolso según costo razonable y acostumbrado.

z. Salpingectomía:

Si el Asegurado es una mujer se cubrirán los Gastos Médicos Necesarios, Razonables Y Acostumbrados en que incurra por concepto de la ejecución del método de esterilización femenina que consiste en cortar las trompas de Falopio. Este beneficio tiene un límite de por vida, solo para el Titular o Cónyuge asegurado si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

aa. PSA: (Antígeno Prostático Específico)

Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados en que incurre el Asegurado por concepto de la ejecución de un examen de sangre para determinar niveles alterados de PSA. El PSA es una sustancia proteica sintetizada por células de la próstata. Es una glicoproteína cuya síntesis es exclusiva de la próstata. Este beneficio está limitado a una vez por año póliza, solo al Titular o Cónyuge hombre mayor a 40 años de edad, según se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica deducible y coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto solo por reembolso según costo razonable y acostumbrado.

bb. Vasectomía:

Si el Asegurado es un hombre se cubrirán los Gastos Médicos Necesarios,

Razonables Y Acostumbrados en que incurra por concepto de la ejecución del procedimiento quirúrgico para la esterilización masculina y/o control de natalidad permanente en el cual los conductos deferentes, los conductos que llevan los espermatozoides de un hombre, son ligados y cortados para prevenir que los espermias entren al flujo seminal. Este beneficio tiene un límite de por vida según se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro y es solo para el Titular o Cónyuge Asegurado. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

cc. Consultas Psiquiátricas:

Serán cubiertas solamente cuando las mismas estén relacionadas a, o sean a consecuencia de, una Enfermedad cubierta bajo esta Póliza. Este beneficio está limitado a Consultas Psiquiátricas ambulatorias médicamente necesarias cuando hayan sido prescritas por el Médico tratante y cuando las mismas sean proporcionadas por un Médico psiquiatra legalmente habilitado y no impedido, hasta el monto por consulta indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. **Ningún otro tratamiento psiquiátrico estará cubierto bajo esta Póliza incluyendo Prescripciones Facultativas.** Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

dd. Calzado Ortopédico:

El Calzado Ortopédico se utiliza para corregir las malformaciones de las piernas o de los pies, dichas malformaciones deben ser diagnosticadas por un Médico legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud. Este beneficio se otorga una vez al año si aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro y tendrá cobertura hasta el límite indicado en dichos documentos. No aplica deducible ni coaseguro. Esta cobertura aplica únicamente contra reembolso. Siempre y cuando el Tomador haya pagado la prima adicional correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares Certificado de Seguro.

ee. Tratamiento de Enfermedades Sexualmente Transmisibles:

Se define como los servicios y costos médicos que se proporcionan al Asegurado a consecuencia de Enfermedad Sexualmente Transmisible. El Tratamiento será cubierto solamente cuando la enfermedad haya sido adquirida después de la Fecha de Inicio de la Póliza.

Las siguientes enfermedades no están cubiertas bajo este beneficio:

- a. Herpes (todo tipo)**
- b. Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Esta cobertura se brinda de acuerdo al Límite Máximo por año Póliza especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

3.2.2. COBERTURAS ADICIONALES

Son coberturas opcionales que el Tomador de la Póliza puede adquirir mediante el pago de la prima adicional que corresponda y estarán vigentes si aparecen en el Certificado de Seguro de esta Póliza y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Las Coberturas Adicionales son las siguientes:

a. Chequeo Preventivo Anual:

Exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud y los exámenes de laboratorio realizados en centros médicos especializados. Este beneficio se otorga una sola vez por año Póliza, al Titular de la Póliza y su cónyuge, siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio será cubierto solo bajo la Red de Proveedores.

La contratación del presente aditamento imposibilita la contratación del Aditamento de Paquete de Chequeo Médico Preventivo, por lo que no se podrá contratar ambos a la misma vez.

b. Beneficio Óptico:

Están cubiertos los gastos por medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular, también están cubiertos el costo de aros, lentes y lentes de contacto, en caso de ser medicamente necesarios por referencia de un oftalmólogo o un optometrista. Este beneficio se otorga una sola vez por año Póliza, al Titular de la Póliza y su cónyuge, siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

c. Renta Diaria por Hospitalización:

Siempre que la Hospitalización sea medicamente necesaria, se indemnizará al Asegurado Titular por cada día que se encuentre hospitalizado a causa de Enfermedad o Accidente cubierto por esta póliza y hasta el máximo de días indicados en

la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

d. Asistencia Viajera:

Los beneficios estarán disponibles cuando se indique en el Certificado de Seguro y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Para tener derecho a estos beneficios, el Asegurado deberá pre-autorizar a la Compañía llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación.

Bajo esta cobertura adicional tendrán cobertura las emergencias médicas por enfermedad o accidente durante viajes al exterior, **siempre y cuando el viaje no exceda treinta (30) días consecutivos y con un máximo de sesenta (60) días anuales.** Esta cobertura también ofrece: transportación aérea de emergencia médica, transportación para acompañante, repatriación médica, centro de operaciones a disposición, desplazamiento de un acompañante fuera del país de residencia, estancia para acompañante, transportación personalizada, arreglos de alojamiento en hoteles seleccionados, repatriación de restos mortales, otras asistencias médicas, regreso de menores de edad en caso de muerte del Titular e información médica a familiares y/o empleador.

e. Paquete de Chequeo Médico Preventivo:

Exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud y/o exámenes de laboratorio realizados por un centro médico especializado de la Red de Proveedores, previamente definidos y acordado con el Tomador de la Póliza. Este beneficio se otorga una sola vez por año Póliza, al Titular de la Póliza y su cónyuge, siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza. Este beneficio será cubierto solo bajo la Red de Proveedores y solo bajo la

coordinación de la Compañía en la sede del Tomador de la póliza o donde se haya acordado previamente. El Paquete de Chequeo Médico Preventivo será establecido según lo solicitado por el Tomador previo a la contratación del seguro donde se definirán los exámenes de laboratorio, examen médico que conformará el paquete contratado.

La contratación del presente aditamento imposibilita la contratación del Aditamento de Chequeo Médico Preventivo Anual, por lo que no se podrá contratar ambos a la misma vez.

3.2.3. COBERTURA DE SERVICIOS

Mediante el pago de la prima adicional que corresponda, el Tomador puede adquirir una Cobertura Opcional de Servicios Odontológicos y/o Tarjeta MAS. Esta estará vigente si aparece en el Certificado de esta Póliza y Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

3.3. EXCLUSIONES

Los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos de esta Póliza:

- 1. Todo tratamiento relacionado con Condiciones Pre-existentes no declaradas y aquellas específicamente excluidas, según consta en el Certificado de Seguro del Asegurado, si las hubiese a menos que sea enmendado o que se estipule lo contrario en las Condiciones Particulares.**
- 2. Cualquier tratamiento durante los primeros noventa (90) días naturales después de la Fecha de Inicio de la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosa.**
- 3. Cualquier tratamiento que requiera ser certificado o pre-autorizado, pero que no haya sido certificado o pre-autorizado por la Compañía, a menos que se indique lo contrario en el**

apartado 1.56. Pre-Autorización de la Cláusula 1. Definiciones.

4. Cualquier tratamiento que exceda los límites de cobertura.
5. Todo gasto donde se compruebe que el Tomador y/o Asegurado omitió información o hizo declaraciones falsas o incorrectas de forma intencional.
6. Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo necesario, razonable y acostumbrado por ese servicio en esa zona.
7. Exámenes Médicos de Rutina excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura Adicional de Chequeo Médico Preventivo Anual que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura.
8. Vacunas, excepto a como se define en esta Póliza.
9. Expedición de certificados médicos, testificaciones médicas con propósitos de viajes o de obtención de empleos.
10. Exámenes rutinarios de los oídos así como aparatos en caso de hipoacusia.
11. Exámenes rutinarios de la vista, los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión. Asimismo, los tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría), excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura Adicional de Beneficio Óptico que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura.
12. Todo examen o tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal, a menos que sea requerido como consecuencia de un accidente durante la vigencia de la póliza.
13. Toda lesión de piezas dentales sucedidas durante el acto de masticación.
14. Equipos Médicos Duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física o vocacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro Equipo Médico Duradero.
15. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto a como se define en esta Póliza.
16. Costos por aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.
17. Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, autismo; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas, excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura de Consultas Psiquiátricas que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura de esta Póliza.
18. La cirugía electiva o cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de Lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.
19. Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por Accidente o trauma. Evidencia de trauma tendrá que ser confirmado

radiográficamente (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).

20. Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicido, abuso al alcohol, abuso o adicción a drogas y/o a estupefacientes, así como los originados por delitos o faltas a la ley, aun cuando la persona no hubiera estado en uso de sus facultades mentales.
21. Accidente o enfermedad proveniente del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, así como las originadas en delitos o faltas a la ley.
22. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con el accidente o la enfermedad.
23. Tratamiento de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas la enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo, si el mismo es adquirido por una causa diferente a una transfusión sanguínea recibida o de una Lesión o Accidente de trabajo sufrido, después de la inclusión del Asegurado en la Póliza .
24. Tratamientos por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas.
25. Costo y adquisición de Trasplante de Órgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes cubiertos según se define en esta Póliza.
26. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivo mono o biventriculares.
27. Gastos de cualquier criopreservación y la implantación o re-implantación de células vivas.
28. Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.
29. Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas, incluyendo personal que labore como guardia de seguridad.
30. Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.
31. Medicina complementaria o alternativa, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, capacitación en auto atención, auto cuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina Oriental

- incluyendo acupuntura; reiki, terapias holísticas; terapia de quelación; tratamientos quiroprácticos, masaje y terapias herbales. Todo tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o que se considere experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.
32. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo o asilos de ancianos.
33. Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.
34. Todo método anticonceptivo cuyo fin sea el control de la natalidad. Todo gasto para la esterilización masculina (vasectomía) o femenina, inversión de la esterilización, excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura de Consultas de Vasectomía y/o Salpingectomía que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura de esta Póliza.
35. Todo gasto para cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuación sexual y/o enfermedades sexualmente transmisibles, excepto como se define en esta Póliza.
36. Maternidades y Cuidados Neonatales como consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso que el embarazo dure menos de treinta y dos (32) semanas.
37. Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento relacionado con talla corta, delgadez, sobrepeso, obesidad o el control de peso en general, incluyendo toda forma de suplemento alimentario.
38. Cuidados podiátricos incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, hallux valgus, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma. Con excepción del Calzado Ortopédico, si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.
39. Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.
40. Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.
41. Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craniomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación.
42. Prescripciones Facultativas o Medicinas de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Prescripciones Facultativas no recetadas; Prescripciones Facultativas excepto como se define bajo esta Póliza.
43. Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de

la Póliza, como resultado de Enfermedades, Accidentes o Maternidades durante el período de Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido renovada.

44. Tratamiento para lesiones resultando de la participación en competencias demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.
45. Enfermera privada dentro o fuera del hospital.
46. Gastos médicos por concepto de tratamientos que ocurran con posterioridad a la expiración o terminación de este Contrato y/o termine el beneficio individual de cada titular y dependiente.
47. Enfermedades que sean declaradas como epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud Pública o por autoridad competente o por organización mundial reconocida.
48. Gastos ocasionados por trastornos relacionados con el sueño.

3.4. LÍMITES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza, en los apartados 1. Definiciones, 3. Ámbito de Cobertura y 3.3. Exclusiones:

- Todos los beneficios están sujetos al Deducible Anual según consta en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Todos los beneficios están sujetos al Coaseguro que se indique en la Tabla de

Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

- Los beneficios otorgados por esta póliza están sujetos al Límite de Coaseguro especificado en el apartado 1.9.a. Límite de Coaseguro de la Cláusula 1. Definiciones, que se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Condiciones Pre-existentes quedarán cubiertas hasta el Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, siempre y cuando el período de espera aplicable haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en el Certificado de Seguro.
- Los Asegurados deberán solicitar pre-autorización para todos los procedimientos médicos según se indica en el apartado 1.56. Pre-Autorización de la Cláusula 1. Definiciones, exceptuando de las emergencias, como se indica en el apartado 3.2.1. Cobertura de Gastos Médicos.
- Cuarto y Alimento Diario en el Hospital será cubierto hasta el monto que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Unidad de Cuidados Intensivos será cubierta aplicando deducible y coaseguro hasta el monto que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Unidad de Cuidados Intermedios será cubierta aplicando deducible y coaseguro hasta el monto que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

- Máximo de estadía en el Hospital está limitado al tiempo en que médico tratante establezca por Enfermedad o Accidente o tratamiento relacionado a dicha Enfermedad o Accidente.
- Trasplante de Órgano está limitado por Asegurado, de por vida hasta el Límite Máximo Vitalicio que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Los Medicamentos Hospitalarios quedarán cubiertas bajo los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados aplicando el deducible y coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Se cubrirán medicamentos al momento del Alta Médica por un máximo de diez (10) días naturales de tratamiento.
- Los Medicamentos Ambulatorios quedarán cubiertas bajo los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados aplicando el deducible y coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Servicio de Ambulancia Local está limitado por Asegurado, por Año Póliza, hasta el monto por evento indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. La Cobertura Dental estará limitada a lo que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- La Fisioterapia estará limitada según a lo que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Servicios Ambulatorios estará limitada según a lo que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Beneficios por Maternidad se cubrirá al aplicando deducible y coaseguro, limitado al monto indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares por embarazo.
- Complicaciones de Maternidad se cubrirá según la insta definida en estas Condiciones Generales aplicando deducible y coaseguro, limitado al monto indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Aborto Espontaneo, este beneficio está limitado al Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Cuidado del Recién Nacido limitado indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares por niño, de por vida durante los primeros quince (15) días de vida, si la madre cuenta con la cobertura de maternidad al momento del parto. Se aplica deducible y coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

CLÁUSULA 4.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

El Tomador, se encuentra obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- El Tomador es responsable de pagar puntualmente la prima, como se explica en la Cláusula 5. Prima, de esta Póliza.
- El Tomador deberá suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro, exámenes médicos, y formularios de adición que apliquen, de los Asegurados.
- Si la modalidad es Contributiva, el Tomador deberá entregar a la Compañía el consentimiento de la persona Asegurada.
- El Tomador deberá notificar a la Compañía, en un plazo de treinta (30) días

naturales de haber recibido la Póliza, si alguna información es incorrecta o está incompleta.

- El Tomador deberá informar por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos del caso, en cuanto a:
 - o Nuevas adiciones de dependientes;
 - o Exclusiones de dependientes;
 - o Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza;
 - o Cambio de País de Residencia de los Asegurados;
 - o Suscripción de nuevos contratos, según se indica en el apartado 10.8 Pluralidad de Seguros.

El Asegurado, se encuentra obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- El Asegurado deberá declarar la edad exacta.
- El Asegurado se compromete a entregar al Tomador y este a someter a consideración de la Compañía, mediante el Formulario de Reclamación de la Compañía, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación, según se indica en la Cláusula 8. Notificación y Atención a Reclamos, de esta Póliza.
- El Asegurado deberá contactar a la Compañía por lo menos tres (3) días hábiles antes de cualquier hospitalización electiva. En caso de Servicios Ambulatorios la notificación deberá hacerse previo a la prestación del servicio para que la Compañía tenga la oportunidad de evaluar la cobertura del servicio. Si ocurriera un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Compañía en un plazo de siete (7) días hábiles de haber comenzado el

tratamiento, según se indica en el apartado 8.1.

Salvo que el Asegurado pueda comprobar que existió caso fortuito o de fuerza mayor, **la falta de notificación a la Compañía dentro del plazo exigido podrá ocasionar el atraso de la gestión indemnizatoria. En el caso de que hubiera ocurrido dolo o culpa grave, se producirá la pérdida al derecho de indemnización.**

CLÁUSULA 5.- PRIMA

5.1. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador es responsable de pagar puntualmente la prima. La prima es pagadera en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Adicionalmente, el Tomador puede escoger el pago fraccionado de la prima de acuerdo con la política de la póliza. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima como notificación al Tomador del Seguro. Si el Tomador no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días naturales antes de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, o de cualquier Prima, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Compañía o su Sucursal.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía en su Casa Matriz, su Sucursal o en la cuenta bancaria que al efecto se designe, durante el Período de Gracia tal y como se establece en el apartado 5.3. Período de Gracia, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

Los ajustes de prima originados por modificaciones a esta póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez (10) días naturales contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. Si la

modificación origina devolución de prima, la Compañía deberá efectuarla en un plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la solicitud.

5.2. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

Esta póliza no tiene recargo por fraccionamiento.

5.3. PERÍODO DE GRACIA

Si las primas no son recibidas por la Compañía antes de la fecha de vencimiento, la Compañía concederá un Período de Gracia de treinta (30) días naturales después de la fecha de vencimiento para que la prima pueda ser pagada. Si la prima no es recibida por la Compañía durante el Período de Gracia, la Póliza y todos sus beneficios caducarán, efectivos en la fecha de vencimiento de la prima. La Compañía no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras la prima no haya sido pagada.

5.4. DEVOLUCIONES

Si un Asegurado o la Compañía anula la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido o renovado, notificando con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en que se dará por terminada la Póliza, la Compañía devolverá la porción no devengada de la prima. La porción no devengada de la prima está basada en trescientos sesenta y cinco (365) días, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada, deducido el treinta por ciento (30%) correspondiente a los gastos administrativos que genera el trámite y gestión de dicha devolución. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. La Compañía deberá efectuar la devolución en un plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la solicitud.

Si la modalidad de contratación es Contributiva, dicha devolución se efectuará al Tomador, y se distribuirá entre el Tomador y

Asegurados proporcionalmente según se indica en el Certificado del Seguro.

En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la prima a ser devuelta se le pagará a la masa hereditaria del Asegurado de Póliza.

CLÁUSULA 6.- AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS

La Compañía tendrá facultad para ajustar el precio de la prima, tomando en consideración, entre otros, los siguientes factores: a) resultados o experiencia de los últimos doce (12) meses de todo el plan de seguros, b) reclamos presentados en los últimos doce (12) meses en relación al plan de seguros c) inflación estimada para los siguientes doce (12) meses, d) desviaciones y/o cambios en los costos médicos y hospitalarios, e) modificaciones o incrementos en los beneficios de la póliza, f) cambio de edad de cualquier Asegurado y g) aumento en los costos de administración. La Compañía notificará al Tomador cualquier cambio en el monto de la prima por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento del Año Póliza en que entre en vigencia la nueva prima. Se entenderá que el Tomador de la Póliza ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo estipulado.

CLÁUSULA 7.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

A.- RECARGOS

Previo a la aceptación de la Solicitud de Seguro de un Asegurado propuesto, la Compañía evalúa la información de salud, historial médico del Asegurado propuesto y de su familia, ocupación y pasatiempos, para clasificar al Asegurado dependiendo del riesgo que representa por sus características particulares.

Se otorga una clasificación de normal o estándar a un Asegurado propuesto cuando dicha persona no representa un riesgo elevado. Se clasifica subestándar a un Asegurado propuesto cuando éste representa un riesgo elevado de morbilidad por sus condiciones de salud, ocupación y pasatiempos.

En los casos en que se clasifica a un Asegurado propuesto con riesgo subestándar, se utilizarán los manuales de selección de riesgo de la Compañía para determinar las restricciones y/o condiciones especiales en que un Asegurado propuesto puede ser aceptado, y para evaluar las primas comerciales o de tarifa a aplicar.

Cada caso es evaluado individualmente sobre la base de los resultados de los exámenes solicitados e historial clínico del Asegurado propuesto, y si se determina el que caso es elegible para ser aprobado de manera subestándar, el seguro será emitido, siempre que el Tomador o en caso de modalidad Contributiva el Asegurado propuesto, acepte pagar un recargo en la prima de tarifa, conforme a lo que indiquen los manuales de selección de riesgo de la Compañía.

B. DESCUENTOS

La Compañía podrá aplicar un descuento por volumen para determinados grupos de asegurados.

Los descuentos se aplicarán según el número de Asegurados del grupo, de acuerdo al siguiente cuadro:

Número de Asegurados	Rango de Descuento
20 - 100	0% a 5%
101 - 300	0% a 7%
301 - 600	0% a 10%
601 o más	0% a 15%

El porcentaje de descuento otorgado se mantendrá por el año póliza.

La Compañía tendrá la facultad de revisar en la renovación si el Grupo Asegurado cumple con las condiciones de volumen necesarias

para la aplicación de dichos descuentos y se valorará si se le aplica un descuento mayor o menor basado en el número de Asegurados.

CLÁUSULA 8.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

8.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Compañía por lo menos tres (3) días hábiles antes de cualquier hospitalización electiva. En caso de Servicios Ambulatorios la notificación deberá hacerse previo a la prestación del servicio para que la Compañía tenga la oportunidad de evaluar la cobertura del servicio. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Compañía en un plazo de siete (7) días hábiles de haber comenzado el tratamiento. Salvo que el Asegurado pueda comprobar que existió caso fortuito o de fuerza mayor, **la falta de notificación a la Compañía dentro del plazo exigido podrá ocasionar el atraso de la gestión indemnizatoria, en el caso de que hubiera ocurrido dolo o culpa grave, se producirá la pérdida al derecho de indemnización.** No obstante, se recomienda notificarle a la Compañía en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas de haber comenzado el tratamiento con el fin de que la Compañía coordine el pago de los beneficios.

8.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN

La Prueba escrita de Reclamación incluyendo reclamación por Maternidad, deberá someterse a la consideración de la Compañía, mediante el Formulario de Reclamación de la Compañía, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación. Para la tramitación de las

reclamaciones, el Asegurado deberá aportar los siguientes documentos:

- a) Formulario de reclamación;
- b) Las facturas y/o recibos originales de la farmacia, clínica u hospital y/o honorarios médicos en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos ni facturas. Las tasas de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con las tasas de cambio del mercado libre, vigentes en el momento que la Compañía reciba la reclamación debidamente documentada por el Asegurado;
- c) Recetas médicas e indicaciones de medicina;
- d) Exámenes de laboratorio;
- e) Estudios radiológicos;
- f) Constancia de estudios de la jornada completa (Si el paciente tiene entre 18 y 25 años);
- g) Pre-autorización aprobada por la Compañía.
- h) Reporte policial (Si ha existido un accidente automovilístico);

Los plazos aquí señalados son establecidos por la Compañía para verificar las circunstancias del evento, valorar las pérdidas y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver las reclamaciones. No obstante, si se determina que el monto del siniestro se ha visto incrementado como consecuencia de la reclamación fuera del plazo aquí establecido, la Compañía únicamente pagará lo correspondiente a la pérdida original.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Compañía, serán solamente tomadas por la Compañía.

La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales para decidir sobre la aprobación o denegación de una reclamación. Este plazo empezará a contar desde el momento en que el Asegurado o Beneficiario presenten la

correspondiente solicitud de indemnización junto con los documentos necesarios que la respalden para tener por probado el siniestro. La Compañía revisará los documentos presentados, y en caso de estar incompletos, informará al Asegurado para que lo subsane, siempre procurando que la respuesta del reclamo se lleve a cabo dentro de los treinta (30) días naturales posteriores a la presentación de la solicitud de indemnización.

8.3. PAGOS DE RECLAMACIONES

Siempre que sea posible, la Compañía pagará directamente a los proveedores de servicios médicos. Cuando esto no sea posible, la Compañía le devolverá al Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Compañía y/o de acuerdo con los honorarios necesarios, razonables y acostumbrados que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable del pago de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. En caso de reembolso al Asegurado, este se hará en moneda local cuando los servicios prestados hayan sido proporcionados dentro del País de Residencia; de lo contrario, por los servicios prestados fuera del País de Residencia, el reembolso se hará en Dólares de los Estados Unidos de Norte América. Si el Titular de Póliza fallece, la Compañía pagará al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud todos los beneficios que aún no se hayan pagado; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, todo beneficio que quede sin pagar se le pagará a la sucesión del Titular de la Póliza.

El pago de cualquier indemnización se realizará previa solicitud del Asegurado, cónyuge o beneficiario en un plazo de treinta (30) días naturales una vez que se haya recibido toda la documentación requerida por la Compañía.

Para el pago de los beneficios que estén sujetos a Deducible y/o Coaseguro, se aplicará primero el monto total del Deducible, posteriormente el Coaseguro y una vez

agotado este último se pagará la cantidad restante hasta el límite total de la póliza o hasta el sub-límite del beneficio según sea el caso. Los beneficios que no estén sujetos a Deducible o Coaseguro se pagarán hasta el monto máximo del beneficio. Lo anterior siempre dentro del Límite Máximo por Año Póliza.

8.4. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza, la Compañía adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar acción que el Asegurado tenga contra cualquier persona u organización hasta llegar a la suma de los beneficios que se hayan pagado. El Asegurado deberá firmar y entregar todo documento que haga falta así como hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de la Compañía.

8.5. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de que el Asegurado tenga en vigor otra póliza que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza, las reclamaciones deben ser hechas primeramente contra la otra póliza y esta Póliza solamente indemnizará sus beneficios después que los beneficios bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza, serán acreditadas al Deducible Anual del Asegurado y una vez que el Deducible Anual haya sido satisfecho, los gastos que no hayan sido pagados por la otra póliza, serán cubiertos por esta Póliza, siempre que sean elegibles de acuerdo a las reglas, términos y límites de esta Póliza.

8.6. VALORACIÓN

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor a ser indemnizado al momento de ocurrir el siniestro.

La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes.

Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

8.7. PROGRAMAS DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

La Compañía ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en Inglés), que incluyen Certificación de Ingreso a Hospital, Revisión Concurrente y Gestión de Casos.

Todas las decisiones que precisen de capacitación u opinión profesional independiente de carácter médico o clínico, o que tengan que ver con dicha capacitación u opinión o con la necesidad de servicios médicos, serán la exclusiva responsabilidad del Asegurado y de los médicos que traten al mismo y de los proveedores de cuidados para la salud. Los Asegurados y sus Médicos son los responsables de decidir qué atención médica se debe dar o recibir y cuando y como se debe proveer dicha atención. La Compañía es exclusivamente responsable de determinar si los gastos en que se haya incurrido o se vaya a incurrir por concepto de la atención médica están cubiertos, o van a ser cubiertos, por esta Póliza. En el cumplimiento de esta responsabilidad, la Compañía no se considerará habilitada para participar ni para anular las decisiones médicas tomadas por los proveedores de cuidados para la salud que tenga el Asegurado.

La Compañía tiene que certificar todas las hospitalizaciones y Servicios de Paciente

Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Compañía podrá (pero no se le ha de exigir) revisar las estadías en el Hospital así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Compañía debe continuar la cobertura y/o el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

La Compañía podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Compañía y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. Gestión de Casos

La Compañía podrá hacer disponible este programa, a su exclusiva discreción, para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Compañía podrá elegir (pero no se le exigirá) ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados de la salud que sean eficaces en costos. La Compañía podrá hacer disponibles estos beneficios o pagos alternativos, dependiendo del caso específico, a los Asegurados que satisfagan los criterios de la Compañía que estén en vigor en ese momento. Dichos beneficios o pagos alternativos, de haberlos, se harán disponibles de acuerdo con el plan de tratamiento con respecto al cual se pongan de acuerdo por

escrito el Asegurado, o un representante de este mismo que sea aceptable a la Compañía y al Médico del Asegurado.

El que la Compañía ofrezca proveer o que de hecho provea algún beneficio o pago de tipo alternativo de ninguna manera obliga a la Compañía a seguir proveyendo dicho beneficio o pago, ni a proveer dicho beneficio o pago en ningún momento al Asegurado ni a ningún otro Asegurado por la Compañía. Nada que contenga esta sección se considerará como una renuncia al derecho que tiene la Compañía de hacer valer y cumplir esta Póliza de estricto acuerdo con sus condiciones y términos. Las Reglas, Términos, y Definiciones de esta Póliza seguirán estando en vigor, a no ser lo que la Compañía específicamente modifique por escrito, cuando los beneficios o pagos alternativos se hagan disponibles a través de este programa.

C. Segunda Opinión Quirúrgica

Si un Asegurado tiene programado algún procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, tendrá que notificar a la Compañía por lo menos tres (3) días hábiles antes del procedimiento programado. A la opción de la Compañía, se podrá exigir una segunda opinión quirúrgica de un Médico elegido por la Compañía respecto al procedimiento quirúrgico programado. Solo están cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas que exija y haya coordinado la Compañía. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía, la Compañía también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Compañía. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía, los beneficios de cirugía se pagarán de acuerdo con esta Póliza. Si la Compañía solicita una segunda opinión y la cirugía se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Compañía, la Póliza en ese caso no cubrirá el procedimiento quirúrgico ni sus secuelas.

CLÁUSULA 9.- VIGENCIA

9.1. VIGENCIA

Esta Póliza se emite como una póliza Anual Renovable siempre y cuando haya pagado la prima, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en esta Póliza y/o sus endosos, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días naturales antes del vencimiento.

El seguro entrará en vigor el último de las fechas descritas a continuación siempre que el Asegurado esté en estado activo en esa fecha:

- Cuando la Compañía exija evidencia de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que la Compañía apruebe la solicitud del propuesto asegurado.
- Si no se requiere evidencia de asegurabilidad, el propuesto asegurado será asegurado en la fecha en que sea elegible para el seguro.
- Si el Asegurado no está en Servicio Activo en la fecha cuando el seguro hubiese entrado en vigencia, el seguro entrará en vigor en la fecha en que el Asegurado regrese al Servicio Activo.

9.2. TÉRMINO DE PÓLIZA Y/O SUS ADITAMENTOS

Esta Póliza y/o sus aditamentos terminarán y la cobertura provista por esta póliza cesará en cualquiera de los siguientes casos:

- Por vencimiento de la vigencia de esta Póliza.
- Por decisión unilateral del Tomador, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación, mediante notificación escrita a la Compañía.
- Por reducción en el cincuenta por ciento (50%) o más del número inicial de Asegurados, la Compañía notificará al

Tomador con al menos treinta (30) días naturales de anticipación.

- Por no haber pagado las primas el Tomador dentro de los plazos estipulados en el Cláusula 5.- Prima de esta Póliza y según la metodología descrita en el artículo 37 de la Ley No. 8956.
- Según se indica en la Cláusula 10.- Condiciones Varias, apartado 10.5. Nulidad del Contrato por Declaración Falsa o Inexacta.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente seguro después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios por él provistos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

El Tomador y la Compañía se comprometen a notificar a los Asegurados por lo menos treinta (30) días naturales de anticipación, mediante notificación escrita la cancelación del contrato.

9.3. TÉRMINO DE LA PÓLIZA Y SUS ADITAMENTOS PARA LOS ASEGURADOS

Esta Póliza y/o sus aditamentos terminarán y la cobertura provista por esta póliza cesará para el Asegurado en cualquiera de los siguientes casos:

- En la fecha en que el Asegurado deje de ser elegible según se indica en la Cláusula 10.- Condiciones Varias, apartado 10.1. Elegibilidad.
- Cuando se suspenda por más de dos (2) meses la relación con el Tomador.
- Cuando el Tomador haya dejado de pagar primas para ese Asegurado, según se indica en la Cláusula 5.- Prima.
- Al fallecer el Asegurado por razones no cubiertas por esta Póliza.
- Cuando el Tomador solicite la exclusión del Asegurado de la Póliza.

- Por declaración falsa o inexacta según se indica en la Cláusula 10.- Condiciones Varias, apartado 10.5. Nulidad del Contrato por Declaración Falsa o Inexacta.
- Al alcanzar la edad máxima de asegurabilidad para los Dependientes del Asegurado según se indica en la Cláusula 1.- Definiciones, apartado 1.19. Dependiente.
- Si el Asegurado cambia su lugar de residencia fuera de la República de Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala o Panamá.

9.4. DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN

La renovación de la cobertura de esta Póliza procederá siempre y cuando:

- La Póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.
- El Tomador acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la renovación.
- No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Tomador de la Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento y se ha pagado la prima dentro de treinta (30) días naturales siguientes a dicha fecha, en cuyo caso, la renovación de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada renovación se expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.
- No exista falta de pago de prima, fraude o falsedad.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación. La Compañía tendrá el derecho de ajustar las primas y cambiar la Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza para la Clasificación al momento de cada renovación.

CLÁUSULA 10.- CONDICIONES VARIAS

10.1. ELEGIBILIDAD

El Grupo Asegurable deberá estar formado por personas residentes en la República de Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala o Panamá, que a la vigencia de esta Póliza y/o sus Aditamentos tengan una relación laboral estable con el Tomador. El Tomador deberá estar legalmente establecido en la República de Costa Rica. También son elegibles como Asegurados:

- Los propietarios, socios o miembros del directorio del Tomador, siempre y cuando exista autorización expresa por parte de la Compañía.
- Las personas que con posterioridad a la fecha de vigencia de esta Póliza, se incorporen en forma laboral estable al Tomador.
- Los Dependientes del Asegurado Titular según se define esta póliza.
- La edad mínima de inscripción será los quince (15) años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Titular de Póliza.

Las personas, incluyendo Dependientes, serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación de la Solicitud de Seguro por parte de la Compañía, según el estado de salud del Asegurado propuesto.

La Compañía se reserva el derecho de exonerar la presentación del examen médico realizado mediante el formulario médico de la Compañía, según declaración de buena salud, y/o pruebas que presente el Asegurado propuesto y/o criterio de la Compañía.

Aquellos Asegurados que no ingresaren al grupo siendo elegibles, o que habiéndolo hecho se hayan retirado del mismo, no podrán ingresar sino al aniversario de esta Póliza, previa aceptación expresa de la Compañía, la misma que tiene la facultad de negar, limitar o condicionar dicho ingreso.

Los Recién Nacidos de una Maternidad cubierta por esta Póliza están

automáticamente cubiertos hasta el límite específico tal y como se especifica bajo el apartado 1.17. Cuidado del Recién Nacido y 3.1. Riesgos Cubiertos, literal "r", sujetos a que el Formulario de Adición y el pago de la prima sean enviados a la Compañía dentro de un plazo de quince (15) días naturales de haber ocurrido el nacimiento. De no cumplirse con este requisito, se deberá completar una solicitud de seguro para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

10.2. REGISTRO DE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

El Tomador debe suministrar mensualmente a la Compañía información relacionada con los Asegurados, como modificación de coberturas, inclusión de asegurados, exclusión de asegurados, terminación del seguro, y cualquier información que se considere razonablemente necesaria, con el fin de administrar debidamente la póliza.

10.3. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse bajo cualquiera de las dos modalidades:

- Contributiva, donde el grupo asegurable contribuyen con parte o con la totalidad de la prima.
- No Contributiva, el Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

10.4. COMISIÓN DE COBRO

Esta póliza no establece comisión por cobro de prima al Tomador o a terceros, a menos que se pacte en contrario y se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.

10.5. REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

Cuando el seguro es de modalidad No Contributiva; los Asegurados no deben ser

menos del cien por ciento (100%) de aquellos elegibles para el seguro.

Cuando el seguro es de modalidad Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos elegibles para el seguro.

En ambos casos los Asegurados no deben ser menos de diez (10).

10.6. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

Este contrato, así como cualesquiera de sus adenda o beneficios devendrán nulos cuando se determine que se ha declarado de forma falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidos como tales por el Asegurado, el Tomador, el Titular de la Póliza, la Compañía o por los representantes de uno o de otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato.

La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

- a. La Compañía tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al Tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince (15) días hábiles después de la notificación, la Compañía, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.
- b. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un (1) mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Tomador o Titular de la Póliza la

prima no devengada al momento de la rescisión.

- c. El derecho de la Compañía de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

10.7. CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO

La Compañía se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza del Asegurado inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud y/o el Formulario de Examen Médico son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos (reside en los Estados Unidos durante más de ciento ochenta (180) días naturales en cualquier plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días), la cobertura en ese caso se dará por terminada automáticamente para el Asegurado en la próxima Fecha de Vencimiento.

La presentación de una reclamación fraudulenta constituye causa para la terminación de la Póliza para el Asegurado.

Si el Asegurado deja de tener una relación estable con el Tomador, la Póliza quedará cancelada para el Asegurado desde el momento que el Tomador solicite la exclusión del mismo.

10.8. MONEDA

Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará la moneda que se indique en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, esta podrá ser el Dólar de los Estados Unidos de Norte América, o el Colón de la República de Costa Rica. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la póliza, el Tomador o Titular de la Póliza podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del

día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe.

Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.

10.9. PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando la condición de pluralidad de seguros exista de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato que ampare al mismo asegurado, al mismo interés y riesgo y coincida en un mismo período de tiempo, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo a la Compañía en su solicitud.

Una vez suscrito el contrato, el Asegurado tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada.

Si, por incumplimiento del deber de notificar referido, algún asegurador paga al Asegurado una indemnización mayor a la que le correspondería, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), se considerará que el pago fue indebido pudiendo la Compañía recuperar lo pagado en exceso. El Asegurado, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle a la Compañía los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha de efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

10.10. EXÁMENES FÍSICOS

La Compañía, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que la Compañía considere necesarios durante la pendencia de

la reclamación. El Asegurado pondrá a disposición de la Compañía todos los informes y expedientes médicos y, cuando ésta se lo pida, firmará todas las planillas de autorización que necesite la Compañía para obtener dichos informes y expedientes. El no autorizar la emisión de todos los expedientes médicos que pida la Compañía dará por resultado que se deniegue la reclamación. La Compañía tiene el derecho a solicitar en caso de muerte una autopsia en las instalaciones que decida la Compañía.

10.11. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N° 8653) y la Ley N° 8956, la información del Tomador del Seguro, Titular de la Póliza, el Asegurado y el Beneficiario que haya sido suministrada a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad.

10.12. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Tomador del seguro, Titular de la Póliza, el Asegurado y el Beneficiario se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otro documentos que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales Ley N° 8204.

10.13. PRESCRIPCIÓN

Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los cuatro (4) años, iniciándose dicho término desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo ejerce.

10.14. NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor N° 7472, la normativa dictada por la Superintendencia General de Seguros, el Código de Comercio, el Código Civil y cualquier otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.

10.15. INDISPUTABILIDAD

Una vez transcurrido el periodo de dos (2) años a partir del perfeccionamiento del contrato, salvo cuando la persona Asegurada hubiera actuado con dolo, la Compañía no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas.

Cuando la reticencia o las declaraciones inexactas se refieran a la edad de la persona asegurada, la Compañía podrá ajustar el contrato al estado real del riesgo.

También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad pre-existente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

10.1. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no participará en las utilidades ni en el superávit ganado de la Compañía, a menos que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza previo acuerdo con el Tomador. De acordarse la participación de utilidades, se podrá pactar con el Tomador el pago de la participación mediante un desembolso directo a éste, o

mediante el abono a la prima a pagar en la renovación.

De acordarse la participación de utilidades, la misma se calculará de la siguiente manera: Las primas cobradas anuales del grupo menos los siniestros incurridos (siniestros pagados, más siniestros pendientes, más siniestros incurridos pero no reportados), menos el cuatro por ciento (4%) del tributo del Benemérito Cuerpo de Bomberos, menos los gatos administrativos de la Compañía, al resultado obtenido se le restarán los saldos negativos de ejercicios anteriores (si los hubiera), este resultado final se le aplicará el porcentaje pactado con el Tomador como Participación de Utilidades.

Si la póliza es renovada y existen pérdidas, el Tomador deberá pagar a la Compañía la totalidad de esa pérdida en un período de hasta tres años, siempre que la póliza se renueve.

Si la póliza no es renovada y existen utilidades, la Compañía pagará al Tomador el porcentaje de participación según se haya pactado en las Condiciones Particulares.

Si la póliza no es renovada y existen pérdidas, el Tomador deberá pagar a la Compañía la totalidad de esa pérdida.

CLÁUSULA 11.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

La Compañía cuenta con una Instancia de Atención al Consumidor de Seguros. Este es un servicio auxiliar de seguros contratado por la Compañía para recibir, tramitar y resolver las quejas y reclamaciones que le sean presentadas por parte de consumidores de seguros, provenientes de las instancias operativas de la Compañía.

Esta instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia de las instancias operativas de la Compañía, y sus resoluciones respecto de las quejas y reclamaciones sometidas a su conocimiento, serán dictadas con total imparcialidad y objetividad. En este proceso, tanto el consumidor como de los distintos departamentos y servicios de la Compañía, podrá recabar cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión.

El Consumidor de Seguros podrá acceder a la Instancia de Atención al Consumidor de Seguros, mediante la página web de la Compañía, www.segurosbmicr.com.

CLÁUSULA 12.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Los datos específicos de las partes y terceros relevantes distintos a la Compañía constarán en el Certificado de Seguros y/o en la Solicitud de Seguros.

12.1. JURISDICCIÓN, ASUNTOS JURÍDICOS E IDIOMA

La exclusiva jurisdicción aplicable a cualquier asunto que se origine de esta Póliza así como cualquier asunto relacionado con la Solicitud, declaraciones fácticas hechas y/o denegación de reclamaciones será la de los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. La Compañía, el Tomador y/o el Asegurado cubierto por esta Póliza por este medio expresamente acuerdan someterse a juicio ante un juez de derecho en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza. No obstante, previo acuerdo podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta Póliza. La Compañía, el Tomador y/o el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes paguen sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que

prevalecerá será el Español, aunque se le haya proporcionado al Tomador y/o al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la Solicitud de Seguro, de esta

Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente un oficial autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016**”.

“Como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la Compañía, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones”.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
Colectivo de Salud

Aditamento de Chequeo Preventivo Anual

Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza. Para tener derecho a estos beneficios, el Asegurado deberá pre-autorizar a la Compañía llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación.

Este aditamento forma parte de la póliza si:

1. se indica en el Certificado de Seguro;
2. se indica en las Condiciones Particulares; y
3. se ha solicitado por escrito.

Los beneficios contemplados en este Aditamento están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

El beneficio de Chequeo Preventivo Anual se otorgará una vez que se presenten los siguientes documentos:

1. Solicitud por escrito de parte del Asegurado para utilización de los Beneficios.
2. Copia de cédula de identidad.
3. Coordinación previa y selección de un Médico y laboratorio dentro de la Red de Proveedores de la Compañía.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

Cobertura

Con el pago de prima adicional, y siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, y la misma aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza, el Asegurado tendrá derecho a los siguientes beneficios:

- i. Exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud;
- ii. Exámenes de laboratorio realizados en centros médicos especializados.

Limitaciones

- a. Este beneficio se otorgará una sola vez por año Póliza y solamente al Titular de la Póliza.
- b. Este beneficio será cubierto solo dentro de la Red de Proveedores de la Compañía.

Documentos Necesarios para Solicitar este Beneficio

EXCLUSIONES

No procederá el pago del beneficio de Chequeo Preventivo Anual, en los siguientes casos:

- a. Si el chequeo se realiza en algún centro médico fuera de la Red de Proveedores de la Compañía.
- b. Si el chequeo se realiza sin una pre-autorización de parte de la Compañía.
- c. Si se realiza cualquier otro examen o chequeo diferente al paquete que ofrece la Compañía en los diferentes Hospitales o centros de atención médica.

PRIMA

La Compañía determinará anualmente la prima de este Aditamento basándose en las expectativas para el futuro. Cualquier modificación contractual será puesta en conocimiento del Tomador y/o Asegurado Titular con treinta (30) días naturales de anticipación a la renovación.

CONTESTABILIDAD DEL ADITAMENTO

La Compañía podrá impugnar la validez del Aditamento si cualquier declaración o respuesta en la solicitud falsea cualquier hecho relevante con relación al seguro. Sin embargo, si el Aditamento ha estado en vigor durante la vida del Asegurado por dos (2) años a partir de la fecha de emisión o de rehabilitación, la Compañía no podrá impugnarlo a menos que exista falta de pago de primas o fraude.

TERMINACIÓN

Este endoso terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Por decisión unilateral del Contratante, en cualquier tiempo mediante notificación escrita a la Compañía.

2. Por voluntad de la Compañía, mediante comunicación escrita enviada al Tomador y Asegurado Titular a su última dirección conocida, con no menos de treinta (30) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.
3. Por terminación de la Póliza.
4. Por encontrarse las primas impagas, lo que ocurra primero.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente Aditamento, después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016.**”

