

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Cédula jurídica 3 – 101 – 593961

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS INTERNACIONAL – PLAN GRUPO JOVEN

NOTA: Se indica que el producto registrado es copia fiel del producto “SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS INTERNACIONAL – PLAN GRUPO JOVEN”, registrado bajo el código P20-64-A11-426 en el marco de la transferencia total de cartera de Triple-S Blue, INC. I.I cédula jurídica 3-012-631203 a ASSA Compañía de Seguros, S.A, cédula jurídica 3-101-593961 debidamente autorizada mediante resolución SGS-R-2453-2022 del 3 de marzo de 2022 por la Superintendencia General de Seguros y la cual fue modificada y aclarada mediante resolución SGS-R-2456-2022 de fecha 16 de marzo del 2022.

ADDENDUM – SUSTITUCIÓN DE ASEGURADORA, INFORMACIÓN DE CONTACTO Y CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS INTERNACIONAL – PLAN GRUPO JOVEN

Queda por este medio mutuamente entendido entre ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “La Compañía”) y el Contratante/Tomador nombrado en las Condiciones Particulares, sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales de la Póliza y al presente Addendum, que vienen a modificar el Contrato de Seguro indicado, sujeto a los términos y condiciones contenidos en el mismo.

El derecho a gozar de las prestaciones que se pueda suministrar mediante este Addendum depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos los términos, condiciones y demás estipulaciones del Contrato de Seguro que se modifica mediante el presente Addendum.

I. DEFINICIONES

Para efectos especiales de este Addendum, se establecen las siguientes definiciones:

LA COMPAÑÍA: Se refiere a ASSA Compañía de Seguros, S.A., con cédula de persona jurídica número 3 – 101 – 593961, la cual está registrada en la SUGESE mediante la Resolución SGS-R-251-2009 con fecha de inscripción 27 de noviembre de 2009 e identificada con el código A05.

TRIPLE-S: Se refiere a Triple-S Blue, Inc., I.I. en Costa Rica, con cédula de persona jurídica número 3-012-631203, la cual está registrada en la SUGESE mediante la Resolución SGS-R-456-2010 con fecha de inscripción 08 de marzo de 2012 e identificada con el Código A11.

II. CONDICIONES GENERALES

CAMBIO DE ENTIDAD ASEGURADORA

A través del presente Addendum, la Compañía sustituye y toma el lugar de TRIPLE-S como la aseguradora responsable de proveer la cobertura necesaria de la Póliza, sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales de la Póliza.

Por lo anterior, a partir de la emisión de este Addendum, la Compañía se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones y al pago de la prima respectiva.

La cobertura de este Addendum está sujeta a que la póliza descrita se encuentre vigente y a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella por Addendum.

CAMBIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO Y PARA RECLAMOS

A través del presente Addendum, la Compañía manifiesta que para notificaciones, consultas o trámites referentes a su Póliza, deberá utilizar los siguientes medios de contacto de la Compañía en sustitución de los de TRIPLE-S:

CONSULTAS, NOTIFICACIONES Y OTRAS COMUNICACIONES:

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica |
Teléfono: (506) 2503-2700 | Fax: (506) 2503-2797 | Apartado: 46-6155, Fórum, Santa Ana | Correo electrónico: contacto@assanet.com

AVISO DE SINIESTRO:

Teléfono: (506) 2503-ASSA (2503-2772) | Correo electrónico: reclamoscr@assanet.com

CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

A través del presente Addendum, y siempre que su Póliza incluya esta posibilidad, la utilización de servicios médicos fuera de la República de Costa Rica será por medio del proveedor que, de tiempo en tiempo, la Compañía establezca en Estados Unidos de América y comunique a los Asegurados a través de su página web. Por lo tanto, quedan sin efecto las disposiciones originales de la Póliza referidas a los *Arreglos entre Planes (Inter Plan Arrangements)* con licenciarios de BlueCross y/o BlueShield fuera del área geográfica de Costa Rica, lo cual incluye al programa BlueCard® o Programa Tarjeta Azul y el programa BlueCross BlueShield Global Core.

La Compañía garantiza que la red que seleccione será equivalente a la red BlueCross BlueShield en todos los aspectos sustanciales, incluyendo los servicios que prestan. En el resto del mundo (exceptuando Estados Unidos de América), se cubrirán los gastos fuera de red.

ARTÍCULO SUPLETORIO

En todo lo que no esté previsto en este Addendum, se aplicarán las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales que rigen este seguro, por lo cual las restantes condiciones contractuales de su Póliza, que incluye prima, deducibles, exclusiones, periodos de disputabilidad y carencias, se mantienen inalterados.

En fe de lo cual, se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

Assa Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1039 de fecha 24 de julio de 2024.

TRIPLE-S BLUE, INC.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

SEGURO COLECTIVO DE DE GASTOS MEDICOS INTERNACIONAL-PLAN GRUPO JOVEN-

CODIGO DE PRODUCTO:

FECHA DE REGISTRO:

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.



GERENTE GENERAL

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS -PLAN GRUPO JOVEN- CONDICIONES GENERALES

Las presentes constituyen las Condiciones Generales del Seguro Colectivo denominada SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS INTERNACIONAL -PLAN GRUPO JOVEN- , que contiene los siguientes beneficios o coberturas básicas, en asocio con los beneficios del Plan de Aseguramiento elegido, según se describe en el Cuadro de Beneficios correspondiente a cada Plan:

- A. Cobertura de Gastos Médicos
- B. Coberturas Adicionales Opcionales
 - B.1. Cobertura de Muerte por causa Natural o Accidental y Adelanto de Gastos Funerarios.
 - B.2 Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento
 - B.3 Cobertura de Invalidez Total y Permanente
 - B.4 Cobertura de Riesgos Especiales

I. DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza las siguientes frases, palabras y términos, deben entenderse de la forma siguiente:

ACCIDENTE: Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del Asegurado, provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efectos de contusiones. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso.

ADENDA: Para los efectos de esta póliza, se refiere a la documentación que se agregue a la póliza para reportar cambios durante la vigencia del contrato, tales como el domicilio del asegurado, dirección contractual, cambio, inclusión o exclusión de beneficiarios.

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS DE LA COMPANIA: Se refiere a la Unidad administrativa de la Compañía, encargada de recibir la documentación para el pago de los reclamos, realizar el ajuste, solicitar información adicional en caso necesario, y confeccionar los

pagos a los asegurados, a los proveedores afiliados o prestadores de servicios, según corresponda.

AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia por Ambulancia Terrestre, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades, del lugar donde ocurre el accidente o se contrae la enfermedad, a un hospital.

ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA: Se define como cada año subsiguiente a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, que se indica en las Condiciones Particulares.

AÑO CALENDARIO: El periodo de doce (12) meses consecutivos entre el 1° de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: Significa un período de un año contado desde la fecha de inicio de la cobertura de la Póliza.

ARREGLOS ENTRE PLANES O “INTER PLAN ARRANGEMENTS”: Relaciones de servicios médicos que mantiene BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA con otros licenciatarios de Blue Cross y/o Blue Shield fuera del área geográfica de Costa Rica.

ASEGURABILIDAD: Significa ser apto para obtener un seguro, de acuerdo a los requerimientos de la Compañía de Seguros.

ASEGURADO: Es cada uno de los empleados designados en la póliza y sus Dependientes elegibles para la cobertura bajo esta Póliza indicados en los registros del Contratante.

ASEGURADO PRINCIPAL o TITULAR PRINCIPAL: Afiliado o persona asegurada que está nombrada en la solicitud de seguro, aprobada por la Compañía, a favor de la cual se emite un certificado como evidencia de su cobertura de seguro.

ASISTENCIA QUIRURGICA o ASISTENTE DE CIRUJANO: Es un Médico legalmente autorizado que asiste activamente al cirujano principal durante un procedimiento o intervención quirúrgica elegible bajo esta póliza. El uso de un cirujano asistente está estrictamente limitado a aquellas intervenciones quirúrgicas designadas con autorización previa de la Compañía.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTES MÉDICOS Y ADMINISTRATIVOS: Es el formulario mediante el cual se autoriza a la Compañía para revisar, reproducir y recopilar información relacionada con la salud, de los expedientes clínicos o administrativos, ya sea de instituciones públicas o privadas, centros de salud, consultorios, hospitales y anteriores

compañías de seguros, en las cuales el Asegurado, su cónyuge o sus dependientes, han sido atendidos o han estado asegurados.

La recopilación o reproducción (incluye fotocopiado y escaneo), se hará por medio de profesionales en Medicina o Técnicos en registros médicos, acreditados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y debidamente autorizados por la Compañía para tal fin, o bien mediante documentación aportada por el mismo solicitante o asegurado a satisfacción de la Compañía.

BENEFICIARIO: Es la persona designada por el asegurado, que después del fallecimiento del asegurado recibirá los beneficios de la Cobertura por Muerte Natural o Accidental de esta póliza.

BENEFICIOS AMBULATORIOS: Se refiere a los beneficios de atención médica y de laboratorio que no requiere de hospitalización o internamiento, que incluyen pero no está limitado a:

- a) Servicios integrales de diagnóstico y evaluación;
- b) Tratamiento y cuidado ambulatorio, pre-tratamiento, post-tratamiento, cuidados de emergencia, rehabilitación y habilitación, y servicios de soporte de transición.
- c) Consulta profesional.
- d) Medicinas de farmacia, siempre que sean recetadas por el Médico tratante y se presente la factura original de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.
- e) Servicios integrales de análisis de Laboratorio, Centros de Diagnóstico e Imagenología y su evaluación,
- f) Quimioterapias, radioterapias y diálisis que no requieren hospitalización.

BENEFICIO MAXIMO ANUAL: Es la suma máxima asegurada, indemnizable por esta póliza con respecto a un Asegurado, durante el año póliza, siempre que la póliza se encuentre vigente, y de acuerdo con las coberturas o riesgos cubiertos a que se refiere la documentación válida que conforma la presente póliza.

CERTIFICADO DE SEGURO: Es el documento que se entrega al Asegurado Principal como evidencia de la cobertura de seguro.

CIRUGÍA COSMETICA O ESTETICA: Procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar o modificar la apariencia física. La cirugía cosmética no está cubierta por esta póliza. La cirugía puramente cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátrica o psicológica o el peso del Asegurado.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Procedimiento quirúrgico efectuado para restaurar

estructuras anormales del cuerpo y mejorar defectos en función y apariencia, que hayan sido resultado de cirugía previa requerida como consecuencia de una enfermedad o lesión.

CLASE: Son los asegurados cubiertos bajo esta misma forma de póliza con las mismas coberturas o riesgos cubiertos, deducibles y grupo de edad, en un determinado País, Estado, Ciudad o territorio de residencia.

COASEGURO: Es el porcentaje que debe pagar el Asegurado, una vez que se haya aplicado el deducible correspondiente, calculado sobre la indemnización por los Gastos Cubiertos por esta póliza. El límite máximo por coaseguro por asegurado (límite de coaseguro), no excederá del límite establecido en este contrato por año póliza. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.

COBERTURA INTERNACIONAL O MUNDIAL: Es la cobertura ofrecida fuera del área geográfica de residencia.

COBERTURA REGIONAL O CON LIMITACIÓN GEOGRAFICA: Es la cobertura ofrecida solamente en un área geográfica, dentro de la cual los servicios elegibles bajo el plan de seguro son usualmente proporcionados al Asegurado, de acuerdo a los costos usuales razonables y acostumbrados de dicha área.

COBERTURA CONTRIBUTIVA: Cuando el pago de la prima de la cobertura del seguro es pagada en parte o totalmente por la Persona Asegurada.

COBERTURA NO CONTRIBUTIVA: Cuando el pago de la prima de la cobertura del seguro es pagada totalmente por el Contratante.

COMPAÑÍA, NOSOTROS: Se refiere a Triple S Blue INC, que utilizará el nombre comercial de BlueCross BlueShield Costa Rica.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Para los efectos de esta póliza se consideran las siguientes:

- a. Parto por Cesárea
- b. Terminación espontánea del embarazo, ocurrida durante el periodo de gestación, donde un nacimiento viable, no es posible;
- c. Cualquier condición que requiera internamiento en un hospital antes del parto (cuando el embarazo no ha terminado), cuyo diagnóstico sea distinto al de embarazo, pero causado o adversamente afectado por el embarazo, tales como nefritis aguda; nefrosis; descompensación cardiaca; aborto interrumpido.

condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, previo al alumbramiento

- d. Preeclampsia, y,
- e. Falsa labor de parto; o manchas ocasionales; o periodo de descanso prescrito por el Médico durante el embarazo; o náusea matinal; o condiciones similares asociadas con un embarazo difícil.

COMPLICACIONES DEL NACIMIENTO: Cualquier desorden no genético que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días a partir del nacimiento incluyendo, pero no limitado a niveles altos de bilirrubina en sangre, hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, enfermedad respiratoria y traumatismo al nacer.

CONDICIONES CONGÉNITAS: Cualquier condición, enfermedad, desorden o defecto, que esté presente al momento del nacimiento o antes del mismo, de origen genético o hereditario, sin importar su causa, que se encuentre o no identificado por primera vez al momento del nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

CONDICIONES PREEXISTENTES: Se refiere a cualquier enfermedad, incluyendo cualquier condición durante o resultante de un Embarazo, o lesión de un Asegurado:

- a. Que existía en la fecha en que se haya perfeccionado el presente contrato de seguro, y cuyos síntomas, incluyendo la concepción en el caso de embarazo, se encontraban presentes en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o antes.
- b. Por la cual el Asegurado fue atendido o le efectuaron exámenes, tuvo consultas, recibió tratamiento médico o quirúrgico, aviso o diagnóstico, o por las que hubiera incurrido en gastos médicos con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza.

Toda condición Preexistente conocida por el asegurado debe ser revelada en la solicitud de seguro. Cualquier condición Preexistente no revelada y conocida por el asegurado, puede dar como resultado el rechazo de un Reclamo. El asegurado se compromete a suscribir los formularios: "Autorización para Consulta de Expedientes para el proceso de Aseguramiento y Autorización para Consulta de Expedientes Trámite de Reclamaciones de Salud". El asegurado está obligado a someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por la Compañía, a fin de determinar o no una preexistencia, los costos serán a cargo de esta última. Corresponderá a la Compañía la carga de la prueba en caso de que alegue preexistencia.

COPAGO: Monto fijo que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, después de satisfacer el deducible aplicable, antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la póliza. Esa cantidad no es reembolsable por la Compañía

CONSULTA INTRAHOSPITALARIA: Es una visita médica de rutina o seguimiento que hace el médico a un asegurado hospitalizado.

CONSULTA MEDICA: Es una entrevista o tratamiento personal entre el Asegurado y un médico, que excluye consultas telefónicas u otro medio de comunicación, en el cual el médico no vea y examine personalmente al Asegurado.

CONTRATANTE: Es la empresa o entidad a la cual la Compañía ha emitido una póliza con el objeto de proporcionar cobertura de seguro a los afiliados y sus dependientes elegibles y está obligada a pagar las primas en la forma y monto convenido. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación. En el caso de que una sociedad corredora de seguros participe como Intermediario de Seguros de esta Póliza, el Contratante deberá aclarar a los Asegurados si la misma actúa como asesor con contraprestación de honorarios asumida por el Contratante, y detallará las obligaciones y responsabilidades de la misma. Si la inclusión del Asegurado en la Póliza ocurre con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador procederá a informar al Asegurado de forma expresa y clara si la contratación de cualquier cobertura en esta Póliza es obligatoria u opcional para el Asegurado.

COORDINACION DE BENEFICIOS: En el caso de que el Asegurado tenga cobertura médica bajo otra póliza (Doble Cobertura), sea o no como asegurado principal, serán reembolsados por la Compañía los gastos proporcionales entre todos los seguros sin exceder el cien por ciento de la totalidad de los gastos.

CUADRO DE BENEFICIOS: Es el compendio de beneficios que contiene las condiciones particulares de la póliza, en el cual se detallan las coberturas y montos asegurados correspondientes.

CUIDADOS DE MATERNIDAD: Es la atención proporcionada y facturada por un proveedor autorizado, por cualquier condición durante y resultante de un embarazo.

DEDUCIBLE: Es el monto que el Asegurado es responsable de asumir antes de la aplicación del coaseguro, y antes de que sea efectivo el pago de la indemnización bajo el Plan elegido en esta Póliza. Este monto no será reembolsado por la Póliza.

Los siguientes cargos o gastos no podrán usarse para satisfacer el monto del Deducible:
(1) Cantidades que sobrepasen los límites de los Costos Razonables y Acostumbrados establecidos por la Compañía; (2) Copagos y Coaseguros; (3) gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no están cubiertos bajo la póliza; (4) cargos en exceso de los límites de beneficios estipulados en la póliza; (5) cualquier suma de dinero

que el asegurado esté obligado a pagar debido a una reducción en los beneficios pagaderos bajo la póliza. En los casos en que exista un deducible para cada una de las áreas geográficas estipuladas en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, la cantidad de dinero acumulada en concepto de deducible para una determinada área geográfica no forma parte del deducible que se requiera acumular para las otras áreas geográficas en el periodo indicado en esta póliza.

DEPENDIENTES ELEGIBLES: Se consideran dependientes del Asegurado Principal:

El Cónyuge: La persona física que forme parte de un matrimonio. Como sinónimo de cónyuge, se suele utilizar el término “esposo” o “esposa”.

El Conviviente: La persona que se encuentre en unión de hecho pública, notoria, única y estable, por más de tres años, entre un hombre y una mujer que posean aptitud legal para contraer matrimonio.

Los Hijos e Hijas solteros (as), hijastros o hijos adoptados legalmente, serán elegibles desde un día de nacido y hasta los veinte (20) años de edad, y la edad límite de cobertura es hasta los veintiun (21) años. Si son estudiantes a tiempo completo en una Universidad o institución de Estudios Superiores debidamente acreditada, la cobertura se extenderá hasta los (veinticuatro) 24 años de edad en caso de que fueren estudiantes dependientes del Asegurado Principal.

DESMEMBRAMIENTO: Se entiende por desmembramiento toda pérdida accidental de algunos órganos o de los miembros del cuerpo.

DESORDEN NERVIOSO O MENTAL: Son las enfermedades psiquiátricas generalmente aceptadas en Costa Rica por las entidades o instituciones médicas del país, y en caso de no existir regulación o normativa al respecto, se recurrirá a una o más de las siguientes fuentes: literatura médica de prestigio, consultas con médicos especialistas, (AMA) Asociación Médica Americana, Manual de Diagnóstico y Estadística para Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

DIAGNOSTICO CLINICO: Es el reporte final emitido por el Médico tratante, basado en la historia clínica completa de la Persona Asegurada como paciente, incluyendo todos los exámenes físicos, pruebas de laboratorio y de Rayos X y cualquier otro procedimiento o prueba diagnóstica, que haya sido confirmado con el examen histopatológico o citológico (de ser así necesario) y por el cual se confirma la condición o enfermedad del mismo.

DOBLE COBERTURA: Con excepción de la cobertura por muerte natural o accidental, la

doble cobertura se refiere a la situación en que un asegurado o beneficiario de esta póliza también tenga cobertura bajo otra póliza de otra compañía de seguros. En este caso se aplicara lo dispuesto en la Cláusula Otros Seguros de esta Póliza.

EDAD: Significa la edad del Asegurado a la fecha del último cumpleaños.

ELEGIBILIDAD: Condición necesaria para que se emita un seguro a un candidato, y que se comprueba a través de la solicitud de seguro, verificando la edad, estado de salud y los criterios de suscripción de riesgo, mediante examen o historial médico.

EMERGENCIA MEDICA: Es el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas de gravedad variable que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la aparición de dicha condición y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento, se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales o en la función o pérdida de algún órgano.

Para los efectos de esta póliza se entenderán como condiciones médicas de emergencia las siguientes:

Convulsiones, hemorragias, enfermedades agudas del sistema circulatorio (angina, infarto, crisis hipertensiva, ataque al corazón) y del sistema respiratorio (bronquitis aguda, neumonía, neumotórax, crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda), gastrointestinal (gastroenteritis, sangramientos, hemorragias, víscera perforada, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal), deshidratación severa, desmayo, intoxicación severa, reacción alérgica severa, shock anafiláctico, edema angioneurótico, reacción a medicamentos, cólico renal, sangre en la orina, retención urinaria, falla renal aguda, cefaleas intensas, fiebre alta en la infancia, dolor intenso en cualquier localización del cuerpo, crisis diabética, heridas graves, esguinces, fracturas, luxaciones, trombosis, quemaduras moderadas y/o graves, traumatismo severo o politraumatismo (no relacionado con ingesta de alcohol o drogas ilícitas), envenenamiento por mordedura de serpiente, cuadros sépticos moderados y graves.

EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL: Pandemia que ha sido declarada como tal, por la Organización Mundial de la Salud. Algunas enfermedades que han sido catalogadas bajo esta categoría son: el coronavirus, el ébola, el zika y la gripe H1N1.

ENFERMEDAD: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo, manifestada por síntomas y unos signos característicos y diagnosticada por un médico.

EPIDEMIA: Una epidemia es una enfermedad que se extiende durante un determinado tiempo en una zona afectando a un gran número de personas.

EQUIPO MÉDICO DURADERO: Es el equipo médico prescrito por un médico, diseñado para uso continuo y que es médicamente necesario para la recuperación o rehabilitación funcional del organismo, el tratamiento de una enfermedad o lesión, así como para evitar la agravación o un mayor deterioro de la condición de salud de un asegurado.

EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: Es cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivo o suministro, que no cumpla con uno o varios de los siguientes criterios:

- a. Que tal servicio o suministro se encuentra conforme a los estándares generalmente aceptados por la práctica médica en Costa Rica.
- b. Que estudios publicados en literatura médica reconocida, y aceptados por la comunidad médica, demuestren que tal servicio o suministro tiene un efecto beneficioso neto en el resultado de la salud para un diagnóstico específico.
- c. Que al momento de que tal servicio o suministro sea administrado a un Asegurado, éste ha sido aprobado para esa indicación o aplicación por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o en su defecto por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (“FDA por sus siglas en inglés”).

FAMILIA INMEDIATA: Es el cónyuge, hijos, nietos, padres, abuelos, hermanos, parientes por matrimonio o cualquier persona actualmente viviendo con el Asegurado Principal.

FECHA DE PRÓRROGA: Se refiere a la fecha en la cual se extiende el plazo de la póliza contrato sin cambios en su contenido salvo algunos puntos excepcionales, como por ejemplo, un aumento de la prima debido al resultado de la aplicación de la fórmula de cálculo de la misma indicado en la cláusula “**PRIMAS**”.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO: Se refiere a la fecha en que comienza la cobertura del asegurado bajo esta póliza, por el periodo de vigencia indicado en el certificado de seguro.

GASTOS CUBIERTOS: Son los Gastos Razonables Usuales y Acostumbrados incurridos por el Asegurado, mientras se encuentre cubierto por esta póliza, por servicios médicos necesarios, tratamientos, suministros y/o medicamentos prescritos, cubiertos por esta Póliza. Los Gastos Cubiertos se encuentran definidos en esta póliza.

GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS (URA): Son los honorarios previamente negociados que factura un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o semejante, para el tratamiento de condiciones o enfermedades afines por su naturaleza o severidad. Los honorarios que se facturen por tratamientos o suministros poco frecuentes o que no estén disponibles en un área o zona geográfica, serán determinados por la Compañía, considerando la naturaleza y severidad de la lesión

o enfermedad, el nivel de complejidad, el grado de habilidad necesario del profesional de la salud y la especialidad del (o los) profesional (es) que intervengan en la atención del asegurado, así como los costos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas. El gasto usual, razonable y acostumbrado (URA), es utilizado para determinar el monto máximo a pagar por un servicio cubierto por la póliza de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato.

HABITACION PRIVADA: Es la habitación del hospital destinada a la hospitalización un solo paciente y para el cual el hospital aplica su tarifa de Habitación Privada.

HABITACION SEMI-PRIVADA: Es una habitación del hospital destinada a la hospitalización de más de un paciente y para el cual, el hospital aplica su tarifa de Habitación Semi-Privada.

HONORARIOS: Es la cantidad predeterminada de dinero que la Compañía paga a los proveedores participantes o no en la Red de Proveedores Afiliados, por los servicios, tratamientos y suministros cubiertos bajo esta póliza, que son proporcionados a los asegurados.

HOSPITAL: Es una institución que:

Provee veinticuatro horas de servicio continuo, a los pacientes internados.

Provee, como función principal, servicios de diagnóstico y facilidades terapéuticas para diagnóstico médico y quirúrgico, tratamiento y cuidado de personas enfermas o lesionadas.

Posee un personal profesional y debidamente licenciado, de uno o más médicos y cirujanos, para proveer o supervisar en todo momento los servicios de la institución.

Provee facilidades hospitalarias de cirugía mayor y servicios, bien sea en su propio local u otro local disponible bajo previo acuerdo.

Provee en forma regular y continua, veinticuatro horas de servicio de enfermería por medio y bajo la supervisión de un profesional en enfermería graduado y licenciado.

Funciona de acuerdo con las leyes de la jurisdicción en que está ubicado; y posee licencia legal como Hospital médico o quirúrgico en el país en que este ubicado.

No se considera Hospital:

Un servicio de casa de reposo o unidad de convalecencia ubicado dentro de o afiliado al Hospital; un hogar de convalecencia, o institución de cuidados prolongados; una institución dedicada principalmente para el cuidado de ancianos, tratamiento de enfermedades mentales, adicción a las drogas, alcoholismo; o, un Resort, Spa o Sanatorio.

HOSPITALIZACION O INTERNAMIENTO: Es el periodo que comienza con el ingreso del Asegurado a un hospital u otra institución por un periodo mínimo de veinticuatro horas. El internamiento concluye cuando el Asegurado es dado de alta de ese mismo sitio, a menos

que sea trasladado a otro lugar similar para continuar el tratamiento de la misma condición de salud o relacionada con ella. Este traslado será considerado parte de un mismo internamiento. El internamiento concluye al ser dado de alta de la última institución a la cual el Asegurado ha sido trasladado.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Para efectos de este beneficio la Incapacidad total permanente, es la que causa una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior al 66.66%, que le impide ejercer su profesión o actividad habitual mediante la cual genera ingresos.

Latinoamérica: Se refiere a todos los países en el Continente Americano, excluyendo a los Estados Unidos de América, Canadá, Puerto Rico y las Islas Vírgenes Estadounidenses

LESIÓN: Alteración de un órgano que implica no solo una modificación morfológica sino también funcional, causada por un accidente imprevisto, involuntario y que sea el resultado único y directo de un trauma externo y violento que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN: Son medicinas cuya venta y uso están legalmente restringidas a ser ordenadas por un Médico y que sólo se pueden obtener con una receta médica escrita.

MÉDICO: Persona con estudios que está legalmente autorizada para ejercer la medicina, prestar servicios médicos y/o quirúrgicos en el área geográfica donde ejerce dicha profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia; siempre que no sea el Asegurado o parte de la familia inmediata del asegurado.

MEDICO O PROVEEDOR NO AFILIADO: Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios de salud que no tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contratada por la Compañía, para proporcionar los servicios a los asegurados dentro de una Red de Proveedores Afiliados.

MEDICO O PROVEEDOR AFILIADO: Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios de salud que tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contratada por la Compañía para proporcionar los servicios a los asegurados dentro de una Red de Proveedores Afiliados.

MEDICO ESPECIALISTA: Es el médico legalmente autorizado para ejercer la medicina y cirugía, con especialidad en una rama médica específica, para lo cual cuenta con los estudios y las licencias correspondientes.

MUERTE ACCIDENTAL: Es la muerte por causas violentas súbitas y externas no provocada por la víctima o por un tercero sin el consentimiento de la víctima.

PAIS DE RESIDENCIA: Es el país declarado en la solicitud, o cualquier otro país en Latinoamérica. En caso de residir fuera de Costa Rica, el Solicitante o Asegurado, debe declararlo y la compañía se reserva el derecho de aceptación.

PANDEMIA: Es una enfermedad epidémica que se extiende por muchos países o afecta a casi todos los habitantes de una zona, también se puede decir que es una epidemia mundial o global.

PERIODO DE COBERTURA: Período que comienza en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza y continúa por trescientos sesenta y cinco días (365) consecutivos desde esta fecha, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas.

PERIODO DE GRACIA: Es el período de tiempo que se concede al Asegurado para que pueda pagar las primas debidas, después de que la cobertura de la Póliza ha expirado y durante el cual, la Compañía permitirá que la prima de la Póliza sea pagada.

PLAN ANFITRION O “HOST BLUE” O “HOST PLAN” : Cuando un asegurado obtiene servicios médicos fuera del área geográfica en la que BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA brinda servicios, a través de proveedores que participan en la red en otra área geográfica, el licenciatario que brinda servicios en esa otra área geográfica se denomina PLAN ANFITRION O “HOST BLUE”.

PLAN DE TRATAMIENTO: Es un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico para el tratamiento de las necesidades médicas del asegurado, con base en el examen físico y pruebas diagnósticas.

PLAN DE SEGURO COLECTIVO: Define la cobertura de beneficios indicada en el Cuadro de Beneficios a grupos de personas cobijados bajo un mismo vínculo de tipo laboral, escolar, cooperativo, entre otros, y debe tener un mínimo de 20 titulares principales. Estos planes tienen un diseño especial de acuerdo al colectivo que los adquiere, evidenciado con el Certificado, el cual se otorga a los titulares principales del grupo.

PLAZOS DE ESPERA O PERIODOS DE CARENCIA: Es un período corto de tiempo que se inicia a partir de la vigencia de la póliza, que debe transcurrir para que el asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta póliza y durante el cual las pérdidas que ocurran no serán cubiertas por la póliza. Los plazos de espera o periodo de carencia se encuentran regulados en las condiciones generales de esta póliza.

POLIZA: Documento que detalla las condiciones generales y particulares del contrato de seguro pactado entre una entidad Contratante y la Compañía.

PRE-NOTIFICACION: Se refiere al documento expedido por la Compañía, en donde constan las condiciones autorizadas de manejo médico o del ingreso de un asegurado en un Hospital, para un procedimiento médico o de diagnóstico que será practicado al asegurado, conforme a los requerimientos incluidos en esta póliza. La pre-notificación en ningún momento se entenderá como garantía de pago.

Para el pago de cualquiera de los beneficios elegibles bajo esta póliza y sus anexos, en los casos que la Compañía lo estime necesario, los objetivos de la pre-notificación serán: evaluar si el servicio es médicamente necesario, si el lugar donde se prestará el servicio es el adecuado, y verificar la elegibilidad del Asegurado para el servicio que se está solicitando. Las pre-notificaciones se evaluarán con base en la política que la Compañía establezca. En caso de emergencia no se requerirá pre-notificación, pero se deberá notificar a la Compañía dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la prestación del servicio o tratamiento de emergencia.

PRIMA: Es la cantidad de dinero que paga el Contratante a la Compañía por los beneficios ofrecidos bajo esta póliza.

PROGRAMA BLUE CARD O TARJETA AZUL: Es el programa que permite a los asegurados el acceso a servicios médicos dentro del área de servicio de un Host Blue o Plan Anfitrión según se define en esta póliza.

PROPUESTA DE SEGURO: Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique.

PROPUESTA DE PRÓRROGA: Documento que contiene una oferta de prórroga realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de prórroga será enviada por la Compañía al Contratante con un plazo de anticipación de al menos (30) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique.

PRECIO APROXIMADO. El precio aproximado es una tarifa de precio negociado, vigente en el momento en que una reclamación es tramitada, reducida o aumentada mediante un porcentaje, tomando en cuenta ciertos rubros negociados con el proveedor y otras transacciones que están relacionadas y no relacionadas con las reclamaciones. Tales transacciones pueden incluir, pero no se limitan a, recuperación de fraude y abuso, reembolsos para proveedores no aplicados a una reclamación específica, arreglos retrospectivos y pagos relacionados al desempeño.

PRECIO PROMEDIO. El precio promedio es un porcentaje de los cargos facturados por servicios cubiertos vigentes en el momento que una reclamación es tramitada, representando los pagos totales negociados por el Plan Anfitrión con todos sus proveedores de servicios médicos o una clasificación similar de sus proveedores y otras transacciones, las que pueden incluir las mismas indicadas anteriormente bajo el renglón de precio aproximado.

PRECIO REAL: El precio real es la tarifa de pago vigente en el momento que la reclamación es tramitada sin ningún otro aumento o reducción.

PROTESIS: Estructura que reemplaza un miembro, un órgano o una función del cuerpo.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD: Son documentos que contienen información de la condición de salud de las personas solicitantes del seguro, tales como la historia clínica, resultados de exámenes de laboratorio, biopsias, imágenes como ultrasonidos, electrocardiogramas, mamografías, resonancias, mediciones (tensión arterial), así como exámenes físicos o certificados médicos, que la Compañía pueda requerir para determinar si una persona es aceptable para el seguro y definir las condiciones de aseguramiento.

RED DE PROVEEDORES AFILIADOS: Es el grupo de hospitales, médicos, laboratorios y farmacias a los que el asegurado puede recurrir para recibir los servicios amparados bajo esta póliza. Una vez que se ha informado debidamente al potencial consumidor sobre hospitales y médicos para la elección de un proveedor afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, la información será además proporcionada por alguno de los siguientes medios según sea su elección: a) en un disco compacto, b) un documento impreso, c) mediante envío a su correo electrónico, d) a través de la lista que publicará la compañía, o el administrador de la red, en el sitio de internet. Adicionalmente, esta información puede ser obtenida en la forma indicada en la Unidad de Asistencia de la Compañía, que podrá brindar la asesoría necesaria sobre el proveedor afiliado disponible o pertinente en cada país, según la enfermedad sufrida o emergencia surgida.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: No es una obligación contractual de la Compañía ni tampoco del Contratante o Asegurado. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o

similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.

PLAN DE ASEGURAMIENTO: Se refiere a cada uno de los planes que pueden ser elegidos dentro del presente seguro colectivo.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: Es la opinión profesional de un médico autorizado por la Compañía para emitir otra opinión con respecto a la opinión dada por el médico tratante, que podría requerir ésta, antes que el Asegurado reciba un servicio o tratamiento médico elegible bajo esta póliza.

SERVICIOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Servicios de enfermeras idóneas que supervisan el programa de cuidados al paciente, en el hospital o en el domicilio del paciente asegurado.

SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS: Son los servicios o suministros provistos por un hospital, médico u otro proveedor que sean requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión y que para los efectos de esta póliza resulten:

- a. Compatibles con los síntomas o con diagnóstico y tratamiento de la condición, enfermedad, padecimiento o lesión del Asegurado.
- b. Apropriados con respecto a estándares aceptables de la práctica médica.
- c. El suministro más apropiado o nivel de servicio que pueda ser suministrado sin peligro al asegurado.
- d. No únicamente para la conveniencia del asegurado, del médico, del hospital u otro proveedor, según otro criterio médico.

SOLICITANTE: Es la persona que firma la solicitud de seguro.

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS: Es el conjunto de formularios que completan y firman las personas que solicitan cobertura bajo esta póliza, salvo que se trate de menores de edad, en cuyo caso los formularios serán firmados por alguno de sus padres o representantes legales.

Forman parte del contrato de seguro, los formularios “Solicitud de Seguro de Gastos Médicos”, “Declaración de Salud para un Seguro de Gastos Médicos” y “Autorización para consulta de expedientes médicos y administrativos”.

SOLICITUD INDIVIDUAL: Se refiere al formulario aprobado por la Compañía que debe completar y firmar el Asegurado Principal, con el objetivo de solicitar su inscripción al seguro, designar beneficiarios para la cobertura de muerte natural o accidental, e incluir para el seguro de gastos médicos sus dependientes elegibles, en el caso que los tuviera.

TARJETA DE IDENTIDAD DEL SEGURO: Es la tarjeta que la Compañía entrega al Asegurado una vez emitido el contrato, en que se indica su nombre, condición de asegurado, clase y número de póliza, así como fecha de su emisión y la Unidad de la Compañía, a la que el asegurado debe acudir para hacer uso de los beneficios de esta póliza.

TIEMPO ADECUADO: En caso de que las oficinas de Reclamos de la Compañía se encuentren cerradas al momento de una emergencia, el próximo día hábil será considerado como tiempo adecuado para reportar un reclamo al amparo de esta Póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto por esta Póliza.

UNIDAD DE ASISTENCIA: Se refiere a la Unidad que a nombre de la Compañía, brinda los servicios a sus asegurados sobre los proveedores médicos de la Red de Proveedores Afiliados, disponibles por especialidad en Costa Rica o en cualquier otro país en que se encuentre el asegurado requiriendo los servicios. Asimismo, colabora con el asegurado en el uso del seguro y presentación de reclamaciones.

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: Se refiere a las unidades que brindan cuidados especializados tales como la unidad de quemados, unidad de diálisis, unidad de cardiología intensiva, unidad de neonatología, y otras, los cuales son necesariamente brindados dentro de un hospital

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Se refiere a los cuidados y servicios que son brindados por la unidad especializada en cuidados intensivos y que necesariamente son brindados dentro de un hospital.

II. ESTIPULACIONES GENERALES

1.- BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA. La presente Póliza se emite de acuerdo a la información ofrecida en la Solicitud de Seguro. La documentación válida que conforma la presente póliza y para fijar los derechos y obligaciones, es la siguiente: la solicitud del seguro firmada por el tomador o la persona asegurada, la propuesta de seguros aceptada por el tomador o la persona asegurada, según corresponda, la declaración de salud o cuestionarios de salud, las pruebas de asegurabilidad que hubiere requerido la Compañía para cada Asegurado, los reportes o registros del Tomador del

Seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, el **Anexo 1-** Información sobre Pruebas de Asegurabilidad, **Anexo 2.** Cuadro de Beneficios de la Cobertura de Gastos Médicos, Deducibles y Coaseguros según sea el Plan elegido. Si se contratan coberturas adicionales formarán parte de esta póliza el o los anexos correspondientes: **Anexo 3.** Cobertura de Muerte Natural o Causa Accidental y adelanto de Gastos Funerarios, **Anexo 4.** Cobertura por Muerte Accidental y Desmembramiento, **Anexo 5.** Cobertura de Invalidez Total y Permanente, así como otras solicitudes o propuestas que se presenten luego de emitido el seguro y adenda que se llegaren a agregar a la póliza. Prevalerán las condiciones especiales y particulares sobre las generales.

Si la inclusión del Asegurado en la Póliza ocurre con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador procederá a informar al Asegurado de forma expresa y clara si la contratación de cualquier cobertura en esta Póliza es obligatoria u opcional para el Asegurado.

2.- RECTIFICACION DE LA POLIZA. Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. Sin embargo, el Tomador del Seguro tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza, para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido este plazo caducará el derecho de solicitar rectificación de la póliza. Si el Tomador no desea continuar con el seguro y las primas hubieren sido pagadas, la Compañía las devolverá en un plazo de diez (10) días hábiles de acuerdo con la Cláusula Reembolso de primas por cancelación de póliza.

3.- VIGENCIA Y PLAN DE SEGURO. El presente es un seguro colectivo nominativo de gastos médicos anual prorrogable. El monto asegurado se reinstala cada año póliza.

El seguro solo cubrirá los reclamos que presente el asegurado a la Compañía dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la vigencia del contrato. Las coberturas entrarán en vigor una vez que haya sido aceptado el riesgo y se haya pagado la prima estipulada.

Las personas beneficiarias en un seguro colectivo tienen un derecho propio contra la Compañía desde que ocurre el evento previsto en este contrato de seguro.

Este seguro podrá contratarse por el Tomador bajo dos opciones: a) sin contribución de prima, cuando el Tomador paga la prima total, o b) con contribución de prima, cuando los asegurados del Seguro participan en la totalidad o en alguna porción del pago de la prima.

4.- DECLARACIONES EN LA SOLICITUD. Esta Póliza se emite tomando en consideración que las respuestas dadas a todas las preguntas de las solicitudes de seguro son veraces y completas. Es entendido que los cuestionarios de salud deberán ser completados y firmados por cada persona que será cubierta por el seguro, salvo que se trate de personas menores de edad, en cuyo caso las declaraciones sobre su salud deberán ser firmadas por alguno de sus padres o representante legal.

Si existiere omisión o inexactitud no intencionales de parte del Tomador o de las Personas Aseguradas se procederá de la siguiente manera:

- a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al tomador la modificación del contrato, la cuál será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince (15) días hábiles después de su notificación, el asegurador podrá, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.
- b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado, podrá rescindir el contrato, en el término de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.
- c) El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

5.- MODIFICACIONES A LA PÓLIZA. Los términos y condiciones contenidos en la Póliza pueden ser modificados mediante convenio expreso entre la Compañía y el Contratante, o por un aviso que debe realizar La Compañía al Contratante con las razones por las cuales se realiza el ajuste, sin requerir del consentimiento de los Asegurados sobre dicha modificación siempre que La Compañía la comunique con al menos un mes de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato para que sus intereses no se vean afectados. Tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de vigencia de esa modificación.

La Compañía, previo a la aplicación efectiva de la modificación, deberá comunicar a los Asegurados, con al menos un mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, cuáles son los aspectos modificados para que no se vean afectados en sus intereses. Esta comunicación a los Asegurados podrá realizarse de manera directa o a través del Tomador, mediante campaña informativa presencial o por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción. La colaboración del Tomador en este proceso, no libera a La Compañía de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al Asegurado de buena fe.

En caso de que este seguro se contrate bajo modalidad no contributiva donde el Tomador es acreedor del Asegurado, el Asegurado entiende que su participación en el mismo lo es en carácter de tercero relevante, por lo cual solamente el Contratante y la Compañía, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del seguro colectivo dentro del marco de ley. En ese caso, el Asegurado tendrá el derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario de seguros.

6. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. La Compañía deberá entregar a cada asegurado en esta póliza el certificado individual de cobertura relativos a la relación concreta establecida, en el plazo de tres días hábiles, contados a partir de la solicitud de inclusión en la póliza colectiva cuando sea de inclusión automática y en los casos en que se requiera proceso de selección, dicho plazo comenzará a contar a partir de la aceptación.

7. CAMBIO EN LA COBERTURA DE SEGURO Y CAMBIO DE CLASIFICACION. Cualquier cambio en la cobertura del seguro de un Asegurado será efectivo a partir de la notificación que el Contratante haga por escrito a la Compañía, siempre que el Asegurado mantenga su afiliación con el Contratante y se cumplan las contribuciones correspondientes.

De no hacer la notificación correspondiente, si la cobertura fuere de pago contributivo, dentro de los treinta y un (31) días naturales a partir de la fecha efectiva del cambio, dicho asegurado tendrá que presentar Pruebas de Asegurabilidad a la Compañía, cuyo costo estará a cargo de ésta. En este caso, el cambio será efectivo una vez que sea aprobado por la Compañía, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales. En el caso que el Asegurado tenga una relación laboral con el Contratante, de no estar trabajando en forma activa por cualquier motivo, dicho cambio empezará a regir al día siguiente de su regreso al trabajo activo y permanente.

8. REGISTRO DE ASEGURADOS AFILIADOS Y FAMILIARES DEPENDIENTES ASEGURADOS. El Contratante debe suministrar periódicamente, la información relacionada con los asegurados y sus familiares dependientes que se encuentren asegurados, modificaciones en las coberturas del seguro, terminaciones del seguro, conforme lo exija la Compañía, con el fin de administrar debidamente el seguro. La planilla del Contratante así como cualesquiera otros registros de los asegurados que puedan tener relación con el seguro a que se refiere esta póliza, deberán ponerse a disposición de la Compañía con fines de inspección en cualquier momento.

Cualquier error, falta u omisión inadvertida e involuntaria de parte del Contratante al notificar el nombre del Asegurado o sus dependientes, no afectará al Asegurado o familiar dependiente asegurado de buena fe, ni la cobertura contratada.

La omisión en notificar la terminación del seguro de un Asegurado o dependiente no implicará que se mantiene la cobertura de ese dependiente más allá de la fecha de terminación. Es responsabilidad del Contratante retener y devolver a la Compañía, las tarjetas de identidad del seguro de cualquier Asegurado Afiliado que deje de trabajar con el Contratante cubierto bajo esta póliza. El Contratante será responsable de cubrir cualquier gasto incurrido por cualquier ex-asegurado afiliado posterior a su fecha de salida de la empresa, cuando no haya reportado su salida del grupo asegurado.

9. RECTIFICACION DE EDAD. Si la edad del Asegurado afectare la cobertura o la suma asegurada y la edad fuere declarada erróneamente, se efectuará retroactivamente el ajuste equitativo de primas.

10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS. Los beneficiarios de las COBERTURAS POR MUERTE de esta póliza, son los que aparecen en la solicitud de seguro. La revocación o sustitución de la persona beneficiaria surtirá efectos a partir de que se haga de conocimiento del asegurador. El pago hecho por el asegurador a una persona beneficiaria, antes de ser informado de la sustitución o revocación, lo libera de las obligaciones correspondientes.

La designación, revocación y sustitución de la persona beneficiaria puede ser hecha solo por la persona asegurada, quien no podrá transferir ni delegar este derecho ni siquiera al tomador del seguro. La persona asegurada podrá renunciar al derecho de revocar y sustituir a la persona beneficiaria en cualquier momento y de forma permanente o sujeto al cumplimiento de una condición resolutoria, siempre y cuando esta sea de forma expresa y por escrito.

Cuando no se designe persona beneficiaria o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiario por cualquier causa, se considerarán personas beneficiarias a los herederos legales del asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente. En caso de que, en una póliza con varias personas beneficiarias, quede sin efecto la designación de uno o varios de ellos, aumentará la proporción determinada a favor de las demás personas beneficiarias.

11. CESION. Esta póliza no puede ser cedida. La cobertura y los beneficios no pueden ser cedidos. La Compañía Aseguradora no asume responsabilidad en cuanto a la facilidad o al efecto de cualquier cesión.

12. INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA. Una vez sometida la Solicitud Seguro debidamente cumplimentada a la Compañía, la fecha de cobertura efectiva será cuando el Asegurado es elegible para la cobertura bajo esta Póliza; o a partir de la aprobación de las Pruebas de asegurabilidad, dentro del plazo de treinta (30) días naturales a partir de que se

cumplan los requerimientos. En ambos casos siempre y cuando se haya pagado la prima del seguro dentro del plazo establecido.

Esta disposición será también aplicable a todos sus Dependientes a ser incluidos bajo esta Póliza.

13. PRIMAS. POSIBILIDAD DE MODIFICACION POR LA COMPAÑÍA. Por el asegurado principal y los asegurados dependientes que se incluyan en la póliza, se deberá pagar una prima por cada uno. Las primas por la cobertura de esta Póliza deberán ser pagadas por el plazo de un año de vigencia del seguro.

La compañía podrá modificar las primas en la presente póliza, en cualquier prórroga contractual; siempre que la notifique al contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

Las Primas comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se estarían ajustando anualmente a la prórroga contractual de la póliza, con base a **la variación de la inflación médica y a la experiencia de la siniestralidad** presentada por cartera de pólizas del presente producto durante su último año.

Específicamente el porcentaje de Ajuste anual a las primas se determinaría de la siguiente manera: el Porcentaje de AJUSTE ANUAL DE PRIMAS sería el resultado de la suma del porcentaje de VARIACION DE LA INFLACIÓN MÉDICA más el porcentaje del AJUSTE POR SINIESTRALIDAD.

En donde:

- a) El porcentaje de VARIACIÓN DE LA INFLACIÓN MÉDICA corresponderá a la variación anual de la inflación de servicios médicos, con corte al trimestre natural inmediato anterior al mes en que se iniciaría la prórroga contractual de la póliza.

El porcentaje de AJUSTE POR SINIESTRALIDAD corresponderá al ajuste técnico requerido para llevar el *Índice de siniestralidad real* presentada por la cartera de pólizas del presente producto durante su último año al *Índice de siniestralidad esperada* según la Nota Técnica del producto. Para estos efectos, se entiende que por:

Índice Siniestralidad Real: Corresponde al cociente de Siniestros Incurridos de la cartera total en el año, entre las Primas Totales netas (restando devoluciones y/o cancelaciones) de la cartera suscritas en el año; en donde, los Siniestros Incurridos corresponden a los Siniestros Pagados más los siniestros pendientes de liquidación.

Índice de Siniestralidad Esperada: Corresponde a un 55% de la Prima Total de la Cartera

Asegurada.

Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

- a) Las tarifas vigentes;
- b) Los beneficios de la póliza;
- c) Número y edades de afiliados asegurados;
- d) Número y edades de familiares dependientes;
- e) Experiencia previa del grupo asegurable;
- f) Inflación de costos médicos.

Los ajustes de primas debido a cambios en la afiliación se harán con base en el año póliza, a menos que hubiera un cambio en la afiliación de más de 10% con respecto al número de asegurados bajo el cual fue suscrita esta póliza. En este caso, la Compañía tiene el derecho de modificar las primas en el momento en que esta situación se presente. Cualquier ajuste que se realice y se notifique a la Compañía dentro del año póliza, o dentro de los treinta (30) días naturales siguientes, se efectuará de manera que cubra el periodo completo en que tales ajustes sean aplicables, siempre que estos nunca pasen los doce (12) meses.

14. PAGO DE PRIMAS. El pago puntual de las primas es responsabilidad del Tomador, dentro de los plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales.

La prima inicial deberá pagarse dentro de los diez días hábiles siguientes al inicio de la vigencia de la póliza y las primas futuras deberán pagarse según se indica en las Condiciones Generales.

Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en el domicilio de la Compañía, de sus representantes o intermediarios autorizados. El aviso de cobro de la prima será enviado a la dirección señalada por el Tomador en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el mismo Tomador para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato. Si el Tomador no ha recibido un aviso de cobro de primas con treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de prórroga y desconoce el monto correcto de la prima de prórroga, debe comunicarse con su intermediario de seguros o con la Compañía.

La prima es calculada en forma anual y puede realizarse mediante: cheque a nombre de la Compañía, tarjeta de crédito o débito, depósito bancario en la cuenta que se le suministrará, y eventualmente el método de deducción de planilla (cuando esté disponible). Adicionalmente, el Tomador puede escoger el pago fraccionado de su prima de acuerdo con la política de recargos en esta póliza.

En el caso de las inclusiones de nuevos asegurados, si se realizan antes del día quince (15) del mes, se cobrará la prima total correspondiente al mes de inclusión, si la solicitud de inclusión se realiza después del día quince (15) del mes, la prima se cobrará a partir del mes siguiente. En el caso de exclusiones de asegurados, si se realizan antes del día quince (15) del mes, se devolverá la prima total pagada del mes correspondiente a la exclusión, la cual se realizará en la factura del mes siguiente, si la solicitud de exclusión se realiza después del día quince (15) del mes, no habrá devolución de prima.

En los demás ajustes de prima originados en modificaciones a esta póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez (10) días hábiles 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.

15. PRORROGA, RENOVACION DE LA POLIZA, PERIODO DE GRACIA Y MORA EN EL PAGO.

Esta Póliza es prorrogable en forma automática, si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Asegurado al menos con un mes de anticipación, y podrá ser renovable por acuerdo de las partes.

Periodo de Gracia. El plazo para el pago de las primas siguientes a la prima inicial es de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento del plazo de la vigencia. En los casos de pago fraccionado el plazo para el pago de la prima es de diez (10) días hábiles a partir del vencimiento

Mora en el pago. Si al final del Periodo de Gracia, la Compañía no ha recibido la prima correspondiente, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12.00 a.m. del día anterior a la fecha de vencimiento del plazo de vigencia, y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, debiendo notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco(5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora .

El Contratante responderá ante los proveedores médicos y asegurados en caso de que dentro del periodo de gracia, se presenten reclamaciones y no realice la prórroga de la póliza.

La Compañía puede terminar la póliza en el aniversario de la misma o en cualquier fecha de vencimiento de prima mediante notificación escrita al Contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación, si en la fecha de tal aviso el número de Personas Aseguradas con este contrato es menor a 15.

16. RECARGOS y DESCUENTOS EN LA PRIMA.

Recargos por fraccionamiento. El pago de la prima es anual, sin embargo la Compañía le otorga al asegurado la facilidad de pago fraccionado, en cuyo efecto la prima fraccionada se determinaría multiplicando la prima anual por los siguientes factores:

- 1. Factor de PAGO SEMESTRAL: 0.52.**
- 2. Factor de PAGO TRIMESTRAL: 0.26**
- 3. Factor de PAGO MENSUAL: 0.086**

Descuentos: Los descuentos que se otorgan en esta póliza se establecen en consideración a la cantidad de asegurados principales. Asimismo, el descuento se aplica tanto en función del Tamaño del Grupo de la Póliza Colectiva como también por concepto de Grupo Familiar, según se detalla de seguido:

Cantidad de Asegurados Principales que conforman la Póliza Colectiva (*)	Porcentaje de Descuento a otorgar sobre la Prima Comercial al ASEGURADO PRINCIPAL	Porcentaje de Descuento a otorgar sobre la Prima Comercial al CÓNYUGE (**)	Porcentaje de Descuento a otorgar sobre la Prima Comercial a CADA HIJO asegurado (**)
1 a 20	0%	10%	0%
21 a 50	5%	12%	2%
51 a 150	10%	15%	5%
151 a 500	15%	20%	10%
501 ó más	20%	25%	15%

17. IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES. El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza serán responsabilidad del Contratante cuando así le corresponda.

18. REHABILITACION DE LA POLIZA. Si esta Póliza ha terminado su vigencia por falta de pago de las primas debidas, la Compañía podrá considerar su rehabilitación, únicamente después de haber recibido las Pruebas de Asegurabilidad que determine y el Pago de la Prima. La Póliza rehabilitada cubrirá únicamente pérdidas resultantes de Lesiones o Enfermedades que hayan ocurrido después de la fecha en que esta Póliza haya sido Rehabilitada. Tales pérdidas estarán sujetas a las limitaciones en cuanto a Condiciones Preexistentes.

19. CANCELACION. RESCISION O NULIDAD RELATIVA O ABSOLUTA DE LA POLIZA.

La cobertura de seguros bajo esta Póliza terminará:

Si ha terminado el Periodo de Gracia sin que la prima correspondiente haya sido pagada dentro de los plazos establecidos en esta póliza, debiendo notificar su decisión al

tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

En los casos de omisión o inexactitud no intencionales en la declaración del riesgo, cuando la compañía demuestre que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado procederá a rescindir el contrato dentro del plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.

En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales, Ley No. 8204 (Reforma integral de la Ley sobre estupefacentes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas), la Compañía procederá con la cancelación de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación.

19.BIS. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA. Durante la vigencia del contrato el Tomador podrá darlo por terminado en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la otra parte con al menos un mes de anticipación. Si el pago de la prima es con contribución del asegurado el contrato no podrá darse por terminado sin el consentimiento de éste. La terminación anticipada del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

En cualquier caso, el asegurador tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al asegurado la prima no devengada. La porción no devengada de la prima equivale a= (número de días en que la póliza no estuvo en vigor dividido entre 365 días) multiplicado por la prima anualizada.

III. ESTIPULACIONES APLICABLES AL ASEGURADO AFILIADO Y A SUS DEPENDIENTES ASEGURADOS PARA LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS.

20. ASEGURADOS AFILIADOS ELEGIBLES PARA SEGURO.

1. Todos los empleados activos y permanentes, mayores de 18 años que trabajan el horario completo, que trabajen exclusivamente para el Contratante, exceptuando los empleados provisionales, temporales y jubilados. El empleado activo es quien trabaja el horario completo, correspondiente a no menos de cuarenta (40) horas a la semana.

Cada Empleado actual tiene derecho a seguro en la fecha efectiva de la póliza. Cada Empleado nuevo debe completar un periodo de sesenta (60) días de empleo continuo y

activo.

El aseguramiento en este plan se dará, en la fecha de elegibilidad del afiliado o empleado, una vez que se presente la respectiva solicitud de seguro, la declaración de salud y/o las pruebas de salud que fueren necesarias, y estas hayan sido aceptadas por la Compañía, salvo que la Compañía acepte el ingreso sin estos requisitos. En caso de que las Pruebas no sean satisfactorias, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

2. Todos los afiliados que mantengan su afiliación con el Contratante.

21. CLAUSULA DE ASEGURABILIDAD. Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza, todo Asegurado y sus dependientes asegurados tendrán derecho a los beneficios de Gastos Médicos, si incurre en tales gastos por atención o servicios médicos.

Los beneficios de Gastos Médicos, como se definen en este contrato, consisten en el reconocimiento de dichos gastos, por beneficiario por Año Póliza, con sujeción a las condiciones y limitaciones indicadas en esta póliza. El monto total de los Beneficios de Gastos Médicos no deberá exceder el Beneficio Máximo por Año Póliza por asegurado (ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro bajo esta póliza, ya sea que el individuo haya estado o no cubierto bajo esta póliza, alguna vez como afiliado y otra vez como dependiente).

IV. PLANES DE ASEGURAMIENTO Y DESCRIPCION DE COBERTURAS

22. ÁMBITO DE COBERTURA, BENEFICIO MÁXIMO POR AÑO POLIZA Y POR ASEGURADO.

El beneficio máximo por año póliza, para el asegurado principal y sus dependientes, será el convenido por el contratante de la póliza, escogida de entre las siguientes opciones de monto: **Plan 1: \$50.000., Plan 2: \$100.000, Plan 3: \$150.000., Plan 4: \$200.000. y Plan 5: \$250.000.00** para cada uno.

23. DESCRIPCION DE COBERTURAS:

A.COBERTURA DE GASTOS MEDICOS. Bajo esta cobertura se proporcionan servicios médicos por Hospitalización, Cirugía, Maternidad, Beneficios Ambulatorios, y los otros beneficios médicos que se describen con sujeción al cumplimiento de los requerimientos de pre-notificación, a completar los copagos, coaseguros, deducibles, exclusiones, limitaciones, Beneficio Máximo por Año Póliza y demás estipulaciones y condiciones de la póliza vigente.

B. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES

B.1. COBERTURA DE MUERTE POR CAUSA NATURAL O CAUSA ACCIDENTAL Y ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS. Esta cobertura puede ser contratada solamente para el asegurado principal. La edad de contratación es a partir de los 18 años cumplidos, y la cobertura comprende el pago de un beneficio establecido por muerte siempre y cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto bajo las condiciones estipuladas en la cobertura básica de gastos médicos, establecido a través de un múltiplo de salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o prórroga del seguro, hasta un máximo de treinta y seis (36) salarios brutos mensuales o la suma máxima asegurada según el plan elegido por el Contratante. Bajo esta cobertura se tendría un adelanto del veinticinco por ciento (25%) del total de beneficio dentro de las veinticuatro horas siguientes al fallecimiento para cubrir gastos funerarios.

B.2 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO: Esta cobertura puede ser contratada solamente para el asegurado principal. La edad de contratación es a partir de los 18 años cumplidos. La cobertura comprende el pago de un beneficio establecido por muerte, cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un accidente cubierto bajo las condiciones estipuladas en la cobertura básica de gastos médicos, a través de un múltiplo de salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o prórroga del seguro, hasta un máximo de treinta y seis (36) salarios brutos mensuales, y en caso de fallecimiento por causa accidental se pagará una suma adicional igual a la suma asegurada.

Asimismo, en caso de *pérdida de miembros* por causa accidental, la presente cobertura pagaría un determinado porcentaje del beneficio respectivo por muerte accidental estipulado en el párrafo anterior, de conformidad con la Tabla de Indemnizaciones por Desmembramiento Accidental anexa a este contrato.

B.3 COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Esta cobertura puede ser contratada solamente para gerentes de la empresa contratante. La edad de contratación es a partir de los 18 años cumplidos. La cobertura comprende el adelanto del 100% del beneficio establecido en la cobertura de Muerte por causa natural o accidental, en caso de una *Incapacidad Total y Permanente*, siempre y cuando la incapacidad haya ocurrido a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto bajo las condiciones estipuladas en la cobertura básica de gastos médicos. Por lo tanto, en caso de pagarse el presente beneficio, la cobertura de muerte por cualquier causa quedaría finiquitada.

La incapacidad total y permanente debe ser determinada médicamente, con una pérdida de la capacidad general para desempeñarse en su trabajo o actividad habitual de 66.66% o más, de conformidad con la definición del contrato.

B.4. COBERTURA DE RIESGOS ESPECIALES: Esta cobertura ampara las pérdidas que afecten a los integrantes del grupo asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial, el cual será detallado en las condiciones particulares, adicionalmente podrá amparar previa valoración, alguna de las exclusiones estipuladas en esta póliza. Esta cobertura brinda protección a riesgos que estén directamente relacionados con eventos tales como: deportes, salud preventiva, suplementos, vitaminas, servicio de ambulancia, examen y compra de lentes, vasectomía, salpingectomía, vacunas, control de niño sano, enfermedad aguda y accidente durante un viaje y cualquier gasto por atención médica que no se encuentre cubierto en ninguna de las otras coberturas de esta póliza, solamente a petición del contratante o tomador de la póliza y siempre y cuando se encuentre en las estipulaciones particulares del contrato de seguro, y sea pagada la prima respectiva.

24. EDAD DE CONTRATACIÓN Y ELEGIBILIDAD. El Asegurado y su Cónyuge o conviviente serán elegibles para la cobertura de Gastos Médicos bajo esta Póliza a partir de los 18 años cumplidos.

La cobertura para los dependientes elegibles del Asegurado, será efectiva en la fecha en que comience la cobertura del Asegurado, siempre y cuando la solicitud de cobertura de tal Dependiente haya sido incluida en la solicitud original de seguro de gastos médicos bajo esta Póliza. Las edades para los dependientes son las que se incluyen para “Dependientes Elegibles” en las Definiciones de esta Póliza.

Si no se solicita cobertura para sus dependientes elegibles cuando el Asegurado la solicita para sí mismo, deberá cumplirse con los requerimientos de asegurabilidad aceptables para la Compañía a fin de adicionar al o los dependientes elegibles a la póliza. La cobertura será efectiva a partir de la fecha en que el riesgo sea aceptado y la prima sea pagada.

Si el Asegurado adopta un hijo, contrae matrimonio, o su Cónyuge o conviviente o la propia persona Asegurada dan a luz un hijo después de la fecha efectiva de la cobertura de esta póliza, es posible presentar una Solicitud de Seguro a la Compañía para adicionar cualquier nuevo dependiente elegible bajo su Póliza. La cobertura para el o los nuevos dependientes elegibles, excepto para los hijos recién nacidos, comenzará a partir de la fecha en que el riesgo sea aceptado y la prima sea pagada por cuenta de el o los dependientes elegibles.

Si nace un hijo del Asegurado o de su cónyuge o conviviente, mientras se encuentran asegurados bajo esta póliza, y mientras la cobertura esté vigente, éste será asegurado desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando se haya completado y sometido

una solicitud dentro de los treinta (30) días naturales a partir de la fecha de nacimiento, y la prima por tal dependiente haya sido pagada en su nombre. En ausencia de solicitud de cobertura para el recién nacido y el pago de la prima no haya recibido dentro de los treinta (30) días naturales después de su nacimiento, la cobertura para tal recién nacido será por sesenta (60) días naturales. Después de este periodo, se requerirá una nueva solicitud, la cual estará sujeta a pruebas de asegurabilidad y la aceptación de la Compañía.

La Compañía tiene el derecho de rechazar la cobertura a cualquier persona bajo esta Póliza, si no cumple con las pruebas de asegurabilidad.

Las personas a las que se les requiera una prueba de asegurabilidad como condición para otorgar cobertura, no tendrán cobertura hasta que la Compañía acepte el riesgo, dentro de los treinta días naturales siguientes al cumplimiento de todos los requerimientos. Si la Compañía no se pronuncia dentro de dicho plazo, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En caso de complejidad excepcional, según lo determine el Reglamento a la Ley Reguladora del Contrato de Seguro No. 8956, la compañía deberá indicar la fecha posterior en que se pronunciará, cuyo plazo no podrá exceder de dos meses.

25. DEDUCIBLE. El monto del deducible en esta póliza será la primera suma que se aplicará al asegurado al momento de pagar un siniestro, y ese monto será el que corresponda al Plan de Aseguramiento elegido por el Asegurado, y que se incluyen en el **Anexo 2** a esta póliza “Cuadro de Beneficios de la Cobertura de Gastos Médicos, Deducibles y Coaseguros.”

Los siguientes gastos no serán utilizados para completar el Deducible: (a) cantidades que exceden los montos Usuales, Razonables y Acostumbrados; (b) gastos incurridos por tratamientos, servicios, o suministros que no están cubierto bajo esta Póliza; (c) gastos que exceden los límites de los beneficios cubiertos en esta póliza (por ejemplo número de días, meses, visitas, o cantidades en dólares), d) copagos.

Forma de pago del deducible: Cuando la Compañía le paga directamente al proveedor los servicios brindados al Asegurado, el proveedor le cobrará a éste el deducible y el coaseguro. Cuando la compañía paga directamente al asegurado, la Compañía rebajará del monto de la indemnización la suma que corresponda por concepto de deducible y coaseguro.

26. COASEGURO. Al momento de pagar un siniestro, **después de pagarse el deducible** y para todos los beneficios y Planes bajo esta póliza, el asegurado quedará sujeto al pago de un coaseguro cuyo detalle se incluye en el **Anexo 2**.

Se deja establecido que la secuencia de aplicación de deducible y coaseguro es la siguiente:

- Primero: Se aplica el deducible de conformidad con la opción escogida por el contratante
- Segundo: Se aplica el coaseguro establecido en estas condiciones para cada cobertura o beneficio de la póliza.

27. GASTOS CUBIERTOS.

Esta póliza cubre los costos usuales, razonables y acostumbrados por los servicios y suministros médicamente necesarios, los cuales tienen que ser ordenados por un Médico, como consecuencia de una enfermedad o lesión cubierta por la póliza. La Compañía hará el pago una vez que se hayan satisfecho el Deducible y el porcentaje de Coaseguro, hasta el límite establecido. La Compañía está en la obligación de mantener actualizados los costos razonables y acostumbrados de acuerdo con los valores de mercado nacional e internacional, en relación con los diferentes servicios cubiertos por la póliza.

Los Gastos Cubiertos incluirán, pero no están limitados a:

- 1) Servicios Médicos o de Consulta por un Médico por una enfermedad o lesión.
- 2) Servicios Ambulatorios por una enfermedad o lesión. Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas, serán cubiertos íntegramente, una vez superado el deducible establecido en esta póliza para el Plan elegido por el Asegurado. Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato.
- 3) Servicios de Hospitalización por una enfermedad o lesión.
- 4) Servicios de Cirugía, dondequiera sean realizados. En caso de múltiples procedimientos quirúrgicos por la misma sesión, por el procedimiento secundario se pagará un máximo del 25% del primero procedimiento. Incluye los servicios de un Asistente Médico entre un 20% (veinte por ciento) y un 35% (treinta y cinco por ciento) de los costos usuales, razonables y acostumbrados aprobados para el cirujano que realiza la operación, según se establezca en las Condiciones Particulares. Si se requiere más de un Asistente Médico la cobertura máxima no podrá superar el 35% de los costos razonables y acostumbrados aprobados para el Cirujano que realiza la operación.
- 5) Servicios de Anestesia relacionados con una cirugía, obstetricia u otros servicios bajo esta Póliza, limitado al menor costo entre el 100% de los costos usuales,

razonables y acostumbrados o del 30% (treinta por ciento) al 35% (treinta y cinco) de los costos usuales, razonables y acostumbrados aprobados para el Cirujano, según se establezca en las Condiciones Particulares.

- 6) Cargos de Hospital por habitación y alimentación:
- Costos usuales, razonables y Acostumbrados para una habitación privada o semiprivada que no exceda el monto especificado en las presentes Condiciones Generales.
 - Costos para Sala de Cuidados Intensivos usuales, razonables y acostumbrados, que no excedan el monto especificado en las presentes Condiciones Generales.

Estos costos podrán ser evaluados, ampliados, actualizados y ajustados a su costo anualmente por la Compañía.

- 7) Medicamentos Prescritos, así como vendajes o aparatos que sean Medicamente necesarios y prescritos por un médico.
- 8) El servicio médico de emergencia fuera de la Red de Proveedores Afiliados, es ofrecido solamente en aquellos casos en que el tratamiento de emergencia es requerido como resultado de una situación de amenaza a la vida de la persona y de conformidad con la definición de emergencia médica establecida en el capítulo de Definiciones de este clausulado.
- 9) Tratamiento de reparaciones dentales de emergencia como consecuencia de una lesión, ocurrida durante la cobertura de esta Póliza. El Tratamiento debe de comenzar dentro de los seis meses siguientes a la lesión; y ser parte de un programa de tratamiento prescrito por un Médico y mientras la cobertura se encuentre en vigor.
- 10) Servicios de Terapia Radioactiva, para tratamientos terapéuticos por condiciones benignas o malignas, incluyendo descargas de Rayos X, radio e isótopos radioactivos, y procedimientos de medicina nuclear.
- 11) **Beneficios de Maternidad:** Esta Póliza cubre Cuidados de Maternidad para el Asegurado (a) o para la esposa dependiente o conviviente del Asegurado, pero solamente en conexión con una Maternidad Cubierta. Se entiende por Maternidad Cubierta, el embarazo del Asegurado (a) o de la cónyuge o conviviente dependiente del Asegurado, en la cual:

- i. El parto ocurre al menos, once (11) meses continuos después de la fecha efectiva de la cobertura de la madre bajo esta Póliza; y

- ii. Esta cobertura se encuentre vigente al momento en que los gastos cubiertos sean incurridos.

Los Gastos cubiertos por beneficios de maternidad están limitados a los gastos por parto normal, cesárea o embarazo uterino (incluyendo cuidados pre y post natales), complicaciones del embarazo y cuidados al recién nacido, (limitado a dos visitas rutinarias de valoración al recién nacido durante la hospitalización), de acuerdo con los sublímites establecidos en el Cuadro de Beneficios elegido por el Asegurado que se anexa a las presentes Condiciones Generales. Los gastos cubiertos también incluyen tratamiento en el centro de cuidados neonatales y cuidados suministrados por una enfermera comadrona. Los beneficios se pagarán según se indica en el Cuadro de Beneficios de este Plan.

12) Gastos por beneficios ambulatorios, hasta los límites especificados en cada Plan de Aseguramiento.

13) Tratamiento por Psiquiatría, según se establezca en las Condiciones Particulares. No cubre exámenes ni medicamentos.

13) Gastos por fisioterapia: si el evento que dio origen a estos servicios han sido debidamente amparados por esta póliza, según se establezca en las Condiciones Particulares.

28. PLAZOS DE ESPERA O PERIODOS DE CARENCIA. Antes de que los Gastos Cubiertos sean elegibles para su reembolso al Asegurado, deben haber transcurrido los siguientes plazos de espera o periodos de carencia que se establecen como condiciones bajo esta Póliza:

- a. Para cobertura de enfermedad la presente póliza tiene un plazo de espera de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza.

Lesiones, Enfermedades Infecciosas y emergencias amparadas por la póliza quedan cubiertas a partir de la fecha de inicio de la vigencia de esta Póliza.

Enfermedades amparadas distintas a las citadas en el párrafo anterior, serán cubiertas después de los noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura bajo esta póliza, con la excepción de niños o niñas nacidos bajo una maternidad cubierta por la póliza, de acuerdo con los

requerimientos establecidos en **la cláusula 24** de este condicionado, excepto que se estipule lo contrario en las condiciones particulares.

- b. Para Amigdalectomía y/o Adenoidectomía se establece un plazo de espera de seis (6) meses a partir de la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza.
- c. Para Maternidad, se establece un plazo de espera de once (11) meses consecutivos comenzando desde la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza, durante el cual los gastos incurridos por el Asegurado o su cónyuge o conviviente dependiente, relacionados con un embarazo no se considerarán como gastos cubiertos bajo esta Póliza. **El periodo de espera de once (11) meses para la cobertura de maternidad aplicará siempre, sin importar que el periodo de noventa (90) días de plazo de espera para la cobertura bajo esta Póliza se haya o no eliminado por cualquier razón.**

29. LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES. Los Gastos Cubiertos bajo esta Póliza no incluyen gasto alguno incurrido por, o como resultado de una Condición Preexistente, según ha sido definida en esta póliza, en la Cláusula Definiciones de esta Póliza, o complicaciones resultantes de Condiciones Preexistentes, hayan sido, o no reveladas en la Solicitud de Seguro, salvo las siguientes excepciones:

- a) Que se trate de Condiciones Preexistentes reveladas en la Solicitud, y que hayan sido expresamente aceptadas por la Compañía como cubiertas por la póliza, y así se ha indicado específicamente en la Póliza al momento de su emisión.
- b) La cláusula de condición preexistente no será aplicada a ningún niño dependiente nacido del Asegurado o su cónyuge o conviviente, mientras el Asegurado o su cónyuge conviviente estén asegurados bajo esta póliza, siempre y cuando se incluya al niño en la póliza dentro de los treinta (30) días naturales a partir de la fecha de su nacimiento. Sin embargo, esta cláusula sí se aplicará a cualquier Dependiente Elegible (que no sea un niño recién nacido dependiente) que sea cubierto bajo esta póliza después de la fecha de emisión de esta póliza.
- c) Todas las condiciones preexistentes conocidas por el asegurado necesitan ser expuestas e incluidas en la Solicitud de Seguro. En el momento de la suscripción del seguro, la Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza para tratamiento, procedimientos o suministros requeridos para una Persona Cubierta por o como resultado de una condición preexistente. Tal exclusión o limitación así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante de previo a la aceptación del seguro.



30. EXCLUSIONES. Quedará excluido de la presente póliza cualquier gasto por lo siguiente:

- 1) Gastos que excedan los costos usuales, razonables y acostumbrados.**
- 2) Lesiones o Enfermedades intencionalmente auto-infligidas mientras se encuentre sano o demente.**
- 3) Lesiones o Enfermedades ocurridas mientras esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas ilícitas, distintas a drogas recomendadas como parte de un tratamiento indicado por un Médico.**
- 4) Cirugía electiva de carácter cosmético o reconstructivo y sus complicaciones y secuelas, o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético y sus complicaciones o secuelas.**
- 5) Exámenes o Procedimientos rutinarios o aquellos requeridos por una tercera parte. Estos exámenes incluyen pero no están limitados a: seguros, escuelas; empleadores; exámenes físicos anuales o de campo; o exámenes requeridos por una autoridad judicial, a menos que estén especificados en las coberturas de esta póliza.**
- 6) Servicios y suministros no autorizados por un Médico, o que no sean médicamente necesarios o apropiados para el tratamiento o lesión o enfermedad, según sea determinado por la Compañía a través de criterios médicos calificados.**
- 7) Tratamientos experimentales o de investigación, procedimientos y/o servicios o tratamientos que no sean científicamente o médicamente reconocidos según el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o por las autoridades de salud competentes según la legislación costarricense, y en su defecto y supletoriamente por los estándares de los Estados Unidos de Norteamérica, incluyendo pero no limitados a acupuntura.**
- 8) Condiciones Congénitas, incluyendo nacimiento prematuro, anormalidades o defectos de nacimiento, excepto según se prevé en contrario para Dependientes menores, hijos del Asegurado o de su Cónyuge o conviviente mientras se encuentren asegurados por esta Póliza, y solamente si tal hijo ha satisfecho todos los requerimientos de la Póliza para ser elegible bajo la misma desde la fecha de su nacimiento, según se establece para dependientes elegibles en esta Póliza.**
- 9) Condiciones Preexistentes, incluyendo cualquier complicación o condición derivada de o como resultado de una Condición Preexistente, sin embargo, estarán cubiertas por la póliza: las Condiciones Preexistentes que hayan sido expresamente**

aceptadas por la Compañía como cubiertas por la póliza mediante un Addendum a esta Póliza en el momento de su emisión.

10) Servicios provistos por un miembro de la familia inmediata del Asegurado o por cualquier otra persona que habite con el Asegurado.

11) Trasplante de órganos.

12) Consultas, tratamientos y terapias por psicólogos, fonoaudiólogos y aquellas que se deban a cualesquiera enfermedades mentales y/o trastornos nerviosos funcionales.

13) Servicios o tratamientos de problemas de aprendizaje o educacionales, salud educacional, terapia matrimonial, o medicina holística o cualquier otro programa con el objetivo de proveer o mejorar la realización personal.

14) Cuidado bajo custodia y cuidados de descanso. Cuidados bajo custodia son los servicios proporcionados que incluye pero no están limitados a la asistencia personal que no requiere la destreza de un profesional. Cuidados de descanso se refiere a suministros o tratamiento de mantenimiento o terapia en cualquier facilidad que incluye: balnearios, hidroclínicas, instituciones de rehabilitación, sanatorios, instituciones de descanso o de cuidado con custodia, hogar para la tercera edad, o instituciones que no sean un Hospital, cuidado domiciliario o cuidados de salud a domicilio. Solamente se cubrirán los cuidados de salud a domicilio cuando sean médicamente necesarios, por el límite de hasta un mes de cobertura domiciliaria y para una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.

15) Reversión de una esterilización femenina o masculina, , cambio o transformación de sexo o implante sexual, tratamientos de fertilización in-vitro o relacionados con la concepción por medios artificiales, estudios de fertilidad o infertilidad y cualquier tratamiento para la infertilidad, tratamientos anticonceptivos, disfunción o insuficiencia sexual, incluyendo pero no limitado al costo del medicamento llamado Viagra o similar.

16) Cualquier estudio, tratamiento y procedimiento de ortodoncia, pero no limitado a prevención o corrección de irregularidades dentales y maloclusión mandibular por aparatos de alambre, frenillos y otras ayudas mecánicas o cualquier otro cuidado, reparación, remoción, reemplazo o tratamiento para los dientes o cualquier tejido circundante, excepto por tratamientos necesarios como consecuencia de daño físico a dientes naturales y sanos incurridos por accidente cubierto por la póliza.



- 17) **Servicios médicos y/o dentales o suministros para el diagnóstico y tratamiento de problemas de las articulaciones mandibulares, incluyendo pero no limitado a Síndrome de articulación temporomandibular, desorden craneomandibular y otras condiciones de la coyuntura que liga el hueso de la mandíbula al cráneo y la compleja musculatura, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, prognatismo, retrognatismo, micrognatismo o cualquier tratamiento o cirugía para reposicionar la mandíbula superior, inferior o ambas mandíbulas.**

- 18) **Gastos por preparación o instalación de dispositivos tales como dentaduras, dientes falsos, empastes o reposición de cualquier prótesis fija o removible.**

- 19) **Gastos por cualquier prótesis fija o removible y prótesis externas o implantables del oído, incluyendo todo tipo de audífonos.**

- 20) **Gastos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual incluyendo pero no limitado a la queratotomía, queratoplastia, queratomeulisis, queratocono y excimer laser por cualquier trastorno de refracción visual. Asimismo, lo relacionado a habilitación de lentes, lentes de contacto, así como cualquier otra enfermedad de los ojos que requiera cualquier tipo de tratamiento.**

- 21) **Cuidados quiroprácticos o podiátricos incluyendo cuidado de los pies en conexión con callosidades, callos pies planos, juanetes, arcos débiles, pies débiles, o quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos o aditamentos especiales de cualquier tipo o forma.**

- 22) **Admisión en hospitales durante los días viernes o sábado para una operación en un día lunes a menos que el Médico a cargo lo solicite por escrito a la Compañía, indicando que tal admisión resulta de una necesidad médica para la salud y bienestar del Asegurado.**

- 23) **Vitaminas, tónicos, suplementos nutricionales, alimentos para bebés, bioquímicos, remedios herbales, tratamientos hormonales de cualquier tipo, tratamientos homeopáticos y cualquier tipo de medicina alternativa, así como medicinas sin prescripción.**

- 24) **Gasas, vendajes, jeringas, instrumentos y cualesquiera aparatos no prescritos.**

- 25) **Cualesquiera gastos incurridos por acompañantes del paciente asegurado.**

- 26) **Tratamientos o complicaciones derivados de:**
 - a. **Premenopausia y climaterio.**

- b. Dermatitis atópica y acné.**
- c. Alopecia de cualquier tipo.**
- d. Estrés y fatiga.**

27) Trastornos del sueño, apnea del sueño.

28) Enfermedades o condiciones transmitidas sexualmente. Esto incluye, pero no está limitado a, herpes, gonorrea, sífilis, citomegalovirus, virus del papiloma humano (VPH), salvo lo dispuesto para el SIDA en el cuadro de beneficios de esta póliza.

29) Cualquier gasto, procedimiento diagnóstico y tratamiento relacionado directa o indirectamente, desde el punto de vista médico, con el sobrepeso y/o obesidad y el bajo peso, así como todas sus complicaciones y/o secuelas, incluidas las que surjan de su tratamiento. La excepción se da en el caso en que por bajo peso, se requieran suplementos alimenticios para la sustentación de la vida de una persona críticamente enferma.

30) Ningún gasto derivado o relacionado con el entrenamiento y/o práctica de deportes como deportista profesional o con remuneración o compensación económica de cualquier deporte.

31) Adicional a la Cláusula anterior, las lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos o de alto riesgo entre las que se señalan de manera enunciativa más no limitativa las siguientes: Alpinismo; artes marciales de cualquier tipo; aviación; automovilismo; buceo; boxeo; bungee jumping; canopy; carreras de caballos; deportes de invierno de cualquier tipo; deportes marítimos o pluviales; equitación; escalar montañas con o sin cuerdas guía; exploración de cuevas (espeleología), cavernas y volcanes; equitación; lucha de cualquier tipo; montañismo con o sin cuerdas guía; paracaidismo; parapente o similar; pesca marítima; rafting; rapel; rodeo; rugby o similar; sky trek; sky walk; snorkeling; sky surfing; surfing; tauromaquia y tореo; tiro; uso de vehículos acuáticos sin motor; vuelo delta y similares; vuelo en planeadores; windsurfing. La práctica de cualquier deporte esté o no enumerado anteriormente, deberá ser declarado en la solicitud de aseguramiento, y en estos casos, la Compañía se reserva el derecho de dar cobertura a una o más de estas actividades bajo condiciones particulares de aseguramiento. Si en el futuro al Asegurado o sus dependientes asegurados van a iniciar la práctica de cualquiera de esas actividades, deberán notificar por escrito de ello a la Compañía.



- 32) Cualquier lesión o enfermedad causada por guerra o actos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (háysase o no declarado el estado de guerra) o guerra civil.**
- 33) Cualquier acto de cualquier persona actuando a nombre o en conexión con cualquier organización terrorista.**
- 34) Cualquier lesión, enfermedad o tratamiento recibido mientras esté sirviendo como miembro de una unidad policial o militar.**
- 35) Cualquier lesión o enfermedad causada por ley marcial o estado de sitio, o cualquier otro evento que determine la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio.**
- 36) Tratamiento resultante por participar en una conmoción civil o acto ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.**
- 37) Cualquier consecuencia que suceda o sobrevenga de un arma nuclear, química o biológica de destrucción masiva, en cualquier accidente, incidente o explosión.**
- 38) Cualquier lesión o enfermedad causada mientras esté cometiendo o intentando cometer un acto criminal o provocando un asalto.**
- 39) Beneficios de Maternidad para hijas dependientes.**
- 40) Con la excepción de la angioplastia con globo, no estará cubierto cualquier otro procedimiento cardiovascular que no requiera cirugía.**
- 41) Medicamentos de venta libre, medicamentos obtenidos sin receta. Medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo ingresado en el hospital, medicamentos recetados que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria o que no estén relacionados con el diagnóstico objeto de cobertura.**
- 42) Admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) o más horas antes de una cirugía programada, excepto si es aprobada por escrito por La Compañía.**
- 43) Equipo de riñón artificial para uso residencial, excepto si es aprobado por escrito por La Compañía.**

44) Costos relacionados con la adquisición e implantación de corazón artificial, aparato mono o bi-ventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

45) Dispositivos ortóticos, equipos médicos duraderos, implantes, quimioterapia y medicamentos altamente especializados (Ej.: Interferón, Procrit, Avonex, etc.) a menos que sean aprobados con anticipación por la Compañía y coordinados por el Administrador de Reclamos. Si son aprobados, serán provistos por La Compañía o reembolsados al costo en que hubiese incurrido La Compañía si los hubiera comprado a sus proveedores.

46) Gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales en caso de senilidad o deterioro cerebral.

47) Tranquilizantes o antidepresivos, medicamentos para el insomnio, anticonceptivos, vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico y suplementos alimenticios de cualquier tipo.

48) Chequeos médicos, o exámenes preventivos excepto los indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

49) Cualquier tipo de aborto y sus consecuencias, a menos que esté presente el riesgo de muerte de la madre.

50) Los beneficios de Maternidad estipulados en esta póliza, ni sus complicaciones y secuelas, si el embarazo de la Asegurada o de la cónyuge del Asegurado, se produjo utilizando técnicas de reproducción asistida o fecundación artificial como son: inseminación artificial, inseminación in vitro (fuera del útero), terapias de hormonas, o cualquier sustancia o tratamiento alterno.

51) Los gastos en que incurra el Asegurado Titular de la póliza y/o sus dependientes, fuera de Costa Rica, cuando el tiempo permanencia en otro país, es mayor de ciento ochenta (180) días continuos.

IV. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES.

31. REQUISITOS DE PRE-NOTIFICACIÓN. La Compañía debe ser notificada de previo al tratamiento y/o procedimiento, a efecto de emitir la confirmación por escrito, antes de que

el Asegurado reciba cualquier cuidado médico bien sea dentro o fuera de su País de Residencia. El Asegurado u otra persona en su nombre, debe contactar a la Compañía, a la Red de Proveedores Afiliados o a la Unidad de Asistencia, indicada en su Tarjeta de Identidad del Seguro, para iniciar el proceso de Pre-Notificación.

Todas las admisiones en los Hospitales y procedimientos quirúrgicos requieren un mínimo de setenta y dos (72) horas de notificación y contar con la autorización por parte de la compañía.

Los tratamientos de emergencia, en los términos definidos en el punto I.DEFINICIONES, deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a tal tratamiento aún y cuando el Asegurado haya sido dado de alta.

Para utilizar la cobertura fuera del país de residencia, el Asegurado debe solicitar la pre-notificación a la Compañía, indicando el tratamiento o procedimiento que se va a realizar con al menos 15 (quince) días naturales de anticipación, siempre y cuando el procedimiento de que se trate no sea realizable en el país de residencia. El requisito de notificación tiene como finalidad coordinar lo relacionado con los costos, asesorarle en la selección del proveedor y ayudarle a reducir costos en el extranjero. Además de que se tiene la posibilidad de contar con una segunda opinión médica.

INCUMPLIMIENTO DEL REQUISITOS DE PRE-NOTIFICACION: Si el Asegurado utiliza los servicios de un proveedor de la red y no cumple con este requerimiento, será responsable por un pago adicional de un 30% calculado sobre los gastos cubiertos, después de que hayan sido satisfechos, tanto Su Deducible como cualquier Porcentaje de Coaseguro establecidos en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, será responsable por ese pago adicional, el Asegurado que no utiliza un proveedor de la red.

En caso de que se tratare de la utilización de la cobertura fuera del país de residencia, el reembolso de los gastos elegibles y médicamente indicados, será limitado al 50% de los gastos razonables y acostumbrados establecidos para la utilización de la Red de Proveedores Afiliados del país donde se recibe el servicio y no se aplicará el límite de coaseguro si lo hubiere.

Igualmente se aplicará lo establecido en la Cláusula 32) inciso a) párrafo segundo, si el procedimiento o tratamiento se recibe fuera de la Red de Proveedores Afiliados.

32. UTILIZACION DEL SEGURO Y CONDICIONES REFERIDAS AL USO DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS. La Compañía ofrece una Red de Proveedores para brindar a los asegurados una amplia gama de servicios en beneficio del Asegurado, y los proveedores afiliados a la Red, han convenido contractualmente aceptar el pago directo de la Compañía

por los servicios cubiertos por la póliza y prestados a los asegurados a los costos negociados previamente. Todos los beneficios de esta póliza están disponibles dentro de la Red de Proveedores.

a) Para servicios prestados por proveedores distintos a Hospitales: Si el Asegurado elige ser atendido por proveedores que son miembros de nuestra Red de Proveedores Afiliados, el Coaseguro se mantendrá según se indica en las presentes Condiciones Generales.

Sin embargo, si el Asegurado recibe tratamiento **fuera de nuestra Red de Proveedores Afiliados**, que se catalogue como emergencia médica, tal como se indica en la Cláusula I. Definiciones, **será responsable por cualquier pago que resulte en exceso sobre la cobertura por veinticinco mil dólares US\$25,000 que será el beneficio máximo en este caso, después de que hayan sido satisfechos, tanto el Deducible como cualquier Porcentaje de Coaseguro establecidos en las presentes Condiciones Generales .**

(b) Para servicios hospitalarios Internos o Ambulatorios: El Asegurado debe utilizar un hospital o una facilidad o institución similar, que sea miembro de nuestra Red de Proveedores Afiliados, a fin de recibir cualquier beneficio pagadero por tales servicios, bajo esta póliza.

(c) Para Servicios fuera del territorio de la República de Costa Rica. Utilización de los servicios médicos a través del sistema “Inter-Plan Arrangements” (Arreglos entre Planes)

Vista general

BlueCross BlueShield Costa Rica mantiene una variedad de relaciones con otros licenciatarios de generalmente llamados “*Inter-Plan Arrangements*” (Arreglos entre Planes). Estos *Inter-Plan Arrangements* funcionan bajo las normas y procedimientos que permiten a los asegurados acceder a servicios de salud fuera del territorio de la República de Costa Rica, es decir, fuera del área geográfica en la que BlueCross BlueShield Costa Rica brinda servicios, según se establece en esta póliza, la reclamación por esos servicios puede tramitarse por uno de esos *Inter-Plan Arrangements* que remitirán la reclamación a *BlueCross BlueShield Costa Rica* para ser pagadas de acuerdo con las normativas de los arreglos entre planes y las condiciones de su póliza. Los arreglos entre planes se describen de forma general a continuación.

Cuando los asegurados acceden servicios médicos fuera del área geográfica en la que BlueCross BlueShield Costa Rica brinda servicios, usted puede obtener atención de los proveedores de salud que tengan un acuerdo contractual (es decir, “proveedores que participan en la red”) con el Plan Anfitrión en esa otra área geográfica (denominados “*Host Blue*” o plan anfitrión). En algunos casos, los asegurados pueden obtener atención de

proveedores de salud en el área geográfica del *Plan Anfitrión* que no tengan un acuerdo contractual (“Proveedores no participantes de la red”) con el Plan Anfitrión. BlueCross BlueShield Costa Rica continúa siendo responsable ante usted por cumplir con sus obligaciones contractuales. Nuestras prácticas de pago para ambos casos se describen a continuación.

Tipos de reclamaciones. Exclusiones

Todos los tipos de reclamaciones son elegibles para ser tramitadas por los arreglos entre planes, según lo descrito anteriormente, excepto para todos los beneficios de cuidado dental, beneficios de medicamentos recetados o beneficios de cuidado de la vista que puedan ser administrados por BlueCross BlueShield Costa Rica para proveer servicios.

A. Plan Anfitrión

El Plan Anfitrión es un arreglo entre planes. Conforme a este acuerdo, cuando los asegurados bajo esta póliza acceden servicios cubiertos dentro del área geográfica de un Plan Anfitrión, el Plan Anfitrión será responsable de la contratación e interacción con sus proveedores de salud participantes, pero BlueCross BlueShield Costa Rica continuará siendo responsable ante el asegurado de cumplir con sus obligaciones contractuales. Las condiciones financieras del Plan Anfitrión se describen de forma general a continuación.

Método de Cálculo de Responsabilidad por Reclamación

A menos que esté sujeto a un copago fijo en dólares, el cálculo de la responsabilidad del asegurado sobre las reclamaciones por los servicios cubiertos será calculada en base al menor de los cargos facturados por servicios cubiertos del proveedor participante o el precio negociado que el Plan Anfitrión (*Host Plan*) ponga a disposición de BlueCross BlueShield Costa Rica y en función de las condiciones establecidas en la póliza.

Los Planes Anfitriones determinan un precio negociado, el cual es señalado en las condiciones de cada uno de los contratos con los Planes Anfitriones. El precio negociado que el Plan Anfitrión ponga a disposición para uso de BlueCross BlueShield Costa Rica puede ser uno de los siguientes:

(i) **El precio real.** El precio real es la tarifa de pago vigente en el momento que la reclamación es tramitada sin ningún otro aumento o reducción, o

(ii) **El precio aproximado.** El precio aproximado es una tarifa de precio negociado, vigente en el momento en que una reclamación es tramitada, reducida o aumentada mediante un porcentaje, tomando en cuenta ciertos rubros negociados con el proveedor y otras transacciones que están relacionadas y no relacionadas con las reclamaciones. Tales transacciones pueden incluir, pero no se limitan a, recuperación de fraude y abuso, reembolsos para proveedores no aplicados a una reclamación específica, arreglos retrospectivos y pagos relacionados al desempeño, o

(iii) **El precio promedio.** El precio promedio es un porcentaje de los cargos facturados por servicios cubiertos vigentes en el momento que una reclamación es tramitada, representando los pagos totales negociados por el Plan Anfitrión con todos sus proveedores de servicios médicos o una clasificación similar de sus proveedores y otras transacciones, las que pueden incluir las mismas indicadas anteriormente bajo el renglón de precio aproximado.

Los Planes Anfitriones deciden si utilizarán un precio real, aproximado o promedio. Los Planes Anfitriones que utilicen cualquiera de los dos, el precio aproximado o el precio promedio pueden, aumentar o reducir prospectivamente tales precios para corregir por sobreestimación o subestimación de precios anteriores (es decir, ajustes prospectivos pueden significar que el precio corriente refleja cantidades o créditos adicionales por las reclamaciones que hayan sido pagadas o que se anticipen ser pagadas o recibidas de proveedores). Sin embargo, el Plan Anfitrión requiere que la cantidad pagada por el asegurado sea el precio final; ningún ajuste de precios futuros resultará en aumentos o reducciones en la determinación de los precios en las reclamaciones anteriores. El método de pago de reclamaciones por un Plan Anfitrión es tomado en cuenta por BlueCross BlueShield Costa Rica para determinar sus primas.

B. Impuestos/Recargos /Tarifas

En algunos casos las leyes federales o estatales o las regulaciones de la zona geográfica donde se prestan los servicios podrían imponer un recargo, impuesto u otra tarifa que aplique a las cuentas aseguradas. Si aplica, BlueCross BlueShield Costa Rica incorporará cualquiera de dichos recargos, impuestos u otra tarifa en la determinación de la prima, de conformidad con la normativa vigente en Costa Rica y en función de las condiciones establecidas en la póliza.

C. Proveedores No Participantes Fuera del Área de Servicio de BlueCross BlueShield Costa Rica.

Cuando los servicios médicos cubiertos sean provistos fuera del área de servicio de BlueCross BlueShield Costa Rica por proveedores que no participan en la red, las cantidades que un asegurado paga por tales servicios generalmente estarán basadas en cualquiera de los dos: el pago local al proveedor que no participa con el Plan Anfitrión o los acuerdos de pago requeridos por la ley del Estado donde se brindó el servicio médico. En estas situaciones, el asegurado puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante facture y el pago que BlueCross BlueShield Costa Rica realizará por los servicios cubiertos según lo establecido en la póliza. Los pagos por servicios de emergencia fuera de la red son regidos por las leyes federales y estatales aplicables de la zona geográfica en que se brindaron los servicios y según lo establecido en esta póliza.

D. Programa de Asistencia

Información general

Si los asegurados están fuera de los Estados Unidos, la República de Costa Rica, El Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (“Área de Servicio del Plan Anfitrión”) es posible que puedan beneficiarse del Programa de cuando accedan servicios médicos cubiertos. El Programa de Asistencia es en cierta manera diferente al Plan Anfitrión disponible en el área de servicio del Plan Anfitrión. Por ejemplo, a pesar de que el Programa de Asistencia ayuda a los asegurados a acceder una red de proveedores profesionales para pacientes internos y externos, el programa no está en el área de servicio de un Plan Anfitrión. Por tal razón, cuando los asegurados reciban atención de proveedores localizados fuera del área de servicio del Plan Anfitrión, los asegurados típicamente tendrán que pagar a los proveedores y presentar las reclamaciones para obtener reembolso por estos servicios.

Servicio para pacientes internados

En la mayoría de los casos, si los asegurados se comunican con el Programa de Asistencia para recibir ayuda, los hospitales no requerirán a los asegurados pagar por los servicios cubiertos de paciente internado, excepto por su copago/deducible/coaseguro. En tales casos, el hospital presentará las reclamaciones del asegurado al Programa de Asistencia para iniciar el proceso de reclamación. Sin embargo, si el asegurado realiza el pago total al momento de recibir el servicio, el asegurado tiene que presentar una reclamación para poder recibir un reembolso por los servicios cubiertos. **Los asegurados deben comunicarse con BlueCross BlueShield Costa Rica para obtener precertificación de servicios de paciente internado que no sean de emergencia.**

Servicios para pacientes ambulatorios

Los médicos, centros de urgencia y otros proveedores para pacientes ambulatorios ubicados fuera del área de servicio del Plan Anfitrión, típicamente requieren que los asegurados paguen el monto total cuando reciban el servicio. Los asegurados deben presentar una reclamación para obtener un reembolso por los servicios médicos cubiertos.

Cómo presentar una reclamación al Programa de Asistencia

Cuando los asegurados pagan por los servicios cubiertos fuera del área de servicio del Plan Anfitrión, deben presentar una reclamación para recibir reembolso. Para las reclamaciones institucionales y profesionales, los asegurados deben completar un formulario de reclamación y enviar el formulario de reclamación con el estado de cuenta detallado del proveedor a la dirección del Programa de Asistencia para iniciar el proceso de reclamación. Usted puede obtener el formulario de reclamación llamando a BlueCross BlueShield Costa Rica. Los asegurados que necesiten ayuda para presentar sus reclamaciones deben llamar al

Programa de Asistencia teléfono 1-800-810-BLUE (2583) o llamar a cobro revertido al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

33. AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS. En los supuestos de la utilización del seguro dentro de la Red de Proveedores Afiliados el Aviso de Siniestro se entenderá presentado con la Solicitud de Pre-notificación a Central Operativa de la Compañía. En los tratamientos de emergencia el reporte del siniestro deberá realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, y en los casos de admisiones a hospitales y procedimientos quirúrgicos dentro de las setenta y dos (72) horas antes, comunicación que se hará a la Central Operativa de la Compañía. La comunicación debe ser realizada por el Asegurado u otra persona en su nombre, en los contactos que se indican en la cláusula 53. COMUNICACIONES.

El reclamo por reembolso o reintegro deberá ser presentado por el Asegurado cuando haya pagado los servicios directamente al proveedor, y el reclamo por muerte natural o accidental del Asegurado deberá ser presentado por los beneficiarios, en ambos casos en el domicilio de la Compañía y ante el Administrador de Reclamos de la Compañía. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.

a) Para Gastos Médicos:

La Compañía, efectuará el reembolso o reintegro de los gastos cubiertos de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el Asegurado presentar los siguientes requisitos:

- 1) El Formulario de Reclamación de Salud debidamente completado, tanto por el Médico tratante como por el Asegurado.
- 2) Las facturas originales detalladas correspondientes al tratamiento o servicio (las fotocopias no son aceptables). Estas facturas deben estar en la moneda del país donde los servicios fueron realizados, y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza.
- 3) Recetas, indicaciones y prescripciones médicas.
- 4) Resultado de los exámenes que se le prescribieron y practicaron.

Una vez presentada esta documentación y de encontrarse conforme, se efectuará el pago de los beneficios, o bien, se comunicará por escrito la declinación de la reclamación de acuerdo con lo indicado en la póliza.

b) Por fallecimiento natural o accidental del Asegurado:

La Compañía, pagará la indemnización correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el o los Beneficiarios designados en la póliza presentar los siguientes requisitos:

1. El Formulario de Reclamación por Muerte firmado por el beneficiario.
2. El Certificado de Defunción Oficial emitido por el Registro Civil o Registro equivalente si la muerte se produce fuera de Costa Rica, que indique las causas del fallecimiento.
3. Fotocopias certificadas de los documentos de identificación del Asegurado fallecido y su (sus) beneficiarios
4. En caso de que el fallecimiento haya sido accidental, deberá aportarse copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
5. Información escrita y firmada por el Beneficiario sobre los Centros Médicos donde fue atendido el Asegurado.
6. Formulario de Autorización para consulta de expedientes tramite de reclamaciones por muerte, debidamente completado y firmado.

Las resoluciones que emita la Compañía con respecto a los reclamos, serán comunicadas a la dirección contractual suministrada por el Asegurado.

c) Por Desmembramiento

El asegurado debe presentar el Certificado Médico que indique la pérdida sufrida, de acuerdo con la tabla de la Cobertura de Muerte Accidental y desmembramiento contenida en el **Anexo 4** de las Condiciones Generales del producto.

d) Por Incapacidad Total y Permanente

- 1) Solicitud de indemnización que indique el nombre del Asegurado, número de cédula o documento de identificación, fecha de inclusión al seguro y suma asegurada.
- 2) Fotocopia de cédula o del documento de identificación del Asegurado, por ambos lados.
- 3) Certificado médico en el que se determine que el Asegurado tiene una pérdida del sesenta siete por ciento (66.66%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual. Dicho certificado debe contener el diagnóstico, evolución y la fecha exacta de la valoración médica que determinó la condición de incapacidad total y permanente y que la condición es irreversible, o sea que no hay posibilidad de mejora o que no es sujeta a una nueva revisión médica.
- 4) Si la incapacidad se produjo por un accidente, deberá aportar copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
- 5) Presentar alguno de los siguientes documentos que comprueben su condición laboral, en el momento de haber sido declarado con incapacidad total y permanente:
- 6) Copia del contrato de servicios autenticado por un abogado.
- 7) Copia de la declaración anual del impuesto de la Renta presentado en Tributación Directa.
- 8) Constancia del patrono, en que conste el puesto que desempeñaba, la fecha de ingreso y la fecha de retiro por incapacidad total y permanente.

- 9) Si el Asegurado tiene menos de dos años de haber ingresado al seguro, debe:
- 10) Indicar por escrito los centros médicos en donde ha sido atendido.
- 11) Boleta de autorización de revisión de expediente suministrado por la compañía.
- 12) Si fue atendido en centros médicos privados, deberá aportar certificados médicos emitidos por profesionales médicos que le han atendido, incorporados al Colegio Profesional respectivo, donde anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.

El asegurado o el beneficiario deberán dar a la Compañía toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que le sean requeridas.

El reclamo deberá presentarse en las oficinas de la Compañía, en la dirección que aparece indicada en la presente póliza.

El incumplimiento del plazo para la presentación del reclamo, no conllevará efecto adverso alguno a los intereses económicos de la solicitud de indemnización del asegurado o beneficiario, salvo el atraso en su gestión indemnizatoria. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

34. INFORMES DE MEDICOS Y DE HOSPITALES. Los Médicos y Hospitales deben facilitar a la Compañía los informes necesarios a fin de determinar los Beneficios a que tiene derecho el Asegurado, para ello el Asegurado debe autorizar a su Médico y Hospital a facilitar a la Compañía todos sus records médicos, e igual autorización deberán emitir los Asegurados Dependientes. Esta es una condición para que la Compañía pueda proveer cobertura, y una condición continua permanente para que se puedan pagar beneficios de esta póliza. Tanto el Asegurado, como su Cónyuge o conviviente y los Dependientes, deben autorizar expresamente a las siguientes entidades para que faciliten su historial y su información médica a nuestra Compañía:

- a) Cualquier Médico(s) que haya diagnosticado, atendido, tratado recomendado o prestado servicios profesionales a un Asegurado; y
- b) Cualquier Hospital(es) en el cual un Asegurado haya sido tratado o diagnosticado.
- c) El Asegurado debe autorizarlos a que proporcionen a la Compañía toda y cualquier información relacionada con servicios, cuidados o facilidades cubiertas en cualquier momento en esta Póliza, hasta donde sea requerido por una situación particular y permitida por las leyes pertinentes. El Asegurado también autoriza expresamente a la Compañía a obtener de cualquier otra Compañía Aseguradora o servicio o plan de beneficios, la información que consideremos necesaria a fin de determinar nuestras obligaciones bajo esta Póliza.

35. EXAMEN MEDICO. La Compañía tiene el derecho a hacer examinar a un Asegurado, tantas veces como sea razonable desde el punto de vista médico mientras una reclamación se encuentre pendiente. El costo total de tal examen será a cargo de la Compañía.

36. PRUEBA DEL SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACION. El asegurado debe demostrar la ocurrencia del evento que constituya el siniestro y la cuantía aproximada del reclamo, y deberá colaborar con la Compañía en todas las diligencias que requiera el procedimiento de indemnización. El incumplimiento demostrado de estas obligaciones, que afecte de forma significativa la posibilidad de la Compañía de constatar las circunstancias relacionadas con el evento y estimar el reclamo, liberará a ésta de la obligación de indemnizar. Asimismo corresponde a la Compañía demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad o reduzcan la cuantía del reclamo alegada por el asegurado.

37. EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS. COORDINACION DE BENEFICIOS. Esta Póliza ha sido diseñada a fin de ayudar a costear el tratamiento de una Lesión o Enfermedad. Dado que no es la intención que ninguna parte reciba Beneficios mayores al costo de los gastos médicos incurridos, el monto de los Beneficios pagaderos bajo esta Póliza tomará en consideración cualquier otra cobertura de salud individual o grupal. Los Beneficios bajo esta Póliza serán coordinados con los Beneficios de cualquier otra Póliza de Seguro Médico que pueda tener el Asegurado.

En caso de que existan otros seguros para las personas aseguradas en esta Póliza con otras compañías de seguros y que cubran los mismos gastos, serán reembolsados al Asegurado por nuestra Compañía, los gastos proporcionales entre todos los seguros sin exceder el cien por ciento (100%) de la totalidad de los gastos, salvo la indemnización por muerte natural y accidental cuyo monto de cobertura se pagará en su totalidad.

Cuando existan otros seguros en el momento de la suscripción del seguro, el asegurado deberá advertirlo a la Compañía en su solicitud. En caso de que otro seguro sea suscrito después de la celebración del presente contrato, el asegurado deberá comunicarlo a la Compañía dentro de los cinco días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, incluyendo el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada.

Si por incumplimiento del deber de notificación del asegurado, la Compañía pagare una indemnización mayor a la que le correspondiere, podrá recuperar lo pagado en exceso por tratarse de un pago indebido. En este caso, el asegurado, deberá reintegrar la suma pagada en exceso el día hábil siguiente a aquél en que la Compañía se lo requiera, debiendo reconocer los intereses legales desde la fecha en que se efectuó el pago indebido y hasta la fecha del efectivo reintegro a la Compañía.

38. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS. Las reclamaciones bajo esta póliza serán resueltas y comunicadas al Asegurado en un plazo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que la Compañía reciba toda la información necesaria para determinar su responsabilidad bajo la Póliza, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales.

39. RECHAZO DEL RECLAMO, ACCIONES DE APELACION Y REVISION ADMINISTRATIVA Y MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Rechazo del reclamo. Cuando procediere el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado dicha resolución, indicándole con claridad los motivos del rechazo o declinatoria del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado.

Apelación y revisión. El Asegurado podrá apelar de dicha resolución en un plazo de diez días (10) hábiles a partir de la notificación, indicando los argumentos y elementos de prueba en que fundamenta su disconformidad.

El Asegurado podrá asimismo solicitar revisión de los montos de indemnización que haya fijado la Compañía con base en los costos acostumbrados y razonables. La Compañía estará obligada a revisar y a determinar si efectivamente corresponden a los costos acostumbrados y razonables.

40. PAGO DE BENEFICIOS POR ESTA PÓLIZA Y LIQUIDACION DE GASTOS. Los beneficios cubiertos por esta póliza serán efectivos por pago directo a la Red de Proveedores Afiliados, o bien por reembolso o reintegro directamente a la persona asegurada, según lo que corresponda, en los siguientes casos:

- a. Cuando ha sido atendido por un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Afiliados.
 - b. Cuando el asegurado cancela el monto correspondiente a la atención brindada.
 - c. Cuando el asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente o ésta no ha sido aprobada por la Compañía. En este caso, si se utilizan los servicios de la Red de Proveedores Afiliados, el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera red y la penalización de 30% indicada en la cláusula 31.
-
- a) Cuando haya sido atendido por un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Afiliados.
 - b) Cuando el asegurado requiera beneficios ambulatorios y haya cancelado el monto correspondiente a la atención brindada.
 - c) Cuando el asegurado ha efectuado el pago de los servicios directamente.

- d) Cuando el asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente o ésta no ha sido aprobada por la Compañía. En este caso, si se utilizan los servicios de la Red de Proveedores Afiliados, el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera red.

41. VALORACION. Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor del bien o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno 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.

42. PAGOS INDEBIDOS. Si la Compañía por error de hecho o de derecho, incurriere en un pago indebido, tendrá acción para repetir lo pagado, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

43. DERECHO DE AUTOPSIA. Donde no fuere prohibido por la ley, la Compañía tiene el derecho de solicitar se efectúe una Autopsia a un Asegurado que muera mientras este cubierto por esta Póliza. El costo de la autopsia será a cargo de la Compañía.

V.CONDICIONES VARIAS

44. MONEDA. Todos los pagos deberán ser en Dólares de los Estados Unidos de América (U.S.A.) o su equivalente en colones. En lo referente al pago de pérdidas, para pagos que no sean en dólares (U. S. A.) se utilizará la tasa oficial de cambio del Banco Central de Costa Rica, correspondiente a la fecha en que la pérdida totalmente documentada fue pagada por el Asegurado al proveedor del servicio; o cuando la pérdida fuese asignada. No obstante, para efectos del pago de primas o indemnizaciones por pérdidas, el pago se podrá efectuar en moneda nacional (colones) utilizando la tasa oficial de cambio del Banco Central vigente al día en que se realice el pago.

45.SUBROGACION. Cuando la Compañía pague una indemnización se subrogará, de pleno derecho y hasta el monto de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro. En este caso el tercero podrá oponer al asegurador las mismas excepciones que pudieren hacer valer contra el asegurado. El asegurador no podrá valerse de la subrogación en perjuicio del asegurado. Esta prohibición se extenderá

a aquellas personas que las partes acuerden expresamente así como aquellas con quienes el asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo o culpa grave.

La subrogación no aplicará en los seguros de personas con excepción de aquellos en que los pagos realizados por el asegurador tengan un carácter indemnizatorio.

Cada Asegurado acuerda colaborar para obtener el reintegro y se compromete a no entorpecer los derechos de recuperación, mediante una transacción o cualquier otra forma. No se podrá entrar en ningún Acuerdo, compromiso o cesión de derechos sin previo consentimiento por escrito de la Compañía. La Compañía tiene la opción de tomar cualquier acción apropiada para proteger sus derechos, incluyendo una acción judicial.

46. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACION DEL RIESGO. La reticencia o falsedad intencional por parte del asegurado, sobre hechos o circunstancias que de ser conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

47. ACCIONES FRAUDULENTAS. Todo reclamo que resultare simulado, inexacto o fraudulento en que se demuestre que el asegurado declaró con dolo o culpa grave, hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir las obligaciones de la Compañía, será motivo para rechazar todo derecho a la indemnización por esta póliza. En este caso las primas pagadas se darán por totalmente devengadas sin perjuicio de las acciones legales que pudieren corresponder. La compañía quedará liberada de su obligación si la persona asegurada provoca el siniestro con dolo o culpa grave

48. PRESCRIPCION. Todos los derechos derivados de esta póliza prescribirán en un plazo de cuatro (4) años, que se contarán a partir del momento en que tales derechos sean exigibles por la parte que los reclama.

49. MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. Si ambas partes así lo acuerdan podrán acudir a resolver sus controversias a los medios alternos de solución de conflictos, establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social No. 7727 de 9 de diciembre de 1997, o bien acudir a la vía judicial.

50. TRIBUNAL CON JURISDICCION. Cualquier demanda respecto a disputas que conciernan a este contrato deben ser presentados ante los Tribunales de la República de Costa Rica.

51. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION. La información que sea suministrada por el Tomador y las personas Aseguradas a la Compañía con ocasión de esta Póliza, estará protegida por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo autorización por escrito de cada uno de los Asegurados en contrario, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos. Quedan a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente. Queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

52. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL TOMADOR. Para los efectos de esta póliza, será la dirección anotada por el Tomador en la solicitud de seguro, o en su defecto la última que haya sido reportada a la Compañía.

53. COMUNICACIONES. Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por la Compañía directamente al Tomador, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien la enviará por correo ordinario a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Tomador para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato: un lugar y/o apartado postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio que permita y garantice la seguridad del acto de comunicación.

El Tomador deberá reportar a la Compañía por escrito o a través del intermediario autorizado todo cambio de dirección o domicilio, de lo contrario se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, o dirección de correo electrónico, apartado postal, fax o el medio que haya sido proporcionado por el Asegurado.

El Tomador puede dirigir sus comunicaciones al domicilio de la Compañía a:

Dirección: San José, Central, Catedral, avenida 8, calle 25ª, 10104-Costa Rica. Correo electrónico contactanos@bcbscostarica.com, prenotificaciones@bcbscostarica.com, fax: (506)2248-4684, teléfono: (506)4052-3030. Teléfono de contacto en el exterior: 1-844-6BCBSCR(222727).

54. LEGITIMACION DE CAPITALES. Todas las personas aseguradas en esta póliza así como los beneficiarios, se comprometen a proporcionar a la Compañía en cualquier tiempo del contrato, la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales. En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con este requisito, la Compañía procederá con la cancelación de la póliza

procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

55. MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA. El Contratante y los miembros del Grupo Asegurado podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza mediante los siguientes medios:

- Número de teléfono: 2503 2700, opción 1.
- Correo electrónico: servicio@assanet.com.
- Sitio web en el que se pueda revisar toda la documentación contractual y plantear consultas: <https://www.assanet.cr/>.

Advertencia:

1.- “El contratante asume la responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.”

2.- En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1039 de fecha 24 de julio de 2024.

ANEXO 2
**CUADRO DE BENEFICIOS DE LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS,
DEDUCIBLES Y COASEGUROS**
URA significa en este cuadro Gastos usuales, razonables y acostumbrados

AMBITO DE LA COBERTURA:	Internacional
Beneficio máximo anual por persona	\$250.000; \$200.000; \$150.000; \$100.000 ó \$50.000 – (montos en dólares)
Servicios de hospitalización:	
<ul style="list-style-type: none"> Habitación y alimentación (Fuera de América Latina y el Caribe). Habitación privada o semi-privada y por un máximo de 90 días. 	Hasta \$500 por día
<ul style="list-style-type: none"> Habitación y alimentación (En América Latina y el Caribe). Habitación privada o semi-privada y por un máximo de 90 días. 	Hasta \$250 por día
<ul style="list-style-type: none"> Habitación de <u>cuidados intensivos</u> y/o cualquier otra unidad de cuidados especiales. (Fuera de América Latina y el Caribe) Los cargos por día, sujeto a un máximo de 10 días. 	Hasta \$1,100 por día
<ul style="list-style-type: none"> Habitación de <u>cuidados intensivos</u> y/o cualquier otra unidad de cuidados especiales. (En América Latina y el Caribe) Los cargos por día, sujeto a un máximo de 10 días. 	Hasta \$1.000 por día
Servicios de hospitalización:	
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de enfermería, inhalaciones, servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas, resonancia magnética (MRI), CAT Scans. Otras pruebas de diagnóstico y pre-admisión, oxígeno, soluciones intravenosas, inyecciones. Medicamentos prescritos y su administración. 	<ul style="list-style-type: none"> De 80% a 90% de los URA según se establezca en las Condiciones Particulares Fuera de la Red. 60% de los URA <p><u>En ambos casos después de aplicar el Deducible que corresponda</u></p>
Tratamientos especiales: (Prótesis e implantes, diálisis, radiación y quimioterapia, servicios de terapia para el tratamiento de una condición benigna o maligna, incluye Rayos X, radio e isótopos radioactivos, procedimientos de medicina nuclear y medicamentos especializados)	Dentro de la Red y con pre-autorización <ul style="list-style-type: none"> De 80% a 90% de los URA según se establezca en las Condiciones Particulares Fuera de la Red. 60% de los URA <p><u>En ambos casos después de aplicar el Deducible</u></p>
Cirugía:	
Honorarios de Cirujano:	Dentro de la Red y con pre-autorización <ul style="list-style-type: none"> De 80% a 90% de los URA según se establezca en las Condiciones Particulares Fuera de la Red. 60% de los URA En caso de múltiples procedimientos

	quirúrgicos en la misma sesión, el procedimiento secundario se paga un máximo del 25% del primer procedimiento <u>En ambos casos después de aplicar el Deducible.</u>
Honorarios Asistente de Cirujano.	Entre un 20% y un 35% de los gastos del Cirujano, después de aplicar el deducible, según se establezca en las Condiciones Particulares .
Honorarios Anestesiólogo.	Entre un 30% y un 35% de los gastos del Cirujano, después de aplicar el deducible, según se establezca en las Condiciones Particulares.
Maternidad:	
Parto normal, Cesárea o embarazo extra uterino (Parto Normal Producto Único)	Dentro de la Red y con pre-autorización <ul style="list-style-type: none"> De 80 a 100% de los URA según se establezca en las Condiciones Particulares Fuera de la Red. 60% de los URA En todos los casos después de aplicar el deducible de \$500 cuando se haya convenido.
Cuidado crítico y neonatal	Se tendrá que los gastos cubiertos para Condiciones congénitas, incluyendo nacimiento prematuro, anormalidades y/o defectos al nacimiento, incluyen únicamente los gastos incurridos por un hijo propio que nazca mientras la cobertura de maternidad bajo la póliza se encuentre en efecto para el asegurado y/o su cónyuge dependiente, pero solamente si: <ul style="list-style-type: none"> Tal niño nació bajo una maternidad cubierta. El asegurado inscribió a tal niño dependiente bajo esta póliza al someter la solicitud requerida a la Compañía dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha de nacimiento del niño; y La prima correspondiente a la inclusión de tal niño, ha sido pagada. Monto máximo del beneficio: \$20.000.00. Dentro de la Red hasta 100% URA según se establezca en las Condiciones Particulares, y 60% Fuera de la Red.
Aborto Legal	Dentro de la Red y con pre-autorización <ul style="list-style-type: none"> De 80% a 90% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares Fuera de la Red. 60% de los URA

	No aplica deducible.
Beneficios Ambulatorios:	
Visitas médicas fuera del hospital	<p>Dentro de la Red y con pre-autorización</p> <ul style="list-style-type: none"> De 80% a 90% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares <p>Fuera de la Red.</p> <ul style="list-style-type: none"> De 60% a 80% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares <p>En ambos casos después de aplicar el Deducible.</p>
Rayos X y laboratorio ambulatorios	<p>Dentro de la Red y con pre-autorización</p> <ul style="list-style-type: none"> De 80% a 90% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares <p>Fuera de la Red.</p> <ul style="list-style-type: none"> De 60% a 80% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares <p>En ambos casos después de aplicar el Deducible.</p>
Ultrasonidos	<p>Dentro de la Red y con pre-autorización</p> <ul style="list-style-type: none"> De 80% a 90% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares <p>Fuera de la Red.</p> <ul style="list-style-type: none"> De 60% a 80% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares <p>En ambos casos después de aplicar el Deducible.</p>
Medicamentos con receta médica	<p>Dentro de la Red y con pre-autorización</p> <ul style="list-style-type: none"> De 80% a 90% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares <p>Fuera de la Red.</p> <ul style="list-style-type: none"> De 60% a 80% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares <p>En ambos casos después de aplicar el Deducible</p>
OTROS BENEFICIOS:	
Beneficio por la enfermedad del (VIH) SIDA	Por un máximo de \$25.000.00 por asegurado por todo el tiempo que esté vigente la cobertura de la póliza. (Beneficio Vitalicio)
Tratamiento por Psiquiatría	\$40 máximo por consulta, según se establezca en las Condiciones Particulares. No cubre exámenes ni medicamentos. Después de aplicar el deducible.
Fisioterapia	Según se establezca en las Condiciones Particulares, si el evento que dio origen a estos servicios ha sido debidamente

	<p>amparado por esta póliza. Dentro de la Red y con Preautorización : 80% de los URA Fuera de la Red: De 60% a 80% de los URA, según se establezca en las Condiciones Particulares. Después de aplicar el deducible.</p>
Deducibles	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de América Latina: \$100 • Resto del mundo: \$150 • Deducible por maternidad: \$500 • Por cuidado crítico neonatal: \$500 • 1 deducible por año por asegurado principal. • Deducible máximo para grupos familiares: Tres deducibles por año.
Coaseguros	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos de hospitalización, dentro de la red y con pre-autorización: De 10% a 20% según se establezca en las Condiciones Particulares • Gastos de hospitalización, fuera de la red y sin pre-autorización: 40% • Gastos ambulatorios, dentro de la red y con pre-autorización: De 10% a 20% según se establezca en las Condiciones Particulares • Gastos ambulatorios, fuera de la red y sin pre-autorización: De 20% a 40% según se establezca en las Condiciones Particulares
Límite de coaseguro (Stop loss)	<p>Dentro de la red: En América Latina: \$2.000 Resto del mundo: \$5.000 Fuera de la red: En América Latina: \$2.500</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resto del mundo: De \$5.000. a \$6.000 según se establezca en las Condiciones Particulares

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1039 de fecha de fecha 24 de julio de 2024

ANEXO 3

B.1. COBERTURA DE MUERTE POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL Y ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS. Esta cobertura cubre el pago de un beneficio establecido por muerte por cualquier causa, establecido a través de un múltiplo de salarios brutos mensuales vigentes a la fecha de contratación o prórroga del seguro, hasta treinta y seis (36) salarios brutos mensuales, sin que exceda la suma máxima de \$250.000.00. Bajo esta cobertura se tendría un adelanto del veinticinco por ciento (25%) del total de beneficio dentro de las veinticuatro horas siguientes al fallecimiento para cubrir gastos funerarios, previa presentación de certificación de fallecimiento del asegurado emitida por un Hospital, Clínica o el Registro Civil, y la cédula de identidad del asegurado y los beneficiarios.

Asegurado:

Monto asegurado:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1039 de fecha 24 de julio de 2024

ANEXO 4

B.2 COBERTURA OPCIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.

La cobertura comprende el pago de un beneficio establecido a través de un múltiplo de salarios brutos mensuales vigentes a la fecha contratación o prórroga del seguro, hasta treinta y seis (36) salarios brutos mensuales, sin exceder la suma de \$250.000.00, en caso de fallecimiento por causa accidental.

EXCLUSION: No se cubre la muerte causada por armas de fuego o corto-punzantes.

En caso que el asegurado sufra desmembramiento, o pérdida de la vista, se pagarán los siguientes porcentajes en relación con el monto cubierto por la COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO de esta póliza, que lo es un múltiplo de salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o prórroga del seguro, hasta un máximo de treinta y seis (36) salarios brutos mensuales, sin exceder la suma de \$250.000.00, según la siguiente tabla:

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.

Indemnización al 100%:

- Pérdida de ambas manos.
 - Pérdida de ambos pies.
 - Pérdida de la vista ambos ojos.
 - Una mano, un pie.
 - Una mano, y la vista de un ojo.
 - Un pie y la vista de un ojo.
-
- Indemnización al 50%: Pérdida de una mano.
 - Pérdida de un pie.
 - Pérdida de la vista de un ojo.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1039 de fecha 24 de julio de 2024.

ANEXO 5

B.3 COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Esta cobertura comprende el adelanto del 100% del beneficio establecido en la cobertura de muerte por causa Natural o causa accidental, si el asegurado es declarado incapacitado *Total y Permanente*, _ de conformidad con la definición establecida en las Condiciones Generales de la presente póliza y cumpla con los requisitos establecidos en el Aparte de AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES. En caso de pagarse el presente beneficio, la cobertura de muerte quedará finiquitada.

EXCLUSIONES: No se pagará este beneficio, cuando:

- a. El asegurado reclamante fue declarado inválido o incapacitado total y permanentemente, o estaba tramitando la declaratoria de invalidez, antes de la emisión de la póliza o inclusión en el seguro.
- b. El asegurado fallece antes de que presente a la compañía las pruebas de la declaración de incapacidad total y permanente, en este caso la reclamación debe ser tramitada por los beneficiarios del asegurado o el Contratante, por la cobertura de muerte.
- c. El Asegurado al momento de la declaratoria de incapacidad total y permanente, no se encontraba laborando de forma permanente y recibiendo remuneración a cambio de su trabajo.
- d. El asegurado recibe ingresos de pensión por vejez.

2. La incapacidad es causada por:

- a. Lesiones provocadas por el Asegurado o por otra persona en común acuerdo con el Asegurado, para sacar provecho, en perjuicio de la compañía.
- b. Cualquier lesión o enfermedad causada por guerra o actos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (háyase o no declarado el estado de guerra) o guerra civil, así como huelgas, motines, insurrección o perturbación del orden público en los que el asegurado fue partícipe.
- c. Participación del asegurado en actos delictivos o riñas (exceptuando la legítima defensa).
- d. Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encontraba bajo los efectos de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1039 de fecha 24 de julio de 2024.