

***Pan American Life Insurance  
de Costa Rica, S.A.***

**Seguro Colectivo de Vida (Dólares)**

**Código de producto: P14-26-A06-155  
(Versión 3)**

**Fecha registro V3: 28-ene-15**

**Oficio solicitud registro V3: sin número**

## SEGURO COLECTIVO DE VIDA (Dólares) CONDICIONES GENERALES

Fecha de la Póliza \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_  
 Contratante \_\_\_\_\_  
 Aniversario de la Póliza \_\_\_\_\_  
 Fecha de Vencimiento de las Primas \_\_\_\_\_  
 Cobertura Básica SEGURO COLECTIVO DE VIDA (DÓLARES)  
 Addenda de Coberturas MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL; PAGO ADELANTADO DEL  
 Adicionales Opcionales SEGURO DE VIDA; INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; ASISTENCIA  
MEDICA Y SUPLEMENTARIO MEDICO MAYOR; DENTAL - EMERGENCIA SIN  
ENDODONCIAS "Odontalgia"; DENTAL - EMERGENCIA SIN ENDODONCIAS;  
DENTAL - EMERGENCIA COMPLETO; DENTAL - EMERGENCIA Y  
PREVENCIÓN; DENTAL - AMPLIO; DENTAL - AMPLIO PLUS.

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A. (denominada aquí la Compañía de Seguros) en consideración a la solicitud para esta Póliza y al pago de primas como se estipula en la Póliza, por este medio

### ACUERDA PAGAR:

Los beneficios de acuerdo con y sujetos a los términos de la Póliza.

La Póliza estará en vigor en la Fecha de la Póliza mostrada anteriormente. Las primas son pagaderas por el Contratante en cantidades determinadas como se estipula aquí. La primera prima vence en la Fecha de la Póliza y las siguientes primas vencerán en las Fechas de Vencimiento de las primas mostradas anteriormente. Las Secciones expuestas en las páginas siguientes de la Póliza y Addenda adjuntos, forman parte de la misma Póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el asegurado tendrá un plazo de treinta 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 el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A. ha dispuesto esta Póliza para ser ejecutada en la Fecha de la misma Póliza.

Serán causales de Terminación de esta Póliza las contenidas en este Contrato Póliza y de manera supletoria en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Registrador

*La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.*



## CONDICIONES GENERALES

### Cláusula 1 INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La Póliza, el Addendum ó Addenda adjuntos, la solicitud del Contratante, y las solicitudes individuales, si las hubiera de las personas aseguradas, constituyen el contrato completo entre las partes contratantes.

Todas las manifestaciones hechas por el Contratante o por las personas aseguradas, serán consideradas declaraciones; serán nulas estas declaraciones en caso que exista fraude, engaño o dolo; ningún testimonio o declaración invalidará el seguro, ni será usado en defensa de una reclamación bajo la póliza a no ser que esté contenida en una solicitud escrita.

La validez de la Póliza no será impugnada, excepto por la falta de pago de la prima, después que haya estado en vigor durante dos años a partir de la fecha de la Póliza.

Toda declaración escrita hecha por cualquier persona asegurada en lo referente a su asegurabilidad se usará para impugnar la validez del seguro durante un período de dos años a partir de la fecha en que el documento fuese firmado. Exceptuando aquellos casos de acuerdos escritos firmados por dicho asegurado.

La Póliza se puede enmendar en cualquier momento, sin el consentimiento de las personas aseguradas bajo la misma o de cualquier otra persona asegurada que tenga un interés como beneficiario en la misma, por medio de solicitud por escrito hecha por el Contratante y convenida con la Compañía de Seguros, pero tal modificación no perjudicará ninguna reclamación que haya ocurrido con anterioridad a la fecha del cambio. Cuando por cualquier razón el Contratante y la Compañía de Seguros acuerden cualquier modificación a la póliza, la Compañía de Seguros, al expedir el addendum correspondiente a la modificación, gestionará para que el Contratante comunique dicha modificación a los asegurados. Los asegurados podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieren conformes con la modificación con solo comunicarlo por escrito dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de vigencia del addendum de la modificación. La Póliza se puede enmendar para terminar la cobertura proporcionada bajo cualesquiera o todos los Addenda para los Empleados en cualquier localidad por razón de guerra, o actos de guerra; dicha modificación tendrá efecto en la fecha comunicada por la Compañía de Seguros al Contratante. Ningún Intermediario de Seguros está autorizado para alterar o enmendar esta Póliza, ni para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el período para el pago de primas, ni comprometer a la Compañía de Seguros por medio de promesa o representación. Ninguna modificación en esta Póliza será válida a menos que exista un Addendum correspondiente firmado por el Presidente de la Junta Directiva, Vicepresidente, Vicepresidente de la Agencia, Vicepresidente Regional, Actuario, Asistente del Actuario, Secretario, Secretario Regional, Subsecretario, o Registrador de la Compañía de Seguros, o por una modificación a ese efecto firmada por el Contratante y por uno de los oficiales antes mencionados de la Compañía de Seguros.

Siempre que en esta Póliza se use o aparezca un pronombre personal en género masculino, se considerará que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario. Se entiende que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Costa Rica. Queda también establecido que las 12:01 hora nacional en Costa Rica, República de Costa Rica, será considerada la Hora Efectiva con respecto a cualquier fecha referida en la Póliza.

## **Cláusula 2 CERTIFICADOS**

La Compañía de Seguros deberá proporcionarle al asegurado un certificado de cobertura individual conteniendo una declaración referente a la protección del seguro a la que dicha persona tiene derecho.

## **Cláusula 3 REGISTROS E INFORMES**

Además del registro de asegurados que llevará la Compañía de Seguros, el Contratante mantendrá un registro de las personas aseguradas bajo la Póliza estableciendo, por cada persona, los particulares esenciales del seguro. El Contratante enviará periódicamente a la Compañía de Seguros, en los formularios de la Compañía de Seguros, la información referente a las personas elegibles para el seguro bajo la Póliza que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración del seguro bajo la Póliza y para la determinación de los tipos de prima. Todos los registros del Contratante que puedan estar relacionados con el seguro estarán expuestos a inspección por la Compañía de Seguros en cualquier momento razonable.

Cualquier error cometido al llevarse estos registros no invalidará aquel seguro que estuviese legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiere terminado, pero al conocerse el error se hará un ajuste de prima equitativo.

## **Cláusula 4 PRIMAS**

La frecuencia del pago de las primas podrá ser anual, semestral, trimestral o mensual, según el acuerdo celebrado entre el Contratante y la Compañía de Seguros. Las primas serán pagaderas por el Contratante en la oficina u oficinas de la Compañía de Seguros según designe la Compañía de Seguros por escrito al Contratante. La tarifa que se aplica para este seguro es basada sobre una frecuencia de pago mensual; en caso que se decida optar por frecuencias de pago mayores (trimestral, semestral o anual), no existe recargo que afecte la misma, por lo que, si el cliente decide optar por una frecuencia mayor, la prima mensual se multiplicará por los meses que comprenden la periodicidad escogida.

La prima a pagar en cada fecha de vencimiento bajo la presente Póliza, será la suma de todas las primas descritas en el Addendum o Addenda adheridos a la Póliza. Las primas por el seguro bajo dicho Addendum ó Addenda serán determinadas según lo que se detalla en el Addendum ó Addenda respectivo. No habrá variaciones de la prima durante el primer año de vigencia de la Póliza. Sin embargo, a partir de la primera renovación anual, si la Compañía de Seguros, con treinta días naturales de anticipación, da aviso al Contratante sobre los cambios que se realizarán en el siguiente año-póliza, expidiendo para ello un Addendum con los nuevos

términos contractuales y enviándoselo al Contratante para su firma de aceptación, podrán existir variaciones en cualquier fecha de vencimiento de prima y en cualquier fecha en la extensión de cobertura siempre que se expida el Addendum respectivo y que éste sea aceptado de mutuo acuerdo por las partes. Cualquier cambio en la prima a pagar, una vez acordado entre la Compañía de Seguros y el Contratante, será efectivo retroactivamente desde la fecha de la renovación. La Compañía de Seguros, sin embargo, no tendrá derecho a cambiar el monto de las primas más de una vez durante doce meses consecutivos sin la existencia del mutuo acuerdo.

#### **Cláusula 5 PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS, TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA**

Se concederá un período de gracia de treinta y un días naturales independientemente de la forma de pago, sin cobro de interés para el pago de la prima bajo la Póliza que empieza a correr a partir de cualquier fecha de vencimiento; excepto en la prima de emisión. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la Compañía notificará la decisión de dar por terminado el Contrato, o bien, cobrar la porción de prima, en la vía ejecutiva, por el plazo en que el contrato se mantenga vigente.

Si la Póliza termina durante o al final del período de gracia, el Contratante será responsable ante la Compañía de Seguros por el pago de una prima prorrateada por el tiempo que la Póliza ha estado en vigor durante dicho período de gracia. En el caso que el Contratante deba pagar una prima prorrateada, ésta se calculará dividiendo la prima de acuerdo al número de días según la frecuencia de pago (anual: 365 días; semestral: 182 días; trimestral: 91 días y; mensual: 30 días) y multiplicándolo por los días que transcurrieron hasta la terminación del seguro.

La Compañía de Seguros pagará los reclamos que se presenten por siniestros ocurridos dentro del Período de Gracia, una vez el contratante haya cancelado el importe correspondiente a las sumas de dinero que, en concepto de primas, se encuentren pendientes de pago para la fecha de dicho(s) reclamo(s). Esto aplica independientemente si la póliza es Contributiva o No-Contributiva por cuanto el obligado al pago de la prima siempre será el Contratante.

De conformidad con lo anterior, cualesquiera pagos que deba efectuar la Compañía de Seguros por reclamos que se presenten por siniestros ocurridos durante el período de gracia, estarán supeditados a que el contratante, efectivamente, cancele a la Compañía de Seguros cualesquiera sumas de dinero que, en concepto de primas, se encuentren pendientes de pago para la fecha de dicho(s) reclamo(s).

#### **Cláusula 6 MONEDA**



Todos los pagos que deban hacer la Compañía de Seguros o el Contratante bajo la Póliza serán efectuados ordinariamente en dólares estadounidenses; extraordinariamente podrá realizar los pagos en otra moneda distinta a los dólares estadounidenses al tipo de cambio de la institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera, se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

#### **Cláusula 7 PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES**

Para esta póliza no existe participación de utilidades, a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares de la misma y se haya pactado el respectivo Addendum. El Addendum de Participación de Utilidades aplica exclusivamente para aquellos contratos celebrados bajo la modalidad No-Contributiva. Para los contratos celebrados bajo la modalidad Contributiva es responsabilidad del Contratante establecer y ejecutar la metodología para la devolución de las utilidades que deben ser reflejar en la prima que está pagando el asegurado.

#### **Cláusula 8 ELEGIBILIDAD**

El término Empleado se refiere a cualquier trabajador contratado por tiempo indefinido, a tiempo completo que trabaja en un puesto u oficina establecida en un territorio designado por el Contratante y aceptado previamente por la Compañía de Seguros para ser cubierto bajo las Condiciones de la Póliza. Las clases de Empleados elegibles para el seguro bajo cualquier Addendum que se adhiera a esta Póliza serán las que se indican en la sección Elegibilidad de las Condiciones Particulares.

Para efectos de este contrato, se entiende por tiempo completo la jornada laboral de treinta y seis (36) horas semanales como mínimo.

#### **Cláusula 9 EMPLEADOS ASEGURADOS**

A. Cuando las Condiciones Particulares de este Addendum establecen que el seguro bajo dicho Addendum es no contributivo:

Todo Empleado elegible para el seguro bajo el Addendum será asegurado en la fecha que sea elegible, a condición que el Empleado esté activamente trabajando a tiempo completo en la fecha que pudiera asegurarse de acuerdo con las Condiciones Particulares.

El reconocimiento por parte de la Compañía de Seguros respecto de los beneficios contemplados será diferido hasta que el Asegurado regrese a tiempo completo a su trabajo activo.

B. Cuando las Condiciones Particulares de este Addendum establecen que el seguro bajo dicho Addendum es contributivo:

Todo Empleado elegible para el seguro bajo el Addendum, que solicite por escrito al Contratante, en un modelo aprobado por la Compañía de Seguros, participar en el seguro y que acuerde hacer las requeridas contribuciones será asegurado, sujeto a las demás Condiciones de esta sección, como sigue:

1. Si el Empleado hace la solicitud para participar en o antes de la fecha en que fuera elegible, será asegurado desde dicha fecha de elegibilidad.
2. Si el Empleado hace la solicitud para participar después que es elegible pero no después del fin del período de treinta y un días inmediatamente siguientes al primer día en que sea elegible y esté trabajando activamente a tiempo completo, será asegurado desde la fecha de la solicitud.

Si el Empleado hace la solicitud para participar después del fin de período de treinta y un días inmediatamente siguiente al primer día en que está ambos, elegible y trabajando activamente en una base a tiempo completo o la hace después de haber terminado el seguro anteriormente por falta de hacer una contribución requerida, el Empleado debe mostrar evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía de Seguros antes que pueda ser asegurado. Si la Compañía de Seguros determina que dicha evidencia es satisfactoria, el Empleado será asegurado desde la fecha comunicada por la Compañía de Seguros. En cualquier caso cuando un Empleado no esté trabajando a tiempo completo en la fecha en que normalmente fuera asegurado de acuerdo con las condiciones de la Póliza, el comienzo del seguro del empleado será diferido hasta que regrese al trabajo activo a tiempo completo.

- C. Cualquier Empleado que deba mostrar evidencia de asegurabilidad satisfactoria como una condición para ser asegurado y cuyo servicio con el Contratante termine sin que dicha evidencia haya sido presentada, continuará sujeto a los mismos requisitos si es empleado nuevamente.

Se define evidencia de asegurabilidad satisfactoria como todo medio probatorio acostumbrado para determinar el estado del riesgo del Empleado que se pretende asegurar, medios probatorios como son la declaración de salud, exámenes médicos, pruebas de laboratorio, rayos X y dictámenes médicos.

#### **Cláusula 10 CAMBIOS EN LA COBERTURA DE SEGURO**

Si la cobertura de seguro que se muestra en las Condiciones Particulares está sujeta a cambio debido a cambios en la clasificación o salario del empleado, se aplicarán las siguientes Condiciones:

El Contratante determinará sin discriminación entre personal en iguales circunstancias, la clasificación o salario de cada Empleado individual, y tal determinación será final y concluyente.

Si la clasificación o salario de un Empleado asegurado cambia, el seguro del empleado será ajustado automáticamente de acuerdo con la nueva cantidad de salario o conforme a la nueva



clasificación en la fecha indicada en las Condiciones Particulares. En la modalidad No-Contributiva aplica el ajuste automático sin aceptación por parte del empleado. En la modalidad Contributiva, el ajuste al seguro del empleado con la nueva cantidad de salario conforme a la nueva clasificación, deberá ser aceptado por escrito por el empleado; en caso de rechazo, el empleado se mantendrá en el régimen de cobertura anterior según la clasificación anterior. Los cambios en la cobertura de seguro que se muestran en las Condiciones Particulares, excepto que ningún aumento en la cantidad de seguro de cualquier Empleado que no esté trabajando activamente en una base a tiempo completo en dicha fecha, no serán efectivos hasta que no regrese al trabajo activo en una base a tiempo completo. Sin embargo, si en un lapso de treinta y un días después del cambio de salario o cambio a una clasificación por la cual una cantidad mayor de seguro es proporcionada, el Empleado deja de hacer cualquier contribución requerida, si procede, a la nueva cantidad de seguro por el primer día siguiente al cual él está activamente trabajando en una base a tiempo completo, ningún aumento será permitido a cuenta de dicho cambio o cualquier cambio subsiguiente, a menos que el Empleado muestre evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía de Seguros.

Si el seguro de cualquier Empleado es continuado durante una incapacidad, o licencia, la cobertura de seguro será la misma por la cual él estaba asegurado el último día de trabajo activo, inmediatamente anterior a dicha incapacidad o licencia.

#### **Cláusula 11 TERMINACIÓN DE COBERTURA DEL EMPLEADO**

**La cobertura de un Empleado bajo el Beneficio por Fallecimiento o cualquier Addendum de esta Póliza terminará automáticamente: (i) si su empleo se termina según se define más abajo, (ii) si cesa de ser miembro de la clase o clases de Empleados elegibles para el seguro bajo el Addendum (iii) si el Addendum se termina, (iv) si el Empleado deja de hacer, cuando venza, cualquier contribución requerida.**

**La terminación de empleo, para todos los efectos de esta Póliza, se considerará cuando un Empleado cesa de trabajar activamente en un empleo en una base a tiempo completo con el Contratante o por dejar de realizar los pagos de la prima de su seguro. Sin embargo, si un Empleado está incapacitado, o si se le ha concedido una licencia temporal, o si es un Empleado trasladado a una base de jornada incompleta, será considerado sin embargo, como empleado todavía en una base de jornada completa hasta que el Contratante dé por terminado el seguro del Empleado, notificando a la Compañía de Seguros previamente para tal efecto. No obstante lo anterior, en ningún caso la cobertura de dicho Empleado continuará después del fin de mes de la Póliza el cual comenzase dicha incapacidad, licencia o empleo de jornada incompleta.**



## **Cláusula 12 BENEFICIARIO**

Las Condiciones de esta cláusula aplicarán si el seguro del Empleado bajo el Beneficio por Fallecimiento o cualquier Addendum de esta Póliza proporciona un beneficio pagadero a causa de su muerte.

Dicho beneficio será pagadero a la persona designada por él como su Beneficiario, en un modelo suministrado por, o aprobado por la Compañía de Seguros.

El Empleado puede, de cuando en cuando, y sin el consentimiento de su Beneficiario, cambiar el Beneficiario presentando aviso por escrito del cambio a través del Contratante en un modelo proporcionado por, o aprobado por la Compañía de Seguros. La nueva designación tendrá efecto en la fecha en que se firma el aviso, pero sin perjuicio para la Compañía de Seguros con respecto a cualquier pago hecho por la Compañía de Seguros basado en sus registros en el momento de efectuar dicho pago.

Si se designa más de un Beneficiario y en tal designación el empleado ha dejado de especificar sus respectivos intereses, los Beneficiarios tendrán una participación igual. Si cualquier Beneficiario designado fallece antes que el Empleado, el interés de dicho Beneficiario terminará y acrecentará a partes iguales los intereses de aquellos Beneficiarios que sobrevivan al Empleado, a menos que el Empleado haya dispuesto de otro modo en su designación de Beneficiario. Cualquier cantidad de seguro para la que no haya Beneficiario al fallecimiento del Empleado, será pagada a los herederos del Empleado.

En caso que se desee nombrar como 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.

## **Cláusula 13 RECTIFICACION DE EDAD**

Si la edad de un Empleado asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. El seguro del Empleado bajo el presente no será cambiado si las cantidades aplicables a los Empleados individuales bajo el Beneficio por Fallecimiento o cualquier Addendum de esta Póliza no dependen de la edad; pero si el cambio

en la edad afectara a la cobertura del seguro del empleado, las cantidades serán enmendadas de conformidad y dicha enmienda se tomará en cuenta en el ajuste de primas.

#### **Cláusula 14 REQUISITOS PARA PARTICIPAR**

- A. Cuando en las Condiciones Particulares del Beneficio por Fallecimiento o cualquier Addendum de esta Póliza, se estipula que el seguro es no contributivo; los Empleados asegurados bajo dicho Addendum no deben ser menos de (a) dieciséis (16) en número, y (b) cien por ciento (100%) de aquellos elegibles para el seguro.
- B. Cuando en las Condiciones Particulares del Beneficio por Fallecimiento o cualquier Addendum de esta Póliza, se estipula que el seguro es contributivo; los Empleados asegurados no deben ser menos de dieciséis (16) en número y (b) setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos elegibles para el seguro.

#### **Cláusula 15 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA Y ADDENDA**

**El Beneficio por Fallecimiento y todos los Addenda quedarán sin efecto a la terminación de la Póliza. Si en el Primer Aniversario de esta Póliza o en cualquier fecha de vencimiento después, cuando los requisitos bajo la Cláusula 14 de las Condiciones Generales, no se cumplan de acuerdo a lo estipulado, la Compañía de Seguros puede terminar el Beneficio por Fallecimiento, Addendum o Addenda siempre que la Compañía de Seguros haya dado aviso por escrito al Contratante de la intención de efectuar dicha terminación por lo menos con treinta y un días de anticipación. Además está estipulado que el Contratante puede terminar esta Póliza o cualquier Addendum de esta Póliza en cualquier momento, notificando a la Compañía por escrito de dicha intención, por lo menos con un mes de anticipación a la fecha de terminación.**

#### **Cláusula 16 AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMO**

**Aviso de Siniestro:** Aviso por escrito de un caso sobre el cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado a la Compañía de Seguros dentro de los treinta (30) días naturales de dicho incidente.

Aviso dado por o en favor del reclamante a la Compañía de Seguros con datos suficientes para identificar al asegurado, se considerará como aviso a la Compañía de Seguros.

**Proceso de Reclamo:** Presentado el aviso de siniestro, deberá continuarse con los siguientes requisitos:

- A. **Prueba de Pérdida:** Al recibir tal aviso, la Compañía de Seguros suministrará los formularios para la presentación de la prueba de la pérdida y su cuantía aproximada, obligación que está a cargo del Contratante, Asegurado o Beneficiario, según sea el caso. Los formularios

deben llenarse y devolverse a la Compañía de Seguros dentro de los noventa días siguientes a la fecha de la pérdida por la cual se hace la reclamación. La Compañía se reserva el derecho previo estudio de aceptar o no, la reclamación recibida fuera de los límites de tiempo arriba indicados según sea el perjuicio que causa dicho incumplimiento en el tiempo de entrega.

- B. Exámenes: La Compañía de Seguros tendrá el derecho y oportunidad por medio de su representante médico, de examinar a la persona del asegurado cuando y tantas veces como lo requiera razonablemente mientras esté pendiente una reclamación bajo la presente y, en caso de muerte, de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, efectuar la autopsia, ya sea, antes o después del entierro.
- C. Pago de Reclamación: Cualquier pago por pérdida de la vida del asegurado es pagadera al beneficiario de acuerdo con la Cláusula 12 de las Condiciones Generales. Los demás beneficios serán pagaderos al Empleado a menos que la Compañía de Seguros determine que el Empleado es incapaz, en cuyo caso los pagos se efectuarán al tutor designado, conforme la ley.
- D. Procedimientos Legales: Con el fin de cumplir el proceso de atención de reclamos dispuesto por la Compañía de Seguros para efectuar el pago de beneficios al amparo de esta póliza, de previo a iniciar una acción judicial el asegurado presentará ante la Compañía de Seguros la respectiva prueba de la reclamación de acuerdo con los requisitos previstos en la póliza, sin perjuicio del derecho legal que le asiste al asegurado de accionar judicialmente en el momento que estime conveniente.

#### **Cláusula 17 SUBROGACIÓN**

Para el caso de los pagos realizados que tengan un carácter indemnizatorio, el Contratante por este medio transfiere y cede de pleno derecho a la Compañía de Seguros todos los derechos en relación con la Póliza de Seguro para recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos sobre la base de la Póliza por la pérdida, lesiones o daños a sus asegurados o dependientes de estos registrados en la Compañía de Seguros y por los cuales se efectuasen pagos o anticipos.

En virtud del derecho de subrogación, la Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños. En igual forma lo podrá hacer con el asegurado o sus dependientes, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

#### **Cláusula 18 TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MOROSIDAD**

**Este Contrato quedará sin efecto, si el Contratante no ha pagado las sumas convenidas dentro del plazo estipulado de acuerdo con el artículo treinta y siete (37) de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros independientemente si es**

**Contributiva o No-Contributiva.** Para la terminación del contrato, la Compañía notificará al Contratante y a los Asegurados, según sea el caso, su decisión de no continuar otorgando la cobertura dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la terminación del Período de Gracia otorgado en la cláusula 5 de las Condiciones Generales.

#### **Cláusula 19 COMPAÑÍAS AFILIADAS**

Para todos los efectos de la póliza colectiva, los empleados de las compañías, corporaciones, asociaciones, firmas o individuos subsidiarios o afiliados con el Contratante según se detallan más abajo (denominados aquí Compañías Afiliadas) se considerarán empleados del Contratante y al servicio con cualquiera de las compañías afiliadas. Con el consentimiento de la Compañía de Seguros, se pueden agregar compañías afiliadas adicionales a dicha lista. Si alguna Compañía Afiliada dejara de ser incluida en esta sección la póliza colectiva se considerará como terminada en la fecha de dicho cese con respecto a todos los empleados de dicha Compañía Afiliada que al día siguiente a tal cese no se encuentren al servicio del Contratante u otras Compañías Afiliadas dentro de las clases de empleados elegibles para el seguro bajo la Póliza Colectiva. El Contratante notificará por escrito tanto al asegurado como a la Compañía de Seguros cuando las Compañías Afiliadas dejen de ser subsidiarias con el Contratante.

#### **Cláusula 20 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**

**No obstante las condiciones de esta póliza y cualquier Addendum o enmienda adherido a la póliza, ningún beneficio será pagado bajo la póliza o cualquier Addendum o enmienda adherido en el evento de la muerte, la incapacidad y/o gastos médicos incurridos de un asegurado (o un dependiente) si es causada por una infección oportunista, un neoplasma maligno o suicidio si, al momento de tal muerte, incapacidad y/o gastos incurridos hay presente en el sujeto un Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y/o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.**

- A. Para los propósitos de esta cláusula el término "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" tendrá las definiciones asignadas por la Organización Mundial de la Salud. Una copia de las definiciones está archivada en las oficinas principales de la Compañía.**
- B. Una infección oportunista se incluirá pero no se limitará a neumonía neumocistis carinii, organismo de enteritis crónica, infección viral y/o infección micótica diseminada.**
- C. Un neoplasma maligno se incluirá pero no se limitará al sarcoma de Kaposi, el linfoma del sistema nervioso central y/o otras afecciones malignas ya conocidas o que pueden conocerse como causas malignas ya conocidas o**

que pueden conocerse como causas inmediatas de muerte en la presencia de inmunodeficiencia adquirida.

**D. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Agotamiento de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).**

**Si ningún beneficio es pagadero de acuerdo a esta exclusión sobre la muerte de un asegurado (o dependiente) cubierto bajo esta póliza, toda prima pagada sobre tal asegurado (o dependiente) será reembolsada al propietario.**

#### **Cláusula 21 RESPONSABILIDAD**

La Compañía no se hará responsable por la calidad del servicio recibido de cualquier institución o individuo que haya escogido el asegurado o beneficiario. Esta Póliza no da al empleado o a los individuos asegurados ningún derecho a reclamación o acción contra la Compañía, basado en un acto de omisión o comisión de un hospital, enfermera, médico proveedor. La Compañía es responsable, únicamente, por el pago de los beneficios elegibles bajo las Condiciones de esta Póliza.

#### **Cláusula 22 RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Cualquier controversia que se suscitare entre la Compañía y el Contratante, Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, con motivo del presente Contrato de Seguro, queda sometido a la jurisdicción y leyes de Costa Rica.

Las partes y terceros interesados deberán resolver sus controversias en los Tribunales de Costa Rica, o bien, podrán convenir la resolución mediante un arbitraje si así lo consideran pertinente.

#### **Cláusula 23 PRESCRIPCIÓN**

Las acciones derivadas de este Contrato de Seguro prescriben en el plazo de cuatro (4) años contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

#### **Cláusula 24 PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD**

Para efectos de comprobar la elegibilidad de un nuevo asegurado con edad igual o mayor a sesenta y cinco (65) años de edad deberá presentar a la Compañía el formulario de Prueba de Asegurabilidad que ésta le proporcione. En caso de que los resultados del formulario de Prueba de Asegurabilidad impliquen la necesidad de efectuar algún examen particular al Asegurado, tales como, pero no limitados a: - Cuestionarios médicos específicos, -Exámen médico general, -

Examen de orina, -Electrocardiograma, -Examen de H.I.V., -Radiografía de Tórax, y –Perfil bioquímico, el Asegurado deberá presentarlo o presentarlos bajo su costo.

Una vez recibida de parte del Asegurado, la Prueba de Asegurabilidad y las correspondientes pruebas médicas, en caso de ser necesaria alguna, la Compañía, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, evaluará su estado actual para que, de conformidad con los factores de riesgo del propuesto Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, determine su elegibilidad o no bajo la póliza y las condiciones de su aseguramiento.

Si la Compañía determina la posibilidad de aseguramiento del propuesto Asegurado bajo la póliza, procederá a notificarle, dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, sus condiciones de aseguramiento de conformidad con el análisis del riesgo efectuado. La Compañía ofrecerá al Asegurado posibilidades a escoger según la evaluación del riesgo y que incluyan combinaciones tales como mantener o disminuir la suma asegurada, mantener o aumentar la tarifa o combinaciones entre sí. En los casos de reducciones de la suma asegurada ésta no podrá ser mayor al 50% y en caso de los recargos de tarifa, estos no podrán ser menores a 50% ni mayores a 300%.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**  
Emitido por  
**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.**  
(Denominada aquí la Compañía de Seguros)

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS** dispone las siguientes "Condiciones del Beneficio por Fallecimiento" o "Beneficio por Fallecimiento", las cuales forman parte de la Póliza.

**Cláusula 1 BENEFICIO POR FALLECIMIENTO**

Si un Empleado fallece mientras está asegurado bajo este Beneficio, la Compañía de Seguros, al recibo de la debida prueba por escrito del fallecimiento del Empleado, pagará la suma por la cual el Empleado está asegurado bajo este Beneficio por Fallecimiento, a la persona o personas autorizadas para ello bajo las condiciones de esta Póliza.

**Cláusula 2 COBERTURA DE SEGURO**

La cobertura de seguro aplicable a cada Empleado asegurado, de acuerdo con las condiciones de la Cláusula 9 de las Condiciones Generales, será como se indica en las Condiciones Particulares para este Beneficio por Fallecimiento.

El rango de edad de contratación para la cobertura del Beneficio por Fallecimiento se define de la siguiente manera:

A partir de los dieciocho (18) años de edad; sin embargo nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula 24 PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de acuerdo a la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

El rango de edad para el otorgamiento del Beneficio por Fallecimiento se define de la siguiente manera:

Desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.



**Cláusula 3 SUICIDIO**

Si un Empleado se suicida, estando o no en uso de sus facultades mentales, posterior al primer año de vigencia del seguro desde la fecha en que su cobertura bajo este Beneficio por Fallecimiento comienza, se pagará el beneficio de la cobertura.

**Cláusula 4 INTRANSFERIBLE**

El seguro del Empleado bajo este Beneficio por Fallecimiento será intransferible.

**Cláusula 5 CONVERSIÓN****A. Privilegio de Conversión**

Si el seguro de un Empleado bajo este Beneficio por Fallecimiento cesa por razón de:

1. terminación de empleo, o
2. deja de ser miembro de una de las clases elegibles para el seguro bajo este Beneficio por Fallecimiento, o
3. Terminación del seguro proporcionado bajo la Cláusula 6 de este Beneficio por Fallecimiento,

él tendrá derecho a convertir todo o parte de su seguro bajo el presente, sin suministrar prueba de asegurabilidad, en una Póliza Individual de Seguro de Vida, a condición que dicha Póliza sea aprobada de acuerdo con los requisitos de suscripción de la Compañía de Seguros con respecto a la cantidad mínima, y considerando además que se haya hecho solicitud por escrito y se haya pagado la primera prima dentro del periodo respectivo.

La Póliza de Seguro de Vida Individual puede ser sobre cualquiera de los modelos emitidos entonces corrientemente por la Compañía de Seguros, excepto el seguro temporal o cualquier póliza que contenga beneficios de incapacidad o beneficios adicionales en caso de muerte accidental y la prima pagadera será basada en el tipo de prima aplicable a la clase de riesgo a la cual el Empleado pertenece y a su edad en la fecha efectiva de la Póliza Individual.

En caso de terminación o modificación de este Beneficio por Fallecimiento para un Empleado por motivo de resultar éste inelegible para el Seguro Colectivo de Vida en virtud de una modificación de la clase de Empleados a la cual él pertenece, el Empleado no podrá optar por el Privilegio de Conversión.

Cualquier Póliza Individual emitida bajo las condiciones de esta sección tendrá efecto al final del período de treinta y un días (31) durante el cual puede hacerse solicitud para la Póliza, y será en lugar de esta Póliza y los beneficios bajo este Beneficio por Fallecimiento.

La conversión de seguro o pago de reclamaciones bajo la Póliza Individual no excluirá sin embargo, el establecimiento de derechos bajo la Cláusula 7 de este Beneficio por Fallecimiento, considerando que todas las condiciones de esa cláusula se cumplan dentro del tiempo requerido y dichos derechos sean tomados a cambio de todos los beneficios y pagos bajo la Póliza Individual, excepto para una devolución de primas.

#### **B. Protección del Seguro durante el Período de Conversión**

Si un Empleado que según los términos de este Beneficio por Fallecimiento, tiene derecho a convertir todo o parte de su seguro bajo el presente en una Póliza de Seguro de Vida Individual, fallece dentro del período siguiente a la terminación del seguro durante el cual puede hacerse la solicitud para una Póliza de Seguro de Vida Individual, la cantidad de seguro que de otro modo fuera a convertir le será pagada como una reclamación bajo este Beneficio por Fallecimiento, siempre y cuando se haya hecho la solicitud para la conversión.

#### **Cláusula 6 BENEFICIO EXTENDIDO DE MUERTE**

Bajo las siguientes circunstancias, el seguro sobre la vida de un empleado no terminará como se establece en la sección titulada "Terminación de Seguro" sino que se extenderá como se indica a continuación.

Si el servicio activo de un empleado se terminara debido a incapacidad total resultante de una lesión o de una enfermedad que le impida completamente realizar cualquier trabajo o dedicarse a cualquier ocupación o empleo por salario o ganancia, y si el tenedor de la Póliza cesara de pagar primas para el empleado, el seguro se extenderá durante el período que el empleado permanezca incapacitado total y continuamente, pero no más de un (1) año desde la fecha en que comenzó la incapacidad.

En el caso del fallecimiento de un empleado durante el período en que el seguro es extendido de ese modo, no se pagará ningún reclamo por fallecimiento a menos que se presente prueba de la incapacidad total y continua a la Compañía de Seguros dentro de un año después del fallecimiento del empleado.

La suma de seguro pagadera a su fallecimiento bajo el párrafo que antecede será la menor de (a) la suma de seguro en vigencia en vida del empleado en su último día de servicio activo; o (b) la suma de seguro dispuesta para el empleado, tomando en consideración cualquier reducción a causa de retiro o de haber alcanzado una edad específica establecida en dicha Póliza.

En cualquier momento durante el período en el que el seguro es extendido, la Compañía de Seguros tendrá el derecho de requerir prueba de la incapacidad total y continua y de hacer que un médico de su elección examine al empleado.

No se hará pago alguno a cuenta del fallecimiento de un empleado cuyo seguro sea extendido conforme a esta sección a menos que un aviso por escrito del fallecimiento del empleado sea recibido por la Compañía de Seguros dentro de un año después de la fecha del fallecimiento.

No habrá ninguna extensión de seguro conforme a las disposiciones de esta sección si una Póliza Individual de seguro de vida es emitida al empleado bajo el Privilegio de Conversión, a menos que la Póliza Individual sea entregada a la Compañía de Seguros sin reclamo con excepción de la devolución de cualquier prima pagada.

El seguro que esté siendo extendido a cualquier empleado bajo las disposiciones de esta sección terminará automáticamente:

**(a) Si el empleado cesa de estar totalmente incapacitado, excepto que si el empleado regresa al servicio activo en una clase elegible, el seguro sobre el empleado será continuado cuando las primas sean pagadas por el tenedor de la Póliza para el empleado.**

**(b) Si el empleado rehusara someterse a cualquier examen físico requerido por la Compañía de Seguro.**

**(c) Si el empleado no proveyera prueba de su total incapacidad en conformidad con los términos de esta sección. A la terminación de su seguro, el empleado tendrá derecho a los beneficios descritos en la sección titulada "Privilegio de Conversión".**

#### **Cláusula 7 CALCULO DE PRIMAS**

A la emisión de esta póliza, la Compañía de Seguros calculará la prima mensual por 1.000 de suma asegurada, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.

Las primas calculadas y establecidas en las Condiciones Particulares del Beneficio por Fallecimiento contemplan y están sujetas a la composición general del grupo, como es edad, sexo, montos de cobertura, estado de salud y ocupación del asegurado.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

### **ADDENDUM PAGO ADELANTADO DEL SEGURO DE VIDA**

#### **SEGURO A TÉRMINO**



**Emitido por  
PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.  
(denominada aquí la Compañía de Seguros)**

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acuerda por este medio que las siguientes estipulaciones, según se modifican y definen bajo el adjunto Condiciones Particulares del Seguro Colectivo de Vida, referido aquí como "Condiciones Particulares del Seguro" formará parte de la Póliza.

La fecha efectiva de la cobertura del asegurado será la misma de la indicada en su certificado de seguro de vida a menos que otra fecha sea la indicada como fecha de efecto del presente.

### **Cláusula 1 DEFINICIONES**

Esta sección ilustra el significado de los términos usados en este Addendum. Las definiciones de la Póliza y Certificados individuales mantienen su vigencia, a menos que difieran con las Definiciones aquí señaladas.

"Certificación" se refiere a las declaraciones escritas, hechas por un médico en un pro forma o formulario facilitado por la aseguradora en el cual se certifique que el asegurado padece una de las enfermedades listadas en la cláusula 2 de este Addendum.

"Certificado" es el documento que la aseguradora emite a cada Asegurado y el cual explica los términos de su cobertura bajo la Póliza de Seguro Colectivo de Vida.

"Beneficio por Fallecimiento" es el monto de seguro pagadero bajo la cobertura básica de la Póliza de Seguro Colectivo de Vida a causa de la muerte del asegurado, sujeto a todas las disposiciones del contrato incluyendo los cambios en la suma asegurada, reducciones o terminación por fecha de retiro. No incluye cualquier monto que sea solamente pagadero en el evento de una muerte accidental.

"Asegurado" este término ilustra solamente al asegurado principal o primario. Los dependientes no son elegibles para cobertura bajo este Addendum.

"Médico" es el profesional debidamente autorizado y reconocido para practicar la medicina, por la ley del país donde el diagnóstico ha sido recibido. El médico no podrá ser el propio asegurado o cualquier miembro de su familia inmediata.

"Póliza" Documento que ilustra el Beneficio de Seguro Colectivo de Vida emitido a la Empresa Contratante y bajo el cual el asegurado está cubierto.

"Solicitud Escrita" significa una solicitud hecha por escrito por el Asegurado a la Compañía de Seguros.



## Cláusula 2 DESCRIPCION DE LA COBERTURA

Este beneficio es pagadero al asegurado si después de haber estado cubierto bajo este Addendum al menos por 60 días consecutivos, se le diagnostica que padece una de las enfermedades indicadas en el siguiente listado:

1. Neoplasias con nomenclatura T3N3M2
2. Síndrome Insuficiencia Inmunológica adquirida
3. Lupus Eritematoso Sistémico con más de 5 años de evolución
4. Distrofias Musculares
5. Esclerosis Múltiple
6. Fiebre Hemorrágica de Ebola
7. Síndrome Leish- Nyhan
8. Insuficiencia Cardíaca de más de 5 años de evolución
9. Cirrosis Hepática
10. Parálisis Cerebral
11. Leucemia

Para considerar el pago de este beneficio se requiere que:

- (a) **El Asegurado lo solicite por medio de una Comunicación Escrita; y**
- (b) **La Compañía de Seguros reciba de todo beneficiario irrevocable o designatario una aceptación o acuerdo debidamente firmado para adelantar este pago.**
- (c) **La Compañía de Seguros podrá, a su discreción, confirmar el diagnóstico de una de las enfermedades del anterior listado con una evaluación llevada a cabo por su Comité Médico Asesor.**

El rango de edad de contratación para la cobertura del Beneficio de Pago Adelantado del Seguro de Vida se define de la siguiente manera:

A partir de los dieciocho (18) años de edad; sin embargo nuevos asegurados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula 24. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD de las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Vida. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y en caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de conformidad con la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la continuidad de la cobertura.

El rango de edad para el otorgamiento de la cobertura del Beneficio de Pago Adelantado del Seguro de Vida se define de la siguiente manera:

Desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.

### **Cláusula 3 MONTO PAGADERO POR EL BENEFICIO DE PAGO ADELANTADO DEL SEGURO DE VIDA**

El Beneficio de Pago Adelantado del Seguro de Vida será equivalente al porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares del Beneficio por Fallecimiento aplicable al Asegurado en la fecha en que se le certificó que sufría una de las enfermedades listadas en la Cláusula 2 del presente Addendum, hasta un máximo de US\$50.000,00. Esta cobertura será pagada en una sola suma. Este beneficio será pagadero solamente una vez por asegurado. ESTE BENEFICIO SERÁ PAGADERO SOLO UNA VEZ POR ASEGURADO.

### **Cláusula 4 GENERALIDADES DE ESTA COBERTURA**

Si un asegurado llega a ser elegible y decide recibir este beneficio, estará sujeto a las siguientes condiciones:

(a) El Beneficio por Fallecimiento del asegurado será reducido por un monto igual al Beneficio de Pago Adelantado del Seguro de Vida pagado a dicho asegurado. El monto del Beneficio de Pago Adelantado del Seguro de Vida más el correspondiente Beneficio por Fallecimiento no excederán el monto que se hubiese pagado como Beneficio por Fallecimiento, en ausencia de este Beneficio de Pago Adelantado del Seguro de Vida.

(b) Cualquier monto de seguro que hubiese de otra manera sido continuado bajo el Beneficio Extendido de Muerte, según la Cláusula 11 de las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Vida será reducido proporcionalmente, de la misma manera en que se hace con la Suma Asegurada disponible bajo el Privilegio de la Conversión establecido en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Vida. **En caso que el Contratante no hubiese pagado más primas por un asegurado incapacitado acogándose así al Beneficio Extendido de Muerte, dicho asegurado no será elegible para la cobertura de Pago Adelantado del Seguro de Vida.**

### **Cláusula 5 TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL BAJO ESTE ADDENDUM**

La cobertura de todo asegurado bajo este Addendum terminará en cualesquiera de las siguientes circunstancias, la que ocurra primero:

- (a) La fecha en que la cobertura bajo esta Póliza termine.
- (b) La fecha en que el pago del Beneficio Pago Adelantado del Seguro de Vida para enfermedades terminales se haya efectuado.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.



**ADDENDUM  
MUERTE  
Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (MDA)  
Emitido por**

**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.  
(Denominada aquí la Compañía de Seguros)**

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acuerda por este medio que las siguientes condiciones, según se modifican y definen bajo el adjunto Condiciones Particulares del Addendum de Muerte y Desmembramiento Accidental, referido aquí como "Condiciones Particulares del Addendum" formarán parte de la Póliza.

**Cláusula 1 BENEFICIOS**

Si un Empleado, mientras está asegurado bajo este Addendum sufre lesiones corporales causadas solamente a través de medios externos violentos (hecho que se deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria) puramente accidentales, y dentro de noventa días después de dicho evento, sufre la pérdida de la vida, la vista o un miembro como resultado directo de dicho evento e independiente de toda otra causa, la Compañía de Seguros, sujeta a las condiciones aquí establecidas, pagará en una sola suma, al Empleado, si vive, o de lo contrario a la persona o personas autorizadas bajo las condiciones de la Póliza, la cantidad provista para dicha pérdida, cantidad que será adicional a la provista por el Beneficio por Fallecimiento del Seguro Colectivo de Vida.

**TABLA No. 1 MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL**

POR PERDIDA DE:

100% de la Cobertura de Seguros	Muerte Accidental Ambas Manos Ambos Pies La Vista de Ambos Ojos Una Mano y Un Pie Una Mano y la Vista de un Ojo Un Pie y la Vista de un Ojo
50% de la Cobertura de Seguro	Una Mano Un Pie La Vista de un Ojo

La pérdida de la mano y un pie quiere decir, pérdida por o arriba de la muñeca o el tobillo respectivamente, y pérdida de la vista quiere decir, pérdida total e irrecuperable de la vista.



**TABLA No. 2 MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL**POR PERDIDA DE:

<i>Muerte Accidental</i>	100%
Pérdida de Ambos Brazos o Ambas Manos	100%
Pérdida de Ambas Piernas o de Ambos Pies	100%
Pérdida de un Brazo o de una Mano junto con la de una Pierna o de un Pie	100%
Pérdida de un Brazo o de una Mano, o de una Pierna, o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo	100%
Ceguera irreparable de ambos ojos	100%
Parálisis presumiblemente incurable que impida todo trabajo	100%
Pérdida del Brazo derecho arriba del Codo	65%
Pérdida de la Mano Derecha	60%
Pérdida del Brazo Izquierdo arriba del Codo	53%
Pérdida de la Mano Izquierda	48%
Pérdida de una Pierna arriba de la rodilla	65%
Pérdida de Un Pie	40%
Pérdida de la Vista de un Ojo	50%
Pérdida total e irreparable del habla	50%
Sordera bilateral total e irreparable	50%
Pérdida de las dos Falanges del dedo pulgar de la Mano Derecha	20%
De la Mano Izquierda	20%
Pérdida de las tres Falanges del dedo índice de la Mano Derecha	15%
De la Mano Izquierda	15%

Por pérdida total se entiende la amputación total definitiva del miembro lesionado.

La pérdida de la mano y un pie quiere decir, pérdida por o arriba de la muñeca o el tobillo respectivamente, y pérdida de la vista quiere decir, pérdida total e irrecuperable de la vista.

**TABLA No. 3 MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL**POR PERDIDA DE:

Muerte Accidental	
Pérdida de ambos brazos o ambas manos	100%
Pérdida de ambas piernas o de ambos pies	100%
Pérdida de un brazo o de una mano, junto con la de una pierna o de un pie	100%
Pérdida de un brazo o de una mano, o de una pierna o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo	100%
Ceguera irreparable de ambos ojos	100%

Parálisis presumiblemente incurable que impida todo el trabajo	100%
Pérdida del brazo derecho arriba del codo	65%
Pérdida de la mano derecha	60%
Pérdida del brazo izquierdo arriba del codo	53%
Pérdida de la mano izquierda	48%
Pérdida de una pierna arriba de la rodilla	65%
Pérdida de un pie	40%
Pérdida de la vista de un ojo	50%
Pérdida total e irreparable del habla	50%
Sordera bilateral total e irreparable	50%
Pérdida de cuatro dedos y pulgar de una mano	50%
Pérdida de cuatro dedos	40%
Pérdida de las dos falanges del dedo pulgar	25%
Pérdida de una falange del dedo pulgar	10%
Pérdida de las tres falanges del dedo índice	10%
Pérdida de dos falanges del dedo índice	8%
Pérdida de una falange del dedo índice	4%
Pérdida de tres falanges del dedo medio	6%
Pérdida de dos falanges del dedo medio	4%
Pérdida de una falange del dedo medio	2%
Pérdida de tres falanges del dedo anular	5%
Pérdida de dos falanges del dedo anular	4%
Pérdida de una falange del dedo anular	2%
Pérdida de tres falanges del dedo meñique	4%
Pérdida de dos falanges del meñique	3%
Pérdida de una falange del dedo meñique	2%
Pérdida de metacarpios primero o segundo (adicional)	3%
Pérdida de metacarpios tercero, cuarto o quinto (adicional)	2%
Pérdida de dedos del pie – todos	15%
Pérdida de dedo del pie grande ambas falanges	5%
Pérdida de dedo del pie grande una falange	2%
Pérdida de dedo del pie cada uno además del dedo grande	1%

Por pérdida total se entiende la amputación total definitiva del miembro lesionado.

La pérdida de la mano y un pie quiere decir, pérdida por o arriba de la muñeca o el tobillo respectivamente, y pérdida de la vista quiere decir, pérdida total e irrecuperable de la vista.

#### INDEMNIZACION DOBLE

La cantidad pagadera bajo este Addendum será doble si la pérdida ocurre:



- (a) Mientras el Empleado viaja por tierra como pasajero en cualquier vehículo mecánico de transportación pública, por razón de un servicio regular de transporte de pasajeros de una ruta de transporte terrestre establecida legalmente.
- (b) Mientras el asegurado hace uso de un ascensor para pasajeros.
- (c) Por causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encuentre el Asegurado al comienzo del incendio.

## **Cláusula 2 COBERTURA DE SEGURO**

La cobertura de seguro aplicable a cada Empleado asegurado, de acuerdo con la Cláusula 9 de las Condiciones Generales, será como se indica en las Condiciones Particulares.

El rango de edad de contratación para la cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental se define de la siguiente manera:

A partir de los dieciocho (18) años de edad; sin embargo nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula 24. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD de las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Vida. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y en caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de conformidad con la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la continuidad de la cobertura.

El rango de edad para el otorgamiento de la cobertura básica se define de la siguiente manera:

Desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.

## **Cláusula 3 EXCLUSIONES Y REDUCCIONES**

**Si un Empleado sufre más de una de las pérdidas descritas bajo la Cláusula 1, de este Addendum, a causa de medios accidentales y surgidos del mismo accidente, la cantidad total pagadera bajo este Addendum a cuenta de dichas pérdidas estará limitada al 100% de la Cobertura de Seguro, excepto en el caso de Indemnización Doble en donde el límite será de 200% de la Cobertura de Seguro.**

**Si un Empleado ha sufrido, ya sea anterior o posteriormente a estar asegurado bajo este Addendum, la pérdida de una mano, un pie, o la vista de un ojo, como se define anteriormente, el seguro de dicho Empleado bajo esta Póliza, será emitido o continuado por el 100% de la Cobertura de Seguro.**

#### Cláusula 4 LIMITACIONES

El seguro proporcionado por el presente no cubre ninguna pérdida resultante de, o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

- A. Enfermedad o dolencia corporal o mental, tratamiento médico o quirúrgico de ello, hernia o infecciones por ptomaína o por bacteria (excepto infecciones piogénica resultantes de heridas visibles sufridas accidentalmente).
- B. Daño causado a sí mismo, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- C. Carreras de velocidad sobre ruedas, o en caballos, o en barcos, o esquí acuático.
- D. Guerra declarada, o no, o cualquier acto de guerra o insurrección, como resultado de huelga, motín, conmoción civil o asalto, servicio en cualquier fuerza militar, naval o área de cualquier país, mientras que dicho país se encuentre en estado de guerra, desempeño de funciones como agente de policía en cualquier organización militar o naval.
- E. La comisión de, o intento de cometer un asalto o cualquier acto fuera de la ley, o estar comprometido en cualquier actividad ilegal.
- F. Servicio, viaje o vuelo en cualquier tipo de avión excepto como pasajero pagando pasaje en un avión de línea regular incorporada para el servicio de pasajeros, operando por un porteador común, sobre una ruta aérea definitivamente establecida.
- G. Estar bajo la influencia de bebidas alcohólicas cuando la concentración del alcohol en la sangre sea igual o superior a cero coma cinco (0,5) gramos por cada litro de sangre; cuando esté bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras sustancias que produzcan estados de alteración o efectos enervantes o depresivos análogos.
- H. Uso de cualquier sustancia, droga, alucinógeno, excepto en los casos según sea recetado por un médico autorizado.
- I. Cualquier enfermedad, lesión o daño que sea consecuencia directa, o indirecta, de culpa o negligencia imputable al asegurado.

**Cláusula 5 INTRANSFERIBLE**

El seguro de un Empleado bajo este Addendum será intransferible.

**Cláusula 6 CALCULO DE PRIMAS**

Los cargos de prima para el seguro bajo este Addendum serán calculados como se indica en las Condiciones Particulares de este Addendum, sujeto al derecho de la Compañía de Seguros de aplicar cambios en las primas con el consentimiento del Contratante de acuerdo con la Cláusula 4 de las Condiciones Generales.

Si las primas bajo la Póliza Colectiva de Seguro de Vida son pagaderas mensualmente, cada cargo mensual de primas para el seguro bajo este Addendum será igual al producto de la cantidad total de seguro en vigor bajo este Addendum en la fecha de vencimiento de la prima por la tarifa entonces vigente, considerando que los cargos mensuales de primas para el seguro bajo este Addendum serán calculados por un método mutuamente aceptable a la Compañía de Seguros y al Contratante, el cual será establecido en las condiciones particulares de la póliza.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

## **ADDENDUM INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, dispone por este medio que las siguientes condiciones, según se modifican y definen bajo las Condiciones Particulares del Addendum de Incapacidad Total y Permanente, referido aquí como "Condiciones Particulares de este Addendum", formarán parte de la póliza.

### **Cláusula 1 BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Se define Incapacidad como una lesión corporal o enfermedad que impida total y permanentemente que el Asegurado se dedique a cualquier trabajo remunerado o lucrativo y cuya incapacidad haya continuado ininterrumpidamente por un período mínimo de doce (12) meses. (La incapacidad de tal duración considerada de manera permanente con el único propósito de determinar el principio de las obligaciones aquí contraídas).

Cada vez que en este Addendum aparezca el término "Incapacidad" de aquí en adelante significa Incapacidad Total y Permanente como se ha definido anteriormente.

Sin embargo, la Compañía reconocerá como Incapacidad Total y Permanente la pérdida total e irrecuperable de la vista, de ambos ojos, o pérdida por amputación (1) ambas manos arriba de la muñeca o (2) ambos pies arriba del tobillo o (3) una mano arriba de la muñeca y un pie arriba del tobillo.

El Beneficio de Incapacidad Total y Permanente se pagará únicamente por Incapacidad Total y Permanente que resulte de lesiones corporales ocurridas o enfermedades originadas después de la Fecha de Efectividad del Addendum.

Si un Empleado:

- A. Se queda incapacitado total y permanentemente a causa de lesiones corporales o enfermedad que le impidan desempeñar completamente cualquier ocupación por remuneración o lucro después de estar asegurado bajo este Addendum durante al menos seis meses, pero antes de la terminación de su seguro bajo este Addendum, de acuerdo con la Cláusula 11 de las Condiciones Generales ("Terminación de Cobertura del Empleado") y,
- B. Dentro de doce (12) meses después de la fecha que el Contratante deja de pagar las primas a su favor, facilita o presenta debida prueba que dicha incapacidad ha existido ininterrumpidamente durante al menos doce (12) meses, la Compañía de Seguros terminará el Beneficio por Fallecimiento de dicho Empleado y pagará la cantidad de seguro aplicable a este Addendum en 60 pagos mensuales iguales, en lugar de todos los demás beneficios bajo este Addendum. El primer pago se efectuará doce (12) meses después del comienzo de dicha incapacidad, o tres (3) meses después de suministrar a la Compañía de Seguros la debida prueba, lo que sea posterior.

El rango de edad de contratación para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente se define de la siguiente manera:

Desde los dieciocho (18) años de edad; sin embargo nuevos asegurados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula 24. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD de las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Vida. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y en caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de conformidad con la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la continuidad de la cobertura.

El rango de edad para el otorgamiento de la cobertura básica se define de la siguiente manera:

Desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.

### **Cláusula 2 CANTIDAD DE PAGO DE BENEFICIOS**

La cantidad de seguro aplicable a este Beneficio de Incapacidad Total y Permanente será la cantidad de seguro en vigor sobre la vida de dicho Empleado, en la fecha de comienzo de la Incapacidad Total y Permanente. Bajo esta estipulación, todos los pagos se harán al Empleado durante la continuación de la Incapacidad Total y Permanente. En caso de fallecimiento del Empleado, el monto a pagar corresponderá al remanente de la suma asegurada a los beneficiarios designados previamente.

### **Cláusula 3 FALLECIMIENTO DEL EMPLEADO**

Si el Empleado falleciera después que se ha suministrado a la Compañía de Seguros debida prueba de su incapacidad pero antes de que se le haya hecho pago alguno, la cantidad de seguro bajo esta estipulación se le pagará al beneficiario del Empleado.

### **Cláusula 4 CESE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Si la Incapacidad Total y Permanente cesara antes que se realicen todos los pagos bajo esta estipulación, se aplicarán las siguientes condiciones:

- A. No se hará ningún pago más.
- B. Si el Empleado es elegible bajo este Addendum, puede ser asegurado por la cantidad de Seguro Colectivo de Vida por la cual es elegible en ese momento, menos la cantidad total de pagos que se hubiere hecho bajo esta estipulación.
- C. Si el Empleado no es elegible bajo este Addendum, tendrá el mismo derecho de conversión respecto a las cantidades de seguro a las cuales esta estipulación aplica, menos las cantidades pagadas, como si el seguro hubiera terminado.



## Cláusula 5 PRUEBA DE INCAPACIDAD

La Compañía de Seguros tendrá derecho en cualquier momento durante los primeros dos (2) años siguientes del comienzo de los pagos bajo la presente y después de eso, no más de una vez al año, de requerir prueba de la continuación de la incapacidad total permanente.

Además, la Compañía de Seguros tendrá derecho durante el período de pago, de que un médico de su elección examine al Empleado por intervalos razonables durante los primeros dos (2) años del período de pago y después de eso, no más de una (1) vez al año. El dejar de suministrar tal prueba o de someterse al examen médico dentro de los noventa días de la fecha solicitada, terminará inmediatamente los beneficios bajo la presente.

Para los efectos de la determinación de la incapacidad, cualquier certificación que expidan entidades gubernamentales incluyendo, aunque no sin limitar, la Caja Costarricense del Seguro Social, constituirá una mera referencia por lo que la misma no será vinculante para la Compañía de Seguros.

No se harán pagos bajo esta estipulación, si en la fecha en que el pago deba ser efectuado, la cantidad de seguro bajo el presente Addendum ha sido pagada previamente en concepto de Beneficio por Fallecimiento.

### ***Limitaciones:***

**No se pagarán beneficios bajo el presente Addendum por cualquier incapacidad causada por:**

**Lesión corporal intencional auto-inflingida, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales, ni si la misma es generada como resultado de un acto o siniestro en que haya intervenido el asegurado.**

## Cláusula 6 PRIMAS

Los cargos de prima para el seguro bajo este Addendum serán calculados como se indica en las Condiciones Particulares de este Addendum, sujeto al derecho de la Compañía de Seguros de acuerdo con la Cláusula 4 de las Condiciones Generales de cambiar las primas con el consentimiento del Contratante.

Si las primas bajo la Póliza Colectiva son pagaderas mensualmente, cada cargo mensual de primas para el seguro bajo este Addendum será igual al producto de la cantidad total de seguro en vigor bajo este Addendum en la fecha de vencimiento de la prima por la tarifa entonces vigente, considerando que los cargos mensuales de primas para el seguro bajo este Addendum serán calculados por un método mutuamente aceptable a la compañía de Seguros y al Contratante, el cual será establecido en las condiciones particulares de la póliza.

---

Fecha

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

**ADDENDUM****ASISTENCIA MEDICA Y SUPLEMENTARIO MEDICO MAYOR  
emitido por  
PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE Costa Rica, S.A.  
(denominada aquí "la Compañía de Seguros")**

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS** acuerda por este medio que las siguientes condiciones, según modificadas o definidas bajo el adjunto Condiciones Particulares del Addendum, formarán parte de la Póliza:

**Cláusula 1 BENEFICIOS**

La Compañía de Seguros reembolsará los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por los Asegurados bajo las clases de cuidados aquí descritos durante la continuación del Addendum, sujetos a las disposiciones manifestadas en el mismo. Sin embargo, la cobertura se extenderá solamente a aquellos beneficios estipulados en la Fecha Efectiva del Addendum según las Condiciones Particulares. Cualquier beneficio por el cual no aparezca cantidad alguna en las Condiciones Particulares no estará en vigor en la fecha efectiva del Addendum.

**Cláusula 2 COBERTURA DE SEGURO**

De acuerdo con las condiciones de la Cláusula 9 de las Condiciones Generales, la cobertura de seguro aplicable a cada Empleado asegurado se indicará en Condiciones Particulares de este Addendum.

El rango de edad de contratación para la cobertura de Asistencia Médica y Suplementario Médico Mayor se define de la siguiente manera:

Para el Asegurado Titular: Desde los dieciocho (18) años de edad; sin embargo nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula 24. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD de las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Vida. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y en caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de conformidad con la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la continuidad de la cobertura.

El rango de edad para el otorgamiento de la cobertura se define de la siguiente manera:

Para el Asegurado Titular: Desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.

Para el Asegurado Dependiente:

Cónyuge: Desde los dieciocho (18) años de edad



Hijos: Desde los catorce (14) días de nacido y hasta antes de cumplir los diecinueve (19) años de edad. Se puede extender hasta cumplir los veinticinco (25) años por razón de estudios, siempre que los realice a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada por las autoridades de educación, debiendo mostrar un reporte a la compañía sobre el curso de sus estudios.

### **BENEFICIOS POR RECLUSIÓN HOSPITALARIA**

En todos los casos en que se amerite una atención Médico - Hospitalaria, el asegurado y/o dependiente elegible deberá contar con una Pre-Autorización de la Compañía de Seguros.

Dicha Pre-Autorización será obtenida a través del personal técnico del área de reclamos o gerencia de la empresa; para ello la Compañía de Seguros contará con la asesoría de su Comité Médico Asesor.

Posterior a dicha Pre-Autorización, se procederá a hacer la asignación de coberturas mediante notificación escrita a las partes interesadas.

De no cumplirse este requisito, el reembolso de los cargos generados por dicha atención será reducido al co-aseguro indicado en la Póliza, en las Condiciones Particulares del Addendum respectivo hasta el monto de los gastos razonables y acostumbrados vigentes en la fecha en que dichos cargos hayan sido incurridos.

**En los casos de Pólizas con Cobertura Local solamente, la Reclusión Hospitalaria o Servicios Médicos ambulatorios fuera del País de Residencia no aplicará para cirugías o tratamientos programados. Únicamente se cubrirán reclamos por Urgencia comprobada y Accidentes y lo pagadero en ningún caso excederá los beneficios negociados.**

### **ATENCIONES EN EL CUARTO O SALA DE URGENCIA PARA POLIZAS CON COBERTURA LOCAL:**

El procedimiento antes indicado no será requerido en los casos en que a consecuencia de una lesión corporal accidental o enfermedad, un asegurado se vea obligado a recibir tratamiento médico-hospitalario en el Cuarto de Urgencia de un "Hospital" fuera de su país de residencia por razón de viaje de negocios, estudios, vacaciones, etc.; esta atención estará sujeta a las tarifas negociadas en el país de residencia y con los Proveedores Preferidos, según se define en la Cláusula 3 siguiente. Sin embargo, en los casos en que se amerite una reclusión hospitalaria derivada de dicha condición la Compañía de Seguros deberá ser notificada de dicha reclusión dentro de las primeras 48 horas de atención. Para todos los efectos se entiende que el País de Residencia es el que se define en las Condiciones Particulares, e igualmente el reembolso no excederá las tarifas negociadas con los Proveedores Preferidos, según se define en la Cláusula 3 siguiente.

### Cláusula 3 DEFINICIONES

**Asegurado:** se refiere a:

1. Un Empleado que está asegurado bajo los términos y condiciones de este Addendum; y
2. Un Dependiente asegurado, si los Dependientes de tales Empleados son elegibles bajo los términos de este Addendum.

**Elegibilidad de un Asegurado:**

El Empleado tiene que mostrar prueba satisfactoria de buena salud a la Compañía de Seguros, en el evento de solicitar ser incluido en el seguro después del fin del período de 31 días, inmediatamente siguiente al primer día en que es elegible y se encuentre trabajando activamente a tiempo completo o, si la solicitud es hecha después, previa terminación del seguro por falta de hacer alguna contribución requerida.

**Terminación del Seguro del Empleado:**

El seguro de un Empleado Asegurado bajo este Addendum terminará automáticamente:

- (1) si se termina este Addendum, o
- (2) si el Empleado deja de hacer cuando venza, algún pago de prima requerida.(3) si el Beneficio Suplementario Médico Mayor es agotado.

**Médico** significa un doctor en medicina establecido legalmente para practicar la medicina y calificado para rendir el tratamiento estipulado.

**Razonables y Acostumbrados** quiere decir un cargo por atención médica el cual se considera razonable y acostumbrado, que no exceda el nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad donde el cargo por la atención médica es incurrido, cuando se compara con suministros o tratamientos iguales, servicios o abastecimientos a individuos del mismo sexo y edad, por lesión o enfermedad similar.

**Incapacidad** significa lesión corporal o enfermedad que necesita tratamiento médico por un médico autorizado. Todas las lesiones corporales sufridas en cualquier accidente, serán consideradas una incapacidad, todos los desórdenes corporales que existan simultáneamente los cuales sean debidos a la misma o a causas relacionadas, serán considerados una incapacidad. Si una incapacidad es debida a la misma causa relacionada a una incapacidad anterior (incluyendo las complicaciones derivadas), esta incapacidad será considerada una continuación de la incapacidad anterior y no una incapacidad nueva o separada.

Una nueva incapacidad se establece después que ha transcurrido un periodo de 180 días siguientes al día en el cual el último gasto fue incurrido.

**Hospital** significa únicamente una institución autorizada como hospital, y operada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, cuya institución proporciona asistencia de enfermeras las 24 horas, y tiene facilidades tanto para diagnóstico como para cirugía mayor, excepto en el caso de un hospital dedicado especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas. El término "hospital" no se interpretará como que incluye a un hotel, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, lugar para vigilancia, asilo para ancianos, o un lugar usado principalmente para la reclusión o tratamiento de adictos a drogas o alcohólicos.

**Reclusión en un Hospital** significa una persona que está registrada como paciente en un hospital (según se define anteriormente) e incurre en un gasto diario de cuarto y comida.

**Operación Quirúrgica** significa únicamente lo siguiente: (1) una operación incisiva; (2) sutura de una herida; (3) tratamiento de una fractura; (4) sujeción de una dislocación; (5) radioterapia (excluyendo isótopo de terapia radioactiva) si es usado en lugar de una operación incisiva para la remoción de un tumor; (6) electrocauterización; (7) diagnóstico y procedimientos terapéuticos endoscópicos; (8) tratamiento de inyecciones para las hemorroides y venas varicosas.

**Hospital Participante o Médico Participante** significa un hospital, o médico aprobado por la Compañía de Seguros, para proporcionar un tratamiento por el cual un beneficio puede ser pagado bajo este Addendum.

**Cobertura Neonatal** este beneficio aplica para las Pólizas que tengan incluido este beneficio en las Condiciones Particulares.

Se define como la atención brindada al recién nacido en estado crítico e inestable que requiere reclusión hospitalaria desde el momento de su nacimiento.

Las condiciones a ser consideradas son:

- Taquipnea del Recién Nacido
- Niños Prematuros de 37 semanas o menos
- Niños Post- término de 42 semanas o más
- Condiciones Congénitas
- Bajo Peso (5 libras o menos.)

En el evento de presentarse una condición no definida arriba, la Compañía evaluará el caso con el Comité Médico Asesor.

**Gastos elegibles** es definido como los gastos incurridos por un Asegurado, que son razonables y necesarios para la atención médica y los servicios administrativos por, u ordenados por un médico autorizado para practicar la medicina.

**Proveedor Preferido, Proveedor de Red o PPO** se refiere al proveedor de servicios auxiliares de servicios médicos que forma parte de un listado de proveedores preferenciales de la Compañía de Seguros a los que el asegurado tiene acceso, sin que esta lista de proveedores

se entienda como limitante del derecho del asegurado de elegir cualquier proveedor de servicios, independientemente de si es parte de dicho listado.

#### **Cláusula 4 COBERTURA DE DEPENDIENTES**

El término **Dependiente** se referirá únicamente a:

1. El esposo o la esposa legal de un Empleado (excluyendo aquellos legalmente separados), o la persona que conviva con un Empleado en una condición reconocida de marido y mujer, que esté registrada como tal en los archivos del Patrono; y
2. Los hijos solteros de un Empleado, hijastros e hijos legalmente adoptados, que están dentro de los límites de edad indicados en las Condiciones Particulares de este Addendum, que vivan en el hogar del Empleado y tengan la misma residencia permanente del Empleado, o ausentes de allí únicamente para asistir a un colegio o universidad acreditada por las autoridades de educación dentro del territorio costarricense. Dichos hijos deben depender del Empleado para su sostenimiento y estar registrados como Dependientes en los archivos del Patrono.

En caso que el límite de edad indicado en la sección Elegibilidad de Dependientes de las Condiciones Particulares de este Addendum, sea más de diecinueve (19) años, dichos hijos mayores de diecinueve (19) años de edad, sólo serán elegibles si tienen la misma residencia permanente que el Empleado, y son estudiantes a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada por las autoridades de educación, debiendo mostrar un reporte a la compañía sobre el curso de sus estudios.

Si alguna persona definida como Dependiente, es también elegible para participar como Empleado bajo este Addendum, dicha persona no será elegible como Dependiente bajo el presente. Cuando ambos, esposo y esposa que vivan bajo el mismo techo estén asegurados como Empleados, los hijos serán elegibles solamente como Dependientes del esposo.

#### **Elegibilidad de Dependientes**

Cualquier Empleado que tenga Dependientes será elegible para esta cobertura, en la fecha en que el Empleado es asegurado bajo este Addendum, o en el día en que el Empleado por primera vez adquiere dicho Dependiente, cualquiera que sea posterior.

A. Cuando las Condiciones Particulares de este Addendum estipulen que el seguro es no-contributivo, los Dependientes serán asegurados como sigue:



1. Si el Empleado tiene uno o más Dependientes en la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Addendum, el seguro para dichos Dependientes será efectivo en esa fecha.
2. Si el Empleado adquiere uno o más Dependientes después de la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Addendum, dichos dependientes serán asegurados automáticamente.

B. Cuando las Condiciones Particulares de este Addendum estipulen que el seguro es contributivo, el seguro para los Dependientes de un Empleado que solicite por escrito al Contratante seguro para dichos Dependientes, en un modelo aprobado por la Compañía de Seguros y que acuerde hacer la requerida contribución, será efectivo como sigue:

1. Si el Empleado tiene uno o más Dependientes en la fecha de su seguro como Empleado bajo este Addendum, el seguro para dichos dependientes será efectivo en esa fecha.
2. Si el Empleado adquiere uno o más Dependientes, después de la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Addendum, tales Dependientes serán asegurados en la fecha en que él hace la solicitud por escrito y el pago de cualquier aumento en el pago de primas requeridas; debido a un cambio resultante en la categoría de inscripción.

#### **Terminación del Seguro de Dependientes**

**El seguro de un Dependiente bajo este Addendum terminará automáticamente,**

- (1) si se termina el seguro del Empleado como Asegurado bajo este Addendum,**
- (2) si el Dependiente asegurado cesa de ser elegible como Dependiente,**
- (3) si se termina este Addendum,**
- (4) si el Empleado deja de hacer, cuando venza, algún pago de prima requerida,**
- (5) si el Beneficio Suplementario Médico Mayor es agotado.**

#### **Cláusula 5 EXTENSIÓN DE BENEFICIOS POR RECLUSIÓN HOSPITALARIA**

No obstante las disposiciones de la Cláusula 11 de las Condiciones Generales y la Cláusula 3 de este Addendum, los beneficios bajo el presente Addendum continuarán siendo pagaderos, siempre que este Addendum esté todavía en vigor al momento en que dichos gastos de hospital fueren incurridos y que tengan referencia con una incapacidad la cual dé por resultado

una reclusión en un hospital por el tiempo que dure dicha reclusión, sin exceder un período máximo de 30 días posterior a la fecha de terminación del seguro del individuo.

## **Cláusula 6 EXCLUSIONES**

**Este Addendum no asegura y no se pagarán beneficios por, o causa de:**

- 1. Procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, ortopédicos o de cualquier tipo u origen, así como medicamentos cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento, crecimiento, control de peso, calvicie o de uso cosmético en general, (acné de cualquier tipo y las hormonas de crecimiento). Se exceptúa de esta exclusión la cirugía cosmética a consecuencia de un accidente que ocurra mientras el Asegurado esté cubierto bajo el Addendum.**
- 2. Tratamientos médicos como consecuencia de curas de reposo y trastornos del sueño, polisomnografías, gastos de sanatorios o clínicas y lesiones debidas a estados de trastornos mentales derivadas lesiones voluntariamente auto-inflingidas, suicidio o intento de suicidio estando o no en uso de sus facultades mentales. Consultas, terapias y tratamientos de psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional o cualesquiera tratamiento encaminado a corregir trastornos de aprendizaje, déficit atencional o trastornos de la conducta.**
- 3. Exámenes médicos generales que incluyan consultas con o sin hospitalización, exámenes de laboratorio, rayos X, medicamentos, radiografías, fisioterapia, radium o isótopos, que sean de carácter preventivo, exceptuando lo establecido en la Póliza y sus Anexos. Aquellos tratamientos que no tengan la finalidad de tratar condiciones de enfermedad o lesión.**
- 4. Exámenes dentales, extracciones, calzas, cuidados dentales, tratamientos odontológicos de toda índole, incluyendo prótesis dental, excepto la extracción de molares impactadas o muelas del juicio, y el tratamiento de la pieza natural lesionada en caso de un accidente externo violento dentro de los primeros 180 días de haber ocurrido dicho accidente. No se amparará cirugía maxilofacial de cualquier origen funcional, estético o congénito, o de cualquier naturaleza médica odontológica.**

5. La corrección por medio de tratamiento médico o quirúrgico de los defectos de refracción visual (eximer laser), o suministro de anteojos, lentes de contacto, o audífonos.
6. El tratamiento de alcoholismo o de adicción a drogas, al igual que las lesiones causadas por las mismas. Las lesiones o enfermedades debido a la ingestión de drogas somníferas, barbitúricos, alucinógenos o por estado de embriaguez.
7. Cualquier enfermedad sobrevenida por o durante participación o insurrección, revolución, huelga, asonada, motín, conmoción civil, guerra declarada o no, competencias de velocidad o deportes peligrosos, actividades ilícitas, prestación de servicio militar, riña originada por el asegurado y lesiones tardías o inmediatas por fisión o fusión nuclear.
8. Pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamiento de alergias, excepto los ocasionados por intoxicación alimenticia, reacciones alérgicas severas, drogas prescritas o crisis asmáticas severas.
9. Métodos de planificación familiar y sus consecuencias, así como el diagnóstico general o por laparoscopia para tratamientos de esterilidad y fertilización, inseminación artificial, impotencia y/o frigidez, así como amniocentesis cuando la Cobertura de maternidad no sea considerada como cualquier otra enfermedad en las Condiciones Particulares.
10. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y/o sus complicaciones.
11. Septorrinoplastias, xantomas o xantelesmas, gigantomastias, asimetrías post reconstrucción mamaria, corrección de ptosis parpebrales, keratosis seborreica en cualquier localización.
12. Procedimientos no reconocidos o aceptados científicamente, procedimientos nuevos considerados experimentales, investigativos, así como medicina natural, deportiva o música terapia.
13. Aparatos ortopédicos mecánicos o bioeléctricos de cualquier clase, excepto lo descrito como beneficio dentro de la póliza.
14. Tratamiento de cualquier incapacidad que se hubiera originado antes de la fecha efectiva de vigencia de la cobertura del asegurado. Esta exclusión no será aplicable después del período de días de cobertura especificado en las Condiciones Particulares sin que se hayan incurrido

**en gastos médicos por esta incapacidad. De incurrir en gastos médicos por esta incapacidad se extenderá la preexistencia por el mismo número de días especificado en las Condiciones Particulares a partir de la fecha del gasto.**

**15. Vacunas o medicamentos no alopáticos, a excepción de beneficios detallado en la Póliza.**

**16. Recargo de anestesiólogos, asistente quirúrgico salvo en las cirugías que así lo exigen y sean pre autorizados por la Compañía aseguradora.**

**17. Cualquier lesión producto de actos o siniestros causados por culpa o negligencia del Asegurado.**

**18. Todo lo que no esté descrito como beneficio en la póliza.**

Cualquier modificación a lo estipulado bajo la Cláusula 6 Exclusiones, estará sujeto a los acuerdos establecidos a través de las Condiciones Particulares del Contrato Póliza.

#### **Cláusula 7 DUPLICIDAD DE COBERTURA**

Los beneficios de este Addendum no se duplicarán con los beneficios de cualquier otro plan colectivo o plan establecido, para el cual un Asegurado pueda ser elegible.

Si un asegurado o dependiente, elegible para recibir beneficios bajo esta Póliza, también resulta elegible para recibir beneficios bajo cualquier otro Plan (según se define posteriormente) que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos necesarios, razonables y acostumbrados para el tratamiento de una enfermedad o lesión, la suma de los beneficios pagaderos por esta Póliza y por cualquier otro Plan serán coordinada, de manera que el total pagado no sobrepase el 100% de los gastos elegibles en la Póliza hasta el Razonable y Acostumbrado.

En ningún caso, la cantidad de beneficios pagaderos por esta Póliza, podrá exceder la cantidad máximo estipulada para ese beneficio.

El término "Plan" se refiere a cualquier programa que proporcione beneficios o servicios por o para el cuidado o tratamiento dental, médico u hospitalario, cuyos beneficios o servicios sean brindados bajo: a) cobertura de seguro colectivo, comprensivo o con franquicia, b) Blue Cross, Blue Shield, y otras coberturas proporcionadas en base colectiva, c) cualquier cobertura otorgada bajo planes de protección sindicales, planes de beneficios de organización laboral o cualquier otro convenio de beneficios para los miembros de un grupo, y d) cualquier cobertura proporcionada por programas gubernamentales y cualquier cobertura requerida y otorgada por cualquier legislación.

## **Cláusula 8 CALCULO DE PRIMAS**

La prima pagadera por los beneficios proporcionados por este Addendum se determinará multiplicando el número de unidades en cada tipo de enrolamiento por el tipo de prima apropiado según indica en la sección Cálculo de Primas de las Condiciones Particulares de este Addendum.

## **Cláusula 9 BENEFICIOS POR RECLUSIÓN HOSPITALARIA**

### **A. GASTOS POR RECLUSIÓN HOSPITALARIA POR INCAPACIDAD**

Si un Asegurado incurre en gastos a consecuencia de una incapacidad con respecto a su reclusión en un hospital, la Compañía de Seguros pagará los beneficios descritos a continuación:

#### **1. CUARTO Y ALIMENTACIÓN DIARIO**

El gasto incurrido por el Asegurado por los cargos regulares y acostumbrados, hechos por el hospital por cuarto, comida y atención general de enfermeros, suministrados durante su reclusión en el hospital, pero sin exceder el beneficio máximo diario por cada día de reclusión y la cantidad máxima durante cualquier incapacidad, según se indican ambos en las Condiciones Particulares de este Addendum.

#### **2. SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS**

En el caso de que, durante una reclusión hospitalaria, el médico de cabecera de un asegurado prescriba la reclusión de dicho asegurado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital (según se define después), entonces, con respecto a cada día de reclusión en dicha Unidad de Cuidados Intensivos, en lugar de cualquier beneficio pagadero bajo la Sección "Beneficios de Reclusión Hospitalaria", se pagará un Beneficio por Reclusión en la Unidad de Cuidados Intensivos, que no excederá la cantidad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.

A los fines de esta Cláusula, la "Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital", se referirá solamente a una sección, sala o ala del Hospital, la cual se distingue de otras dependencias del Hospital debido a:

- 1) Que opera únicamente al efecto de brindar alojamiento y cuidado profesional y tratamiento a pacientes críticamente enfermos, incluyendo observación constante y cuidado por una enfermera graduada registrada u otro personal hospitalario altamente entrenado, y
- 2) Que tiene servicios especiales, equipos y suministros necesarios para ese cuidado y tratamiento, accesible para su uso inmediato, si fuese necesario.

3) La Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital no deberá incluir ninguna dependencia hospitalaria mantenida con el propósito de brindar tratamiento o servicio de recuperación normal postoperatorio.

## **B. SERVICIOS ESPECIALES DE HOSPITAL**

El gasto incurrido por el Asegurado, por los cargos razonables y acostumbrados, hechos por el hospital por:

1. servicios o abastecimientos suministrados al Asegurado para su uso durante su reclusión en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma sanguíneo;
2. anestésicos y su administración por un empleado del hospital; pero sin exceder el máximo de servicios de hospital durante cualquier incapacidad según se indica en las Condiciones Particulares de este Addendum.

No se pagarán beneficios por los cargos hechos por enfermeras particulares, cuarto y comida, técnicos y médicos no empleados regularmente por el hospital, bajo los servicios especiales de hospital.

## **Cláusula 10 ATENCIÓN DE URGENCIA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD DETALLADA**

- A. Si a consecuencia de una lesión corporal accidental un asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el cuarto de urgencia de un hospital, la Compañía de Seguros pagará al 100% los cargos razonables y acostumbrados por tales servicios, sin exceder el máximo durante cualquier incapacidad según se indica en las Condiciones Particulares de este Addendum.
- B. Si a consecuencia de una enfermedad detallada tales como: Convulsiones, hemorragias, enfermedades agudas del sistema circulatorio (angina, infarto, crisis hipertensiva, ataque al corazón) y del sistema respiratorio (bronquitis aguda, neumonía, neumotorax, crisis asmática), gastrointestinal (gastroenteritis, sangramientos, hemorragias, víscera perforada, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal), deshidratación severa, desmayo, intoxicación severa, reacción alérgica severa, shock anafilático, edema angioneurótico, reacción a medicamentos, cólico renal, hematuria, retención urinaria, falla renal aguda o cualquier otra enfermedad que previamente la Compañía de Seguros indique, un Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el cuarto de urgencia de un hospital, el Asegurado deberá efectuar un co-pago de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares, directamente a la clínica u hospital antes de recibir la atención médica, sin exceder el máximo durante cualquier incapacidad según se indica en las Condiciones Particulares de este Addendum.

## **Cláusula 11 BENEFICIOS PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

Si un Asegurado incurre en gastos por una operación quirúrgica, a consecuencia de una incapacidad, la Compañía de Seguros pagará, sujeto a las Condiciones Particulares de este Addendum, sujeto a las siguientes disposiciones:

1. El pago no excederá el valor calculado por ese procedimiento, ni excederá la cantidad realmente cargada al Asegurado.
2. Cuando procedimientos quirúrgicos dobles o múltiples que añaden complejidad o tiempo significativo al cuidado del paciente sean ejecutados en la misma sesión operatoria, el pago será la cantidad pagadera por el procedimiento mayor, más 50% del valor por el segundo procedimiento, y 25% del valor por el tercer procedimiento, excepto que, si el procedimiento combinado es especificado de otra manera, ese valor será pagadero.
3. Cuando un procedimiento incidental sea practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operativo, el pago será únicamente por el procedimiento mayor, excepto si se especifica de otra manera.
4. El porcentaje o unidad de valor cotizado en la Tabla denominada Relative Values for Physicians ("Valores Relativos para Médicos"), incluirá la consulta normal pre-operatoria, investigación y preparación del Asegurado, el procedimiento operatorio, el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano mientras el Asegurado está en el hospital, y el cuidado de convalecencia siguiente a la salida del hospital.
5. Cuando una operación quirúrgica no esté cotizada en la Tabla denominada Relative Values for Physicians ("Valores Relativos para Médicos"), la Compañía de Seguros determinará el pago, basado en un procedimiento que requiera tiempo y habilidad quirúrgica similares.
6. Cuando se establezca a satisfacción de la Compañía de Seguros, que la pericia de dos cirujanos se requiere en la administración de una operación quirúrgica específica, la cantidad pagadera puede ser aumentada hasta un 25% más del porcentaje fijado o valor y prorrateo, con el acuerdo de los cirujanos, en relación a la responsabilidad y el trabajo ejecutado.
7. El pago por todas las operaciones quirúrgicas practicadas durante cualquier incapacidad, no excederá el máximo quirúrgico por incapacidad según se indica en las Condiciones Particulares de este Addendum.
8. En los casos de Intervenciones Quirúrgicas Programadas "No Urgentes" el Asegurado deberá solicitar una Pre Autorización a la Compañía de Seguros.

Cirugías sustentadas con la Pre-Autorización serán cubiertas de acuerdo al beneficio descrito en las Condiciones Particulares de este Addendum.

Cirugías sin la Pre-Autorización serán cubiertas de acuerdo al beneficio descrito en las Condiciones Particulares de este Addendum.



#### 9. Forma de Procesar Honorarios Quirúrgicos para Pólizas con beneficio de Asistencia Médica:

Método de Cálculo CRVS: multiplicando la unidad de valor especificada en las Condiciones Particulares de este Addendum por el Factor de Conversión Quirúrgico en la Tabla de Valores Relativos vigente y de acuerdo a la última actualización de los procedimientos quirúrgicos hecha por la Compañía de Seguros.

#### **Cláusula 12 HONORARIOS DEL ANESTESIÓLOGO**

Si un Asegurado, a consecuencia de una incapacidad, incurre en gastos por una operación quirúrgica que requiera anestesia general, o para un examen bajo anestesia general, la Compañía de Seguros pagará, sujeto a las condiciones de este Addendum, por los servicios de anestesia, una cantidad calculada aplicando el Porcentaje de Conversión de Anestesia a la cantidad de beneficio quirúrgico, según se indica en las Condiciones Particulares de este Addendum, pagadera de acuerdo con la sección anterior, sujeta a las siguientes disposiciones:

El pago no excederá el valor calculado para ese procedimiento, ni excederá la cantidad realmente cargada al Asegurado.

La cantidad determinada para anestesia incluirá las visitas pre y post operatorias, la administración de la anestesia, y la administración de líquidos y/o sangre inherente a la anestesia o cirugía.

El valor calculado solo será pagadero cuando la anestesia sea administrada personalmente por un médico, que permanece en presencia constante durante el procedimiento, con el solo fin de prestar los servicios de anestesia.

El pago por los servicios de anestesia proporcionados durante cualquier incapacidad, no excederá el producto del Porcentaje de Conversión de Anestesia y el máximo quirúrgico por incapacidad según se indican ambos en las Condiciones Particulares de este Addendum.

#### **Cláusula 13 BENEFICIO DE MATERNIDAD**

Si un Asegurado incurre en gastos de médico y hospital, a consecuencia de embarazo con respecto a parto, mal parto o aborto legal, la Compañía de Seguros reembolsará tales gastos hasta el máximo del Razonable y Acostumbrado, sujeto a las siguientes disposiciones:

1. Se pagarán cargos de hospital incluyendo cuidado general de enfermeras, y cuidado del bebé mientras la madre está recluida en el hospital;
2. Se pagarán cargos hechos por un médico o comadrona registrada, para partos y atenciones pre y post-natales.
3. Este beneficio es pagadero sólo una vez por embarazo.

4. Las complicaciones durante el embarazo serán cubiertas solamente cuando el beneficio de maternidad este definido como cualquier otra enfermedad en las Condiciones Particulares.
5. Las esposas dependientes de empleados gozarán de los beneficios de maternidad solamente si están enroladas en categoría de dos o más dependientes; también gozarán de los beneficios las empleadas solteras que estén aseguradas bajo este Addendum.
6. Sólo se harán reembolsos a la empleada, o esposa dependiente a causa de embarazos los cuales tuvieron su comienzo en el período indicado bajo las Notas de Importancia del Addendum de Asistencia Médica y Suplementario Médico Mayor.
7. En el caso de terminación de empleo de empleadas aseguradas, la cobertura por gastos de maternidad los cuales tuvieron su comienzo antes de dicha terminación, será continuada sin más pago de prima, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente.
8. Después que la cobertura de la Póliza termina, no se pagan beneficios a las esposas dependientes aseguradas.

#### **Cláusula 14 VISITAS MÉDICAS EN EL HOSPITAL**

Si un Asegurado, mientras está recluso en un hospital, a causa de una incapacidad, incurre en gastos por atención facultativa y tratamiento por un médico, por otras causas que no sean embarazo, la Compañía de Seguros reembolsará tal gasto hasta la cantidad máxima por visita y por incapacidad indicada en las Condiciones Particulares de este Addendum, sujeto a las siguientes condiciones:

- 1. No se pagarán beneficios por los servicios de un cirujano, o anestesista, si éstos están amparados bajo el Beneficio para Procedimiento Quirúrgico antes descrito; ni por visitas a ningún médico en, o después del día en que se practica una operación.**
2. El pago se hará nada más que por una visita, un día cualquiera, y ésta no excederá la cantidad realmente cargada.

#### **Cláusula 15 OTROS BENEFICIOS MÉDICOS**

Si un Asegurado, a causa de una incapacidad, incurre en gastos por atención facultativa y tratamiento por un médico por otras causas que no sean embarazo, la Compañía de Seguros reembolsará tal gasto hasta la cantidad máxima por visita, y por incapacidad, indicada en las Condiciones Particulares de este Addendum, sujeto a las siguientes disposiciones:

“Consultas de Especialistas” es la atención facultativa y consulta por un especialista competente, según lo requiera el caso.

**LIMITACIONES:**

**No se pagarán más de cinco consultas a especialistas por un mismo diagnóstico, durante el periodo de una incapacidad (180 días) tal y como se definió anteriormente este término. Ver Cláusula de Definiciones.**

**El máximo por incapacidad mostrado en las Condiciones Particulares de este Addendum, aplica a la suma de todos los pagos por visitas en la consulta de un especialista**

**Cláusula 16 BENEFICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS X PARA DIAGNOSTICO**

Si un Asegurado incurre en gastos a causa de una incapacidad, por exámenes de Rayos X y para diagnóstico, o pruebas de laboratorios, o microscópicas, o análisis, por otras causas que no sean embarazo, la Compañía de Seguros reembolsará tales gastos en exceso del deducible y hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares de este Addendum, siempre que dichos exámenes sean hechos u ordenados por un médico. El deducible y máximo, aplicarán a cada incapacidad.

**No se pagarán beneficios bajo esta Cláusula por Rayos X terapéuticos (Radioterapia y/o Quimioterapia).**

**Cláusula 17 BENEFICIOS DE TRANSPORTE**

Si un asegurado, a causa de lesión corporal o enfermedad, necesariamente incurre en gastos de transporte local por una ambulancia autorizada, para el tratamiento médico debido a que las facilidades requeridas no son obtenibles en el lugar en el que se contrajo la lesión o enfermedad, hacia el lugar más cercano adonde tales facilidades existen, la Compañía de Seguros reembolsará hasta el máximo por incapacidad mostrado en las Condiciones Particulares, siempre que dicho transporte y atención sean recomendadas por el médico de cabecera.

**Cláusula 18 BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS MÉDICOS MAYORES**

Si, como resultado de una incapacidad, un Asegurado ha incurrido en "Gastos Elegibles", la Compañía de Seguros reembolsará el porcentaje de coaseguro de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares de este Addendum, luego de cubierto el deducible. El deducible debe ser acumulado dentro de un período de doce (12) meses consecutivos durante cada año calendario hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares de este Addendum respecto a cada individuo.

A. El "Beneficio Máximo" es la cantidad total que será pagada bajo esta cláusula con respecto a un Asegurado. Si un Asegurado ha recibido al menos el 75%, el Beneficio Máximo entero puede ser restablecido al suministrar el Asegurado evidencia satisfactoria de buena salud.

Si dicha evidencia es suministrada, el Beneficio Máximo será restablecido el día primero del mes calendario siguiente a la fecha que la Compañía de Seguros determine que la evidencia es satisfactoria.

- B. El término "Gastos Elegibles" es definido como los gastos reales incurridos por un Asegurado, que son razonables y necesarios para la atención médica, y los servicios administrativos por, u ordenados por un médico autorizado para practicar la medicina. Tales gastos no incluirán cantidad alguna reembolsada bajo cualquier otra cláusula en este Addendum, e incluirán:

Beneficios Diarios según se definen en los Beneficios de Reclusión Hospitalaria hasta la cantidad máxima diaria indicada en las Condiciones Particulares mientras los beneficios sean pagados bajo la cobertura de Cuarto y Alimentación Diario, y hasta la cantidad máxima diaria indicada en los Beneficios Suplementarios Médicos Mayores después de alcanzar el Máximo por Incapacidad de la cobertura de Cuarto y Alimentación Diario.

Los demás servicios y suministros de Hospital para la atención médica en el Hospital.

Anestésicos y su administración.

Servicios de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local.

Servicios médicos para cirugía y otras atenciones médicas, excluyendo los servicios dentales, a menos que sea para el tratamiento seguidamente descrito.

Servicios dentales para cirugía prestados por un médico, dentista o cirujano dental para el tratamiento de lesiones accidentales a los dientes naturales a través de medios externos violentos, dentro de los seis meses del accidente (el tratamiento incluye el reemplazo de dichos dientes naturales dentro de dicho período).

Servicio privado de enfermera profesional de guardia, prestado por una enfermera graduada, colegiada, que no sea de la familia o resida en casa del Asegurado.

Tratamiento psiquiátrico hasta un máximo de 20 consultas por año calendario y un beneficio máximo de acuerdo a lo descrito en las Condiciones Particulares por tratamiento.

Los demás servicios y suministros siguientes:

- a. Tratamiento de Rayos X, radios y otras sustancias radioactivas;
- b. Drogas y medicinas dispensadas por un farmacéutico autorizado;
- c. Vendajes quirúrgicos;
- d. Miembros y ojos artificiales cuando sean necesitados por lesiones corporales accidentales o enfermedades ocurridas mientras está cubierto bajo este Addendum;
- e. Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas;
- f. Alquiler de silla de ruedas, cama de hospital o pulmón de hierro.

## **Cláusula 19 ESQUEMA DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

La cobertura de gastos médicos consta de dos partes, a saber, Asistencia Médica y Suplementario Médico Mayor.

En la cobertura de Asistencia Médica, los reembolsos serán al 100%, sin acumulación de deducible o pago de coaseguro hasta los montos indicados en las condiciones particulares y aplicando montos razonables y acostumbrados.

En la cobertura Suplementario Médico Mayor, se aplican tanto deducibles como coaseguros.

Se define deducible como el monto fijo anual, estipulado en las condiciones particulares, que corre por cuenta del Asegurado.

Se define coaseguro como el porcentaje de participación del Asegurado y de la Compañía de Seguros en el gasto médico incurrido, montos que se aplican una vez superado el deducible que corre por cuenta del Asegurado.

La secuencia en la que se aplicará el deducible y el coaseguro, en combinación con la suma asegurada, al momento de pagar el siniestro sería de la siguiente manera:

1. Antes que la compañía de seguros reembolse el coaseguro, el asegurado deberá acumular el deducible anual estipulado en las condiciones particulares.
2. Superado el deducible, correrá por cuenta del Asegurado el pago del porcentaje de coaseguro que le corresponda, el cual también estará estipulado en las condiciones particulares de la póliza.

Cuando existan coberturas ambulatorias denominadas como “Proveedor de Red”, el asegurado pagará solamente el coaseguro correspondiente estipulado en las condiciones particulares, sin acumular el deducible anual.

## **Cláusula 20 VALORACIÓN**

Tomando como base el acuerdo previo con el Contratante sobre los costos razonables y acostumbrados utilizados para las coberturas y servicios del presente Addendum; tanto la Compañía como el Contratante, Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, podrán convenir que se realice una valoración o tasación en caso que haya desacuerdo respecto al monto de la cobertura o del servicio incurrido, o bien, por el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración del desacuerdo será efectuada por un perito especialista en la materia o por dos peritos especialistas que son nombrados uno por cada parte, quienes en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer perito especialista. El dictamen del tercer perito se mantendrá dentro del ámbito de los criterios discrepantes que constan en los informes individuales de los otros dos especialistas. Las

partes pagarán respectivamente los honorarios de sus propios peritos y compartirán en partes iguales los demás gastos para la valoración del desacuerdo y del tercer perito.

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 la cláusula 23 de las Condiciones Generales.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

## ADDENDUM

### COBERTURA DENTAL EMERGENCIA SIN ENDODONCIAS “Odontalgia”

Emitido por

**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.**  
(Denominada aquí la Compañía de Seguros)

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acuerda por este medio que las siguientes condiciones, según se modifican y definen bajo el adjunto Condiciones Particulares del Addendum de Cobertura Dental Emergencia Sin Endodoncias “Odontalgia”, referido aquí como "Condiciones Particulares del Addendum" formarán parte de la Póliza.

#### CLÁUSULA 1 DEFINICIONES.

Para todos los fines y efectos relacionados con esta Cobertura Dental, queda expresamente convenido que se entiende por:

a) **Emergencia Odontológica:**

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este Addendum y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

b) **Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales la Compañía Aseguradora ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

#### CLAUSULA 2 COBERTURAS

La presente Cobertura Dental Adicional Opcional cubre, mediante el pago de una prima adicional, los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una Emergencia Odontológica, Entendiéndose como tal cualesquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en la Cláusula de definiciones de este Addendum.

#### COBERTURA DENTAL ADICIONAL OPCIONAL: EMERGENCIA SIN ENDODONCIAS “ONDONTALGIA”

Los servicios serán los siguientes:

- **EMERGENCIAS:** Tratamiento inicial y medicación en los casos de:





- **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.
- **RADIOGRAFÍAS:** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

### CLÁUSULA 3 EXCLUSIONES

Esta Cobertura no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica:

- a) Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la cláusula de cobertura.
- b) Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este Addendum no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- c) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 Definiciones, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- d) Defectos físicos.
- e) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- f) Radioterapia o quimioterapia.
- g) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en la cláusula de definiciones de este Addendum.

**No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente Addendum, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes podrán otorgar un descuento según el tipo de servicio, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos. La Compañía de Seguros queda exonerada de cualquier responsabilidad civil que surja por la acción u omisión en las atenciones brindada por los odontólogos para los tratamientos o servicios no cubiertos bajo este Addendum.**

#### **CLÁUSULA 4 PREEXISTENCIAS**

La Compañía de Seguros cubrirá las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula de Coberturas, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Addendum.

#### **CLÁUSULA 5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la Red establecida por el Proveedor de Servicios contratado por la Compañía. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios de común acuerdo con la Compañía Aseguradora. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la Red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la Red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía Aseguradora y los Asegurados.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por la Compañía Aseguradora en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los Asegurados.
- e) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención

del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.

- f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- g) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía Aseguradora) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

## **CLÁUSULA 6 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**

En caso de que el Asegurado requiera de los tratamientos amparados por esta Cobertura Dental y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la Red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en esta Cobertura Dental, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables y acostumbrados” incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por el Proveedor de Servicios, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

El Proveedor de Servicios puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por el Proveedor de Servicios de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la Red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Cobertura Dental.

Queda entendido, según los términos de este Addendum, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Costa Rica.

## **CLÁUSULA 7 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO**

- a) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El Asegurado es responsable de someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.
- c) El Asegurado está obligado a entregar todas las facturas requeridas por el Proveedor de Servicios en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos usuales y razonables” a los cuales se hace referencia en la Cláusula de Prestación del Servicio del presente Addendum.

## **CLÁUSULA 8 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD**

La Compañía Aseguradora se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente al Asegurado.

## **CLÁUSULA 9 PLAZO PARA QUEJAS**

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación al Proveedor de Servicios, con copia a la Compañía Aseguradora.

## **CLÁUSULA 10 PRIMA**

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Addendum.

## **CLAUSULA 11 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ADDENDUM**

La presente Cobertura Dental podrá ser terminada por la Compañía o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza, para el presente Addendum aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus Addenda continúan vigentes y sin modificación alguna.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

## ADDENDUM

### COBERTURA DENTAL EMERGENCIA SIN ENDODONCIAS

Emitido por

**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.**  
(Denominada aquí la Compañía de Seguros)

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acuerda por este medio que las siguientes condiciones, según se modifican y definen bajo el adjunto Condiciones Particulares del Addendum de Cobertura Dental Emergencia Sin Endodoncias, referido aquí como "Condiciones Particulares del Addendum" formarán parte de la Póliza.

#### **CLÁUSULA 1 DEFINICIONES.**

Para todos los fines y efectos relacionados con esta Cobertura Dental, queda expresamente convenido que se entiende por:

a) **Emergencia Odontológica:**

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este Addendum y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

b) **Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales la Compañía Aseguradora ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

#### **CLAUSULA 2 COBERTURAS**

La presente Cobertura Dental Adicional Opcional cubre, mediante el pago de una prima adicional, los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una Emergencia Odontológica, Entendiéndose como tal cualesquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en la Cláusula de definiciones de este Addendum.

#### **COBERTURA DENTAL ADICIONAL OPCIONAL: EMERGENCIA SIN ENDODONCIAS**

Los servicios serán los siguientes:



- **MEDICINA BUCAL:** Examen clínico de emergencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del evento de emergencia)
- **PERIODONCIA:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla)
- **RESTAURADORA Y OPERATORIA:** Amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrios ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **CIRUGÍA:** Exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **RADIOGRAFÍAS:** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

### CLÁUSULA 3 EXCLUSIONES

Esta Cobertura no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica:

- a) Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la cláusula de cobertura.
- b) Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este Addendum no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- c) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 Definiciones, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- d) Defectos físicos.
- e) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- f) Radioterapia o quimioterapia.
- g) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en la cláusula de definiciones de este Addendum.



**No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente Addendum, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes podrán otorgar un descuento según el tipo de servicio, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.**

#### **CLÁUSULA 4 PREEXISTENCIAS**

La Compañía de Seguros cubrirá las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula de Coberturas, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Addendum. **La Compañía de Seguros queda exonerada de cualquier responsabilidad civil que surja por la acción u omisión en las atenciones brindada por los odontólogos para los tratamientos o servicios no cubiertos bajo este Addendum.**

#### **CLÁUSULA 5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la Red establecida por el Proveedor de Servicios contratado por la Compañía. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios de común acuerdo con la Compañía Aseguradora. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la Red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la Red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía Aseguradora y los Asegurados.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por la Compañía Aseguradora en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los Asegurados.
- e) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención

del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.

- f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- g) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía Aseguradora) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

## **CLÁUSULA 6 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**

En caso de que el Asegurado requiera de los tratamientos amparados por esta Cobertura Dental y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la Red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en esta Cobertura Dental, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables y acostumbrados” incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por el Proveedor de Servicios, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

El Proveedor de Servicios puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por el Proveedor de Servicios de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la Red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Cobertura Dental.

Queda entendido, según los términos de este Addendum, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Costa Rica.

## **CLÁUSULA 7 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO**

- a) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El Asegurado es responsable de someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.
- c) El Asegurado está obligado a entregar todos las facturas requeridas por el Proveedor de Servicios en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos usuales y razonables” a los cuales se hace referencia en la Cláusula de Prestación del Servicio del presente Addendum.

## **CLÁUSULA 8 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD**

La Compañía Aseguradora se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente al Asegurado.

## **CLÁUSULA 9 PLAZO PARA QUEJAS**

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación al Proveedor de Servicios, con copia a la Compañía Aseguradora.

## **CLÁUSULA 10 PRIMA**

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Addendum.

## **CLAUSULA 11 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ADDENDUM**

La presente Cobertura Dental podrá ser terminada por la Compañía o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza, para el presente Addendum aplicarán las siguientes, de manera automática:



1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus Addenda continúan vigentes y sin modificación alguna.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

## ADDENDUM

### COBERTURA DENTAL EMERGENCIA COMPLETO

Emitido por

**PN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.**  
(Denominada aquí la Compañía de Seguros)

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acuerda por este medio que las siguientes condiciones, según se modifican y definen bajo el adjunto Condiciones Particulares del Addendum de Cobertura Dental Emergencia Completo, referido aquí como "Condiciones Particulares del Addendum" formarán parte de la Póliza.

#### CLÁUSULA 1 DEFINICIONES.

Para todos los fines y efectos relacionados con esta Cobertura Dental, queda expresamente convenido que se entiende por:

**a) Emergencia Odontológica:**

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este Addendum y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

**b) Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales la Compañía Aseguradora ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

#### CLAUSULA 2 COBERTURAS

La presente Cobertura Dental Adicional Opcional cubre, mediante el pago de una prima adicional, los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una Emergencia Odontológica, Entendiéndose como tal cualesquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en la Cláusula de definiciones de este Addendum.

#### COBERTURA DENTAL ADICIONAL OPCIONAL: EMERGENCIA COMPLETO

Los servicios serán los siguientes:

- **EMERGENCIAS:** Tratamiento inicial y medicación en los casos de:



- **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.

También se otorgará cobertura cuando la emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente; en cuyo caso se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las emergencias previamente descritas son los siguientes:

- **MEDICINA BUCAL:** Examen clínico de emergencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del evento de emergencia)
- **PERIODONCIA:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla)
- **RESTAURADORA Y OPERATORIA:** Amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrio ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **ENDODONCIA:** Tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradulares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capielos.
- **CIRUGÍA:** Exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **RADIOGRAFÍAS:** **Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.**

### CLÁUSULA 3 EXCLUSIONES

Esta Cobertura no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica:

- a) Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la cláusula de cobertura.
- b) Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este Addendum no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía.

Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.

- c) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 Definiciones, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- d) Defectos físicos.
- e) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- f) Radioterapia o quimioterapia.
- g) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en la cláusula de definiciones de este Addendum.

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente Addendum, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes podrán otorgar un descuento según el tipo de servicio, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

#### **CLÁUSULA 4 PREEXISTENCIAS**

La Compañía de Seguros cubrirá las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula de Coberturas, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Addendum. **La Compañía de Seguros queda exonerada de cualquier responsabilidad civil que surja por la acción u omisión en las atenciones brindada por los odontólogos para los tratamientos o servicios no cubiertos bajo este Addendum.**

#### **CLÁUSULA 5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la Red establecida por el Proveedor de Servicios contratado por la Compañía. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios de común acuerdo con la Compañía Aseguradora. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o



- por otros Odontólogos diferentes a los de la Red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
  - c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la Red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía Aseguradora y los Asegurados.
  - d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por la Compañía Aseguradora en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los Asegurados.
  - e) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.
  - f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
  - g) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
  - h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía Aseguradora) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

## **CLÁUSULA 6 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**

En caso de que el Asegurado requiera de los tratamientos amparados por esta Cobertura Dental y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la Red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en esta Cobertura Dental, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables y acostumbrados” incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por el Proveedor de Servicios, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

El Proveedor de Servicios puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por el Proveedor de Servicios de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la Red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Cobertura Dental.

Queda entendido, según los términos de este Addendum, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Costa Rica.

#### **CLÁUSULA 7 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO**

- a) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El Asegurado es responsable de someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.
- c) El Asegurado está obligado a entregar todas las facturas requeridas por el Proveedor de Servicios en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos usuales y razonables” a los cuales se hace referencia en la Cláusula de Prestación del Servicio del presente Addendum.

#### **CLÁUSULA 8 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD**

La Compañía Aseguradora se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente al Asegurado.

**CLÁUSULA 9 PLAZO PARA QUEJAS**

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación al Proveedor de Servicios, con copia a la Compañía Aseguradora.

**CLÁUSULA 10 PRIMA**

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Addendum.

**CLAUSULA 11 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ADDENDUM**

La presente Cobertura Dental podrá ser terminada por la Compañía o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza, para el presente Addendum aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus Addenda continúan vigentes y sin modificación alguna.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

## ADDENDUM

### COBERTURA DENTAL EMERGENCIA Y PREVENCIÓN

Emitido por

**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.**  
(Denominada aquí la Compañía de Seguros)

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acuerda por este medio que las siguientes condiciones, según se modifican y definen bajo el adjunto Condiciones Particulares del Addendum de Cobertura Dental Emergencia y Prevención, referido aquí como "Condiciones Particulares del Addendum" formarán parte de la Póliza.

#### CLÁUSULA 1 DEFINICIONES.

Para todos los fines y efectos relacionados con esta Cobertura Dental, queda expresamente convenido que se entiende por:

**a) Emergencia Odontológica:**

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este Addendum y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

**b) Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales la Compañía Aseguradora ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

#### CLAUSULA 2 COBERTURAS

La presente Cobertura Dental Adicional Opcional cubre, mediante el pago de una prima adicional, los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una Emergencia Odontológica, Entendiéndose como tal cualesquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en la Cláusula de definiciones de este Addendum.

#### COBERTURA DENTAL ADICIONAL OPCIONAL: EMERGENCIA Y PREVENCIÓN

Los servicios serán los siguientes:

**1. COBERTURA DE PREVENCIÓN:**

**MEDICINA BUCAL:** examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento) una vez al año.



- **PERIODONCIA:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- **PREVENCIÓN:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor, enseñanza de las técnicas de cepillado e higiene bucal.
- **RADIOGRAFÍAS:** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

## 2. COBERTURA DE EMERGENCIA COMPLETA:

- **EMERGENCIAS:** Tratamiento inicial y medicación en los casos de:
- **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.

También se otorgará cobertura cuando la emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente; en cuyo caso se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las emergencias previamente descritas son los siguientes:

- **MEDICINA BUCAL:** Examen clínico de emergencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del evento de emergencia)
- **PERIODONCIA:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla)
- restauradora y operatoria: amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrio ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **ENDODONCIA:** Tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradulares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capielos.
- **CIRUGÍA:** Exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **RADIOGRAFÍAS:** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

## CLÁUSULA 3 EXCLUSIONES

**Esta Cobertura no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica:**

- a) **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la cláusula de cobertura.**
- b) **Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este Addendum no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.**
- c) **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 Definiciones, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- d) **Defectos físicos.**
- e) **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f) **Radioterapia o quimioterapia.**
- g) **Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en la cláusula de definiciones de este Addendum.**

**No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente Addendum, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes podrán otorgar un descuento según el tipo de servicio, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.**

#### **CLÁUSULA 4 PREEXISTENCIAS**

La Compañía de Seguros cubrirá las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula de Coberturas, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Addendum. **La Compañía de Seguros queda exonerada de cualquier responsabilidad civil que surja por la acción u omisión en las atenciones brindada por los odontólogos para los tratamientos o servicios no cubiertos bajo este Addendum.**

## CLÁUSULA 5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la Red establecida por el Proveedor de Servicios contratado por la Compañía. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios de común acuerdo con la Compañía Aseguradora. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la Red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la Red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía Aseguradora y los Asegurados.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por la Compañía Aseguradora en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los Asegurados.
- e) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.
- f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- g) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía Aseguradora) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.



## **CLÁUSULA 6 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**

En caso de que el Asegurado requiera de los tratamientos amparados por esta Cobertura Dental y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la Red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en esta Cobertura Dental, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables y acostumbrados” incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por el Proveedor de Servicios, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

El Proveedor de Servicios puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por el Proveedor de Servicios de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la Red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Cobertura Dental.

Queda entendido, según los términos de este Addendum, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Costa Rica.

## **CLÁUSULA 7 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO**

- a) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El Asegurado es responsable de someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.
- c) El Asegurado está obligado a entregar todas las facturas requeridas por el Proveedor de Servicios en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos usuales y razonables” a los cuales se hace referencia en la Cláusula de Prestación del Servicio del presente Addendum.

**CLÁUSULA 8 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD**

La Compañía Aseguradora se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente al Asegurado.

**CLÁUSULA 9 PLAZO PARA QUEJAS**

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación al Proveedor de Servicios, con copia a la Compañía Aseguradora.

**CLÁUSULA 10 PRIMA**

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Addendum.

**CLAUSULA 11 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ADDENDUM**

La presente Cobertura Dental podrá ser terminada por la Compañía o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza, para el presente Addendum aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus Addenda continúan vigentes y sin modificación alguna.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.

## ADDENDUM

### COBERTURA DENTAL AMPLIO BÁSICO

Emitido por

**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.**  
(Denominada aquí la Compañía de Seguros)

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acuerda por este medio que las siguientes condiciones, según se modifican y definen bajo el adjunto Condiciones Particulares del Addendum de Cobertura Dental Amplio Básico, referido aquí como "Condiciones Particulares del Addendum" formarán parte de la Póliza.

#### CLÁUSULA 1 DEFINICIONES.

Para todos los fines y efectos relacionados con esta Cobertura Dental, queda expresamente convenido que se entiende por:

**a) Emergencia Odontológica:**

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este Addendum y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

**b) Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales la Compañía Aseguradora ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

#### CLAUSULA 2 COBERTURAS

La presente Cobertura Dental Adicional Opcional cubre, mediante el pago de una prima adicional, los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una Emergencia Odontológica, Entendiéndose como tal cualesquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en la Cláusula de definiciones de este Addendum.

#### COBERTURA DENTAL ADICIONAL OPCIONAL: AMPLIO BÁSICO

Los servicios serán los siguientes:

- **MEDICINA BUCAL:** Examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento).



- **PERIODONCIA:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- **PREVENCIÓN:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- **RESTAURADORA Y OPERATORIA:** Amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrio ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **ENDODONCIA:** Tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradulares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capielos.
- **CIRUGÍA:** Exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **RADIOGRAFÍAS:** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

Para efectos de esta póliza se otorgará cobertura en caso que el asegurado sufra una emergencia odontológica tal como se define la cláusula términos y definiciones de esta cobertura.

- **EMERGENCIAS:** Tratamiento inicial y medicación en los casos de:
- **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.

También se otorgará cobertura cuando la emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente; en cuyo caso se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

- Los tratamientos que se utilizarán para atender las emergencias previamente descritas son los mencionados en la cobertura de prevención.

### CLÁUSULA 3 EXCLUSIONES

**Esta Cobertura no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica:**

- a) **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la cláusula de cobertura.**

- b) **Emergencias quirúrgicas mayores:** originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este Addendum no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- c) **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 Definiciones, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- d) **Defectos físicos.**
- e) **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f) **Radioterapia o quimioterapia.**
- g) **Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en la cláusula de definiciones de este Addendum.**

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente Addendum, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes podrán otorgar un descuento según el tipo de servicio, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

#### **CLÁUSULA 4 PREEXISTENCIAS**

La Compañía de Seguros cubrirá las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula de Coberturas, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Addendum. **La Compañía de Seguros queda exonerada de cualquier responsabilidad civil que surja por la acción u omisión en las atenciones brindada por los odontólogos para los tratamientos o servicios no cubiertos bajo este Addendum.**

#### **CLÁUSULA 5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la Red establecida por el Proveedor de Servicios contratado por la Compañía. El Asegurado podrá escoger el

odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios de común acuerdo con la Compañía Aseguradora. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la Red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los centros autorizados.

- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la Red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía Aseguradora y los Asegurados.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por la Compañía Aseguradora en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los Asegurados.
- e) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.
- f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- g) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía Aseguradora) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

#### **CLÁUSULA 6 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**

En caso de que el Asegurado requiera de los tratamientos amparados por esta Cobertura Dental y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la Red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en esta Cobertura Dental, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables y acostumbrados” incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por el Proveedor de Servicios, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

El Proveedor de Servicios puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por el Proveedor de Servicios de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la Red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Cobertura Dental.

Queda entendido, según los términos de este Addendum, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Costa Rica.

#### **CLÁUSULA 7 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO**

- a) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El Asegurado es responsable de someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.
- c) El Asegurado está obligado a entregar todas las facturas requeridas por el Proveedor de Servicios en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos usuales y razonables” a los cuales se hace referencia en la Cláusula de Prestación del Servicio del presente Addendum.

#### **CLÁUSULA 8 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD**

La Compañía Aseguradora se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente al Asegurado.



**CLÁUSULA 9 PLAZO PARA QUEJAS**

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación al Proveedor de Servicios, con copia a la Compañía Aseguradora.

**CLÁUSULA 10 PRIMA**

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Addendum.

**CLAUSULA 11 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ADDENDUM**

La presente Cobertura Dental podrá ser terminada por la Compañía o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza, para el presente Addendum aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus Addenda continúan vigentes y sin modificación alguna.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.



## ADDENDUM

### COBERTURA DENTAL AMPLIO PLUS

Emitido por

**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.**  
(Denominada aquí la Compañía de Seguros)

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acuerda por este medio que las siguientes condiciones, según se modifican y definen bajo el adjunto Condiciones Particulares del Addendum de Cobertura Dental Amplio Plus, referido aquí como "Condiciones Particulares del Addendum" formarán parte de la Póliza.

#### CLÁUSULA 1 DEFINICIONES.

Para todos los fines y efectos relacionados con esta Cobertura Dental, queda expresamente convenido que se entiende por:

**a) Emergencia Odontológica:**

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este Addendum y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

**b) Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales la Compañía Aseguradora ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

#### CLAUSULA 2 COBERTURAS

La presente Cobertura Dental Adicional Opcional cubre, mediante el pago de una prima adicional, los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una Emergencia Odontológica, Entendiéndose como tal cualesquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en la Cláusula de definiciones de este Addendum.

#### COBERTURA DENTAL ADICIONAL OPCIONAL: AMPLIO PLUS

El presente Addendum cubre los gastos incurridos por el asegurado a consecuencia de un tratamiento odontológico, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas, siempre que se adecuen a la descripción de las siguientes coberturas:



- **MEDICINA BUCAL:** Examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento).
- **PERIODONCIA:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- **PREVENCIÓN:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- **RESTAURADORA Y OPERATORIA:** Amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores, resina fotocuradas en dientes posteriores y vidrio ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **ENDODONCIA:** Tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradulares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capielos.
- **CIRUGÍA:** Exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **RADIOGRAFÍAS:** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

Para efectos de esta póliza se otorgará cobertura en caso que el asegurado sufra una emergencia odontológica tal como se define la cláusula términos y definiciones de esta cobertura.

- **EMERGENCIAS:** Tratamiento inicial y medicación en los casos de:
- **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.

También se otorgará cobertura cuando la emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente; en cuyo caso se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

- Los tratamientos que se utilizarán para atender las emergencias previamente descritas son los mencionados en la cobertura de prevención.

### CLÁUSULA 3 EXCLUSIONES

**Esta Cobertura no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica:**

- a) **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares,**

ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la cláusula de cobertura.

- b) **Emergencias quirúrgicas mayores:** originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este Addendum no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- c) **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 Definiciones, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- d) **Defectos físicos.**
- e) **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f) **Radioterapia o quimioterapia.**
- g) **Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en la cláusula de definiciones de este Addendum.**

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente Addendum, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes podrán otorgar un descuento según el tipo de servicio, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

#### **CLÁUSULA 4 PREEXISTENCIAS**

La Compañía de Seguros cubrirá las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula de Coberturas, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Addendum. **La Compañía de Seguros queda exonerada de cualquier responsabilidad civil que surja por la acción u omisión en las atenciones brindada por los odontólogos para los tratamientos o servicios no cubiertos bajo este Addendum.**

#### **CLÁUSULA 5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la Red establecida por el Proveedor de Servicios contratado por la Compañía. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios de común acuerdo con la Compañía Aseguradora. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la Red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la Red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía Aseguradora y los Asegurados.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por la Compañía Aseguradora en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los Asegurados.
- e) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.
- f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- g) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía Aseguradora) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

#### **CLÁUSULA 6 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**

En caso de que el Asegurado requiera de los tratamientos amparados por esta Cobertura Dental y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la Red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en esta Cobertura Dental, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la

atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables y acostumbrados” incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por el Proveedor de Servicios, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

El Proveedor de Servicios puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por el Proveedor de Servicios de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la Red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Cobertura Dental.

Queda entendido, según los términos de este Addendum, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Costa Rica.

#### **CLÁUSULA 7 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO**

- a) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El Asegurado es responsable de someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.
- c) El Asegurado está obligado a entregar todos las facturas requeridas por el Proveedor de Servicios en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos usuales y razonables” a los cuales se hace referencia en la Cláusula de Prestación del Servicio del presente Addendum.

#### **CLÁUSULA 8 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD**

La Compañía Aseguradora se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente al Asegurado.

**CLÁUSULA 9 PLAZO PARA QUEJAS**

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación al Proveedor de Servicios, con copia a la Compañía Aseguradora.

**CLÁUSULA 10 PRIMA**

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Addendum.

**CLAUSULA 11 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ADDENDUM**

La presente Cobertura Dental podrá ser terminada por la Compañía o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza, para el presente Addendum aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus Addenda continúan vigentes y sin modificación alguna.

---

Fecha

---

Registrador

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.





## **[MODELO DE PROPUESTA DE SEGURO]**

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA Propuesta de Seguro  
Colectivo  
Preparada especialmente para:

***[NOMBRE DEL PROSPECTO]***  
**COSTA RICA**

Propuesta:

***[NOMBRE DEL PRODUCTO]***

Presentado por:

***[VENTA DIRECTA O A TRAVÉS DE INTERMEDIARIO]***

Fecha:

[ ]

VALIDO HASTA: [ ]

***[NOMBRE DEL PROSPECTO]***  
**COSTA RICA**

Propuesta:

***[NOMBRE DEL PRODUCTO]***

## I. SEGURO DE VIDA – [NOMBRE DEL PROSPECTO]

Se establecen los requisitos de “Elegibilidad” [EJEMPLO]:  
**TODO EL PERSONAL TRABAJANDO EN UNA BASE REGULAR PERMANENTE A TIEMPO COMPLETO.**

Se establece el tipo de plan escogido y negociado [EJEMPLO]:  
**PLAN UNICO – TODO EL PERSONAL:  
24 VECES SALARIO BASICO MENSUAL REDONDEADO AL MILLAR SUPERIOR MINIMO  
US\$10,000.00 Y MAXIMO DE US\$300,000.00**

Cada asegurado estará cubierto por la Suma Principal hasta la edad de XX años.  
Los asegurados con edades de XX años hasta el cumplimiento de XX años, tendrán cobertura por el 50% de la suma asegurada.  
Aquellos nuevos asegurados mayores de XX años no serán elegibles para la cobertura de esta póliza.

El Seguro de Vida cubre contra muerte por cualquier causa desde el primer día de vigencia de la póliza (excluyendo suicidio durante el primer año).

Aquellos asegurados cuyos montos de seguro excedan el monto máximo de suma asegurada (Suma Libre Asegurada) deberán completar los requisitos de asegurabilidad satisfactorios requeridos por la Compañía de Seguro para aprobación del monto en exceso. Esta cobertura no llegará a ser efectiva hasta tanto la compañía notifique por escrito de la aprobación.

**SUMA LIBRE ASEGURADA: \$ [ ]**

### RESUMEN DE COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES:

- II. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- III. MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL
- IV. PAGO ADELANTADO DEL SEGURO DE VIDA

### RESUMEN DE LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES:

**NOTA:** *Esta propuesta se debe tomar sólo como ilustración. Para los términos y condiciones contractuales se debe referir a la póliza.*

# **[NOMBRE DEL PROPUESTO ASEGURADO]**

## **SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

-Costos Mensuales –

	<b>TODO EL PERSONAL</b>
Número de Empleados	XX
Volumen de Seguro	US\$ XX
<b><u>Tarifa por millar mensual:</u></b>	
- Vida	XX
- Incapacidad Total y Permanente	XX
- Muerte y Desmembramiento Accidental	XX
- Pago adelantado del Seguro de Vida	XX
Total	XX
<b>PRIMA MENSUAL</b>	<b>\$XX</b>

### **NOTAS DE IMPORTANCIA:**

- SE REQUIERE PARTICIPACION MINIMA DEL XX% DEL PERSONAL ELEGIBLE.
- EL EMPLEADOR CONTRIBUIRÁ CON EL XX% DEL COSTO DEL SEGURO DEL EMPLEADO [DETERMINA ESTE RUBRO SI ES CONTRIBUTIVO O NO-CONTRIBUTIVO].
- PROPUESTA CONTEMPLA COMO PERSONAL ELEGIBLE A TODOS LOS EMPLEADOS TRABAJANDO [DETERMINA LA ELEGIBILIDAD Y CONDICIÓN PARA SE UN EMPLEADO ASEGURABLE].

[FECHA]

**[PROPUESTO ASEGURADO]**  
**COSTA RICA**

Propuesta:  
*[Nombre del Producto]*

**Médico-Hospitalario**

**XXXXXXXXXX – COSTA RICA**  
**ASISTENCIA MEDICA Y SUPLEMENTARIO MEDICO MAYOR**  
**COBERTURA ADICIONAL**

**I. COBERTURA DE ASISTENCIA MEDICA:**

**[SE ESTABLECE UN RESUMEN Y CUADRO SOBRE COBERTURAS, MONTOS Y DEDUCIBLES.]**

**II. COBERTURA SUPLEMENTARIA DE GASTOS MEDICOS MAYORES:**

**[SE ESTABLECE UN RESUMEN Y CUADRO SOBRE COBERTURAS, MONTOS Y DEDUCIBLES.]**

**XXXXXXXXXX – COSTA RICA**  
**ASISTENCIA MEDICA Y SUPLEMENTARIO MEDICO MAYOR**  
**COBERTURA ADICIONAL**

- Costos Mensuales -

	OPCION XX
EMPLEADO SOLO	\$XX
<b>ADICIONAL POR:</b>	
UN DEPENDIENTE	\$XX
UN DEPENDIENTE CON MATERNIDAD	\$XX
DOS O MAS DEPENDIENTES	\$XX

**NOTAS DE IMPORTANCIA:**

- SE REQUIERE PARTICIPACION MINIMA DEL XX% DEL PERSONAL ELEGIBLE.
- EL EMPLEADOR CONTRIBUIRÁ CON EL XX% DEL COSTO DEL SEGURO DEL EMPLEADO [DETERMINA ESTE RUBRO SI ES CONTRIBUTIVO O NO-CONTRIBUTIVO].
- PROPUESTA CONTEMPLA COMO PERSONAL ELEGIBLE A TODOS LOS EMPLEADOS TRABAJANDO [DETERMINA LA ELEGIBILIDAD Y CONDICIÓN PARA SE UN EMPLEADO ASEGURABLE].

**(N) PRINCIPALES EXCLUSIONES – XXXXXXXXX COSTA RICA**

**[RESUMEN DE LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES]**

**XXXXXXXXX - COSTA RICA**  
**NOTAS DE IMPORTANCIA:**

**[RESUMEN DE LAS NOTAS DE IMPORTANCIA]**