

Triple-S Blue Inc.
(Antes Atlantic Southern Insurance Company - Sucursal en Costa Rica)

Seguro Dominus de Gastos Médicos Internacional

Código de producto: P16-35-A11-320
(Versión 2)

Fecha registro V2: 03-oct-14

Oficio solicitud registro V2: BCBS CR-00001-2014

TRIPLE-S BLUE, INC.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

SEGURO - DOMINUS DE GASTOS MEDICOS

CODIGO DE PRODUCTO: P16-35-A11-320

FECHA DE REGISTRO: 08 de marzo de 2012

TRIPLE-S BLUE, INC. es concesionario independiente de la BlueCross and BlueShield Association, lo que permite a TRIPLE-S BLUE, INC. comercializar sus productos en Costa Rica con el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA, lo que faculta a las personas aseguradas en esta póliza acceder fuera del territorio de la República de Costa Rica, a los servicios y beneficios con otros licenciarios de BlueCross and BlueShield Association a nivel mundial, según se establece en las Condiciones Generales de esta póliza.

El área de servicio de BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA es la República de Costa Rica. Esta póliza se emite a residentes de la República de Costa Rica, cuyo domicilio permanente está ubicado dentro del área de servicio.

TRIPLE-S BLUE, INC., es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza.

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

**Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General**

SEGURO - DOMINUS DE GASTOS MEDICOS

CONDICIONES GENERALES

Las presentes constituyen las Condiciones Generales de la póliza denominada SEGURO - DOMINUS DE GASTOS MEDICOS, la cual se registró por las siguientes cláusulas:

1. BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA. La presente Póliza se emite de acuerdo a la información ofrecida en la Solicitud de Seguro. La documentación válida que conforma la presente póliza y para fijar los derechos y obligaciones, es la siguiente: la solicitud del seguro firmada por el tomador o la persona asegurada, la propuesta de seguros aceptada por el tomador o la persona asegurada, según corresponda, la declaración de salud o cuestionarios de salud, las pruebas de asegurabilidad que hubiere requerido la Compañía para cada Asegurado, las Condiciones Generales, Particulares, el Anexo 1- Procedimiento para la utilización de los seguros, Aviso de siniestro y Reclamos, Anexo 2-Información sobre deducibles y coaseguro, Anexo 3-Información sobre Pruebas de Asegurabilidad, Anexo 4-Cobertura de Asistencia al Viajero fuera del país de Residencia, así como otras solicitudes o propuestas que se presenten luego de emitido el seguro y los adenda que se llegaren a agregar a la póliza.

2. RECTIFICACION DE LA POLIZA. Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. Sin embargo, el 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 este plazo caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar rectificación de la póliza. Si el Asegurado no desea continuar con el seguro y las primas hubieren sido pagadas, la Compañía las devolverá en un plazo de treinta (30) días naturales de acuerdo con la cláusula 23 Reembolso de primas por cancelación de póliza.

3. VIGENCIA Y PLAN DE SEGURO. El presente es un seguro individual de gastos médicos anual renovable. La prima inicial deberá pagarse dentro de los diez días hábiles siguientes al inicio de la vigencia de la póliza y las primas futuras deberán pagarse según se indica en las Condiciones Generales. El seguro solo cubrirá los reclamos que presente el asegurado a la Compañía dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la vigencia del contrato. Las coberturas entrarán en vigor una vez que haya sido aceptado el riesgo y se haya pagado la prima estipulada.

4. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD. Esta Póliza se emite tomando en consideración que las respuestas dadas a todas las preguntas de la solicitud son veraces y completas. Es

entendido que los cuestionarios de salud deberán ser completados y firmados por cada persona que desea ser cubierta por el seguro, salvo que se trate de personas menores de edad, en cuyo caso las declaraciones sobre su salud deberán ser firmadas por alguno de sus padres o representante legal.

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

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

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

5.1. ACCIDENTE: Toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado, y causada por hechos externos, violentos, fortuitos e imprevistos o por actos no intencionales.

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

5.3. ADMINISTRADOR DE RECLAMOS DE LA COMPANIA: Se refiere a la Unidad administrativa de la Compañía, ubicada en el domicilio de la Compañía que aparece en las Condiciones Particulares, encargada de recibir la documentación para el pago de los reclamos, realizar el ajuste, solicitar información adicional en caso necesario, y confeccionar los pagos a los asegurados, a los proveedores afiliados o prestadores de servicios, según corresponda.

5.4. AMBULANCIA AÉREA: Se refiere a la transportación aérea profesional de emergencia, del hospital donde está siendo atendido el Asegurado hasta el hospital más cercano, cuando el tratamiento no está disponible en el hospital en que el Asegurado está siendo inicialmente atendido.

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

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

5.7. ASEGURADO: Es el Asegurado Principal y sus Dependientes elegibles para la cobertura bajo esta Póliza, que han presentado solicitud de cobertura, que se encuentran nombrados en la Solicitud, cuya asegurabilidad ha sido aprobada por La Compañía y para quienes se ha aceptado el correspondiente pago de la prima.

5.8. ASEGURADO PRINCIPAL, USTED Y SUYO(A): Es la persona en cuyo nombre se ha emitido la Póliza. El Asegurado Principal está autorizado para recibir los reembolsos de los gastos médicos cubiertos y cualquier prima no devengada.

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

5.10. BENEFICIOS AMBULATORIOS: se refiere a los beneficios de atención médica, y de laboratorio que no requieren de una hospitalización o internamiento. Esta definición se complementa con la contenida en la cláusula 5.41 SERVICIOS AMBULATORIOS.

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

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

5.13. COASEGURO O LÍMITE DE COPAGO: Es el porcentaje que debe pagar el Asegurado, una vez que se haya aplicado el deducible correspondiente, calculado sobre la indemnización por los Gastos Cubiertos por esta póliza. La Responsabilidad Máxima por Coaseguro por Asegurado, no excederá del límite establecido en las condiciones particulares por año póliza.

El Deducible no puede ser aplicado como parte del Límite de Copago.

5.14. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO O DEL PARTO: Para los efectos de esta póliza se consideran las siguientes:

- a. Aborto involuntario
- b. Atonía uterina
- c. Embarazo anembriónico
- d. Embarazo ectópico o extrauterino
- e. Embarazo molar
- f. Fiebre Puerperal
- g. Huevo Muerto Retenido
- h. Incompetencia ístmico cervical
- i. Placenta acreta
- j. Placenta previa central o total
- k. Preeclampsia y toxemia gravídica (eclampsia)
- l. Polhidramnios y oligohidramnios
- m. síndrome de Hellp

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

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

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

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

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

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

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

5.20. DEPENDIENTE: Se consideran dependientes del Asegurado Principal:
El Cónyuge.

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

Los Hijos e Hijas solteros (as), antes de cumplir los veintiún (21) años de edad. Si son estudiantes a tiempo completo en una Universidad o institución de Estudios Superiores debidamente acreditada, la cobertura se extenderá hasta la fecha de renovación inmediata siguiente una vez cumplidos los veinticuatro (24) años de edad.

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

Para los efectos de esta Póliza, no se considera Desorden Nervioso o Mental: la incapacidad de aprendizaje, los desórdenes de actitud, o problemas disciplinarios.

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

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

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

Convulsiones, hemorragias, enfermedades agudas del sistema circulatorio (angina, infarto, crisis hipertensiva, ataque al corazón) y del sistema respiratorio (bronquitis aguda, neumonía, neumotórax, crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda), gastrointestinal (gastroenteritis, sangramientos, hemorragias, víscera perforada, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal), deshidratación severa, desmayo, intoxicación severa, reacción alérgica severa, shock anafiláctico, edema angioneurótico, reacción a medicamentos, cólico renal, hematuria, retención urinaria, falla renal aguda, cefaleas

intensas, fiebre alta en la infancia, dolor intenso en cualquier localización del cuerpo, crisis diabética, heridas graves, esguinces, fracturas, luxaciones, trombosis, quemaduras moderadas y/o graves, traumatismo severo o politraumatismo (no relacionado con ingesta de alcohol o drogas ilícitas), accidente ofídico, cuadros sépticos moderados y graves.

5.24. ENFERMEDAD: Es la alteración patológica de uno o varios órganos que da lugar a un conjunto de síntomas característicos.

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

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

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

5.27. GASTOS CUBIERTOS: Son los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado, mientras se encuentre cubierto por esta póliza, por servicios médicos necesarios, tratamientos, suministros y/o medicamentos prescritos, cubiertos por esta Póliza. Los Gastos Cubiertos se encuentran indicados en la Cláusula 16 de esta Póliza.

5.28. GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Son los costos u honorarios Usuales, Razonables y Acostumbrados, para el lugar o país donde se efectúe el tratamiento, ordenados por un médico considerando la naturaleza y severidad de la lesión o enfermedad; la naturaleza y complejidad del servicio o tratamiento; el grado de habilidad necesaria; el tipo de especialista requerido; el rango de los servicios o suministros provistos. La Compañía se encuentra obligada a mantener actualizados los precios de mercado nacional e internacional de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados de los diferentes servicios que se ofrecen en este seguro. Ningún beneficio pagadero bajo esta Póliza podrá exceder de los límites de los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados, tal y como aquí se definen.

5.29. HOSPITAL: Es una institución que:

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

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

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

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

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

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

Adicionalmente **HABITACIÓN DE HOSPITAL:** Se refiere a una habitación de hospital y que puede ser privada o semi-privada según las facilidades que tenga el hospital. Habitación Privada se refiere a una habitación que solo alberga a un paciente. Habitación Semi-privada cuando es una facilidad compartida.

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

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

No se considera Hospital:

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

5.30. INTERNAMIENTO: Es el periodo que comienza con el ingreso del Asegurado a un hospital u otra institución. El internamiento concluye cuando el Asegurado es dado de alta de ese mismo sitio, a menos que sea trasladado a otro lugar similar para continuar el tratamiento de la misma condición de salud o relacionada con ella. Este traslado será considerado parte de un mismo internamiento. El internamiento concluye al ser dado de alta de la última institución a la cual el Asegurado ha sido trasladado.

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

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

5.33. MÉDICO: Es una persona que sea Doctor en medicina u osteopatía, debidamente calificado y licenciado; o que pueda ejercer como proveedor de cuidados de salud debidamente licenciado siempre que, su país de residencia requiera que sea reconocido como un médico; y pueda ejercer dentro del ámbito de su licencia; no sea el Asegurado o parte de la familia inmediata del asegurado; y sea practicante autorizado de la medicina.

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

5.35. PAIS DE RESIDENCIA: Es el país declarado en la solicitud, o cualquier otro país en Latinoamérica, en el cual el Asegurado reside por lo menos ciento ochenta (180) días de cada año póliza.

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

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

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

5.39. PLAZOS DE ESPERA O PERIODOS DE CARENCIA: Es un período corto que se inicia a partir de la vigencia de la póliza, durante el cual las pérdidas que ocurran no serán cubiertas por la póliza. Los plazos de espera o periodo de carencia se encuentran regulados en la Cláusula 17 de esta póliza.

5.40. PERIODO DE GRACIA: Es el período de tiempo que se concede al Asegurado para que pueda pagar las primas debidas, después de que la cobertura de la Póliza ha expirado y durante el cual, la Compañía permitirá que la prima de la Póliza sea pagada. En esta póliza los períodos de gracia se encuentran regulados en la cláusula 21.

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

5.42 PRECIO ESTIMADO: Es el precio estimado por servicios médicos entre un *Host Blue* y BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA.

5.43 PRECIO PROMEDIO: El precio promedio es un porcentaje de los cargos facturados que estén cubiertos y representen los pagos totales negociados por el *Host Blue* con todos sus proveedores de servicios médicos o una clasificación similar de sus proveedores.

5.44 PRECIO VERDADERO: Es el precio negociado por servicios médicos entre un *Host Blue* y BLUE CROSS BLUESIELD COSTA RICA.

5.45 PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD: Consisten en la historia médica y otras pruebas médicas tales como exámenes médicos y de laboratorio, que la Compañía pueda requerir para determinar si una persona es aceptable para el seguro, las cuales se incluyen en el "Anexo 3 Información sobre pruebas de asegurabilidad" a las presentes Condiciones Generales.

5.46 RED DE PROVEEDORES AFILIADOS: Es el grupo de hospitales, médicos, laboratorios y farmacias a los que el asegurado puede recurrir para recibir los servicios amparados bajo esta póliza. Una vez que se ha informado debidamente al potencial consumidor sobre hospitales y médicos para la elección libre entre los distintos proveedores que conforman la Red de Proveedores Afiliados, la información será además proporcionada por alguno de los siguientes medios según sea su elección: en un disco compacto, un documento impreso, mediante envío a su correo electrónico, a través de la lista que publicará la Compañía, o del administrador de la red, en su sitio de internet. Adicionalmente, esta información puede ser obtenida en la forma indicada en el Anexo 1 a esta póliza "Procedimiento para la utilización de los seguros, Aviso de siniestro y Reclamos", de manera que la Unidad de Asistencia de la Compañía, podrá brindar la asesoría necesaria sobre el proveedor afiliado disponible o pertinente en cada país, según la enfermedad sufrida o emergencia surgida.

5.47. SERVICIOS AMBULATORIOS: Son los servicios médicamente necesarios proporcionados al Asegurado, que no está internado en un hospital, para prevenir o tratar los riesgos cubiertos por esta póliza. Los Servicios Ambulatorios incluyen, pero no está limitado a:

- a) Servicios integrales de diagnóstico y evaluación;
- b) Tratamiento y cuidado ambulatorio, pre-tratamiento, post-tratamiento, cuidados de emergencia, rehabilitación y habilitación, y servicios de soporte de transición; y
- c) Consulta profesional.
- d) Medicinas de farmacia, siempre que sean recetadas por el Médico tratante y se presente la factura original de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

- e) Servicios integrales de análisis de Laboratorio, Centros de Diagnóstico e Imagenología y su evaluación,
- f) Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas; alquiler de sillas de ruedas.
- g) Quimioterapias, radioterapias y diálisis que no requieren hospitalización.

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

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

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

5.50. SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS: Es el formulario firmado por el Solicitante, que se adjunta y forma parte de esta Póliza, mediante el cual se solicita cobertura bajo esta póliza. Forman parte de la solicitud de seguro los formularios de “Declaración de Salud para un Seguro de Gastos Médicos” y de “Autorización para consulta de expedientes para el proceso de aseguramiento”, que cada persona que solicita ser cubierta por el seguro debe completar y firmar, salvo que se tratare de menores de edad, en cuyo caso dichas autorizaciones serán firmadas por alguno de sus padres o representantes legales. La obtención de los historiales clínicos o información de salud en las anteriores compañías de seguros del solicitante, su cónyuge o sus dependientes, previa autorización a la Compañía firmada por éstos, se hará por medio de profesionales en Medicina o Técnicos en registros médicos, acreditados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y debidamente autorizados por la Compañía para tal fin, o bien mediante documentación aportada por el mismo solicitante o asegurado a satisfacción de la Compañía.

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

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

5.53. TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TRASPLANTE: Es el procedimiento médico necesario ejecutado mientras la cobertura del Asegurado bajo esta póliza se encuentre vigente, durante la cual:

- a) Uno o más Órganos son quirúrgicamente removidos del Donante (vivo o difunto), a un Asegurado como Recipiente, o
- b) Tejido es quirúrgicamente trasplantado a un Asegurado, como recipiente, de: Un Donante (vivo o difunto) o El mismo Asegurado.

DEFINICIONES RELACIONADAS CON TRASPLANTE:

(1) **Alogénico:** significa un trasplante en el cual la sangre, tejido o médula ósea trasplantada al paciente ha sido obtenido de un donante. El donante puede ser consanguíneo del paciente u otra persona compatible.

(2) **Alogénico Autólogo:** significa un trasplante en el cual la sangre, tejido o médula ósea re-implantada en el paciente, ha sido obtenida del paciente mismo.

(3) **Electivo:** significa, en conexión con un Trasplante, un tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía que:

- i. No es un servicio médicamente necesario, según se define en la Póliza; y
- ii. No es la única alternativa para el Asegurado o su dependiente, para vivir una vida normal a pesar de la enfermedad o condición.

(4) **Experimental o Investigativo:** significa con respecto a un Trasplante, que un procedimiento Médico o Quirúrgico, tratamiento, curso de tratamiento, equipo, o medicamento es o está:

- i. No considerado ampliamente como seguro, efectivo o apropiado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por uno o más de los siguientes: la comunidad médica, revistas médicas de prestigio, organizaciones profesionales reconocidas de la comunidad médica internacional;
- ii. Bajo investigación o está limitado a la investigación;
- iii. Su uso limitado a esfuerzos clínicos disciplinados y estudios científicos;
- iv. Su valor o beneficio terapéutico no ha sido probado de una forma objetiva;
- v. Bajo estudio, investigación, periodo de prueba, o en cualquier fase de ensayo clínico (incluyendo los protocolos de investigación)

(5) **Órgano:** Significa una parte del cuerpo humano que ejerce una función específica.

(6) **Recipiente:** Significa la persona que recibe el órgano o Tejido Trasplantado.

5.54. TRANSPORTACIÓN TERRESTRE: Transportación de emergencia hacia un hospital por una ambulancia terrestre debida y legalmente autorizada.

5.55. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto bajo esta Póliza.

5.56. UNIDAD DE ASISTENCIA: Se refiere a la Unidad que a nombre de la Compañía, brinda los servicios a sus asegurados sobre los proveedores médicos de la Red de Proveedores Afiliados, disponibles por especialidad en Costa Rica o en cualquier otro país

en que se encuentre el asegurado requiriendo los servicios. Asimismo, colabora con el asegurado en el uso del seguro y presentación de reclamaciones, de acuerdo con el procedimiento establecido en el Anexo 1. "Procedimiento para la utilización de los seguros, Aviso de siniestro y Reclamos".

6. PERSONAS ASEGURADAS. Esta póliza cubre a las siguientes personas:

- a) El Asegurado Principal
- b) El Cónyuge o conviviente
- c) Los Hijos e Hijas solteros (as), antes de cumplir los veintiuno (21) años de edad. Si son estudiantes a tiempo completo en una Universidad o institución de estudios superiores debidamente acreditada, la cobertura se extenderá hasta la fecha de renovación inmediata siguiente una vez cumplidos los veinticuatro (24) años de edad.

7. EDAD DE CONTRATACIÓN Y ELEGIBILIDAD. El Asegurado Principal y su cónyuge o conviviente dependiente serán elegibles para cobertura bajo esta póliza sin límite de edad máxima, no obstante la Compañía podrá solicitar las pruebas de asegurabilidad que deban realizarse de conformidad y en los términos establecidos en el Anexo 3. Pruebas de Asegurabilidad. El costo de dichos exámenes, cuando no impliquen una particularidad especial, serán a cargo de la Compañía. La cobertura será efectiva, para todos los asegurados propuestos, una vez que las pruebas de asegurabilidad sean aprobadas por la Compañía y la prima sea pagada, siempre y cuando la solicitud para dependientes haya sido incluida en la solicitud original de seguro de gastos médicos bajo esta póliza. Las edades para los hijos dependientes son las establecidas en el artículo 6c.

La cobertura para sus dependientes elegibles será efectiva en la fecha en que comience la cobertura del Asegurado Principal, siempre y cuando la solicitud de cobertura de tal Dependiente haya sido incluida en la solicitud original de seguro de gastos médicos bajo esta Póliza. Las edades para los dependientes son las definidas en el artículo 6 anterior.

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

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

Si nace un hijo del Asegurado Principal o de su cónyuge o conviviente, mientras se encuentran asegurados bajo esta póliza, y mientras la cobertura esté vigente, éste será asegurado desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando se haya completado y sometido una solicitud dentro de los treinta (30) días naturales a partir de la fecha de nacimiento, y la prima por tal dependiente haya sido pagada en su nombre. En ausencia de solicitud de cobertura para el recién nacido y el pago de la prima no sea recibido dentro de los treinta días naturales de su nacimiento, la cobertura para tal recién nacido será por sesenta días naturales. Después de este periodo, se requerirá una nueva solicitud, la cual estará sujeta a pruebas de asegurabilidad y la aceptación de la Compañía.

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

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

Dentro del plazo de tres días hábiles a su asentimiento, la Compañía deberá remitir al asegurado un certificado de cobertura informando sobre la aceptación por el medio señalado en la solicitud de seguro.

8. COBERTURAS.

8.47. Esta póliza cuenta con las siguientes **coberturas básicas**:

- A. Cobertura de gastos médicos que se detalla en el punto 15.a.
- B. Cobertura de beneficios ambulatorios que se detalla en el punto 15.b.
- C. Beneficio por muerte natural y accidental que se detalla en el punto 15.c.
- D. Asistencia al viajero fuera del país de residencia que se detalla en el punto 15.d.

9. ÁMBITO DE COBERTURA, BENEFICIO MÁXIMO POR AÑO POLIZA Y POR ASEGURADO. El beneficio máximo por año póliza, para el asegurado principal y sus dependientes elegibles, cubiertos por esta póliza es por \$1.000.000.00 (un millón de dólares) para cada uno.

De conformidad con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, la Compañía cubrirá los gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados por servicios médicos incurridos por las personas aseguradas, en Costa Rica y el resto del mundo, como resultado de un

accidente, una emergencia o enfermedad cubierta por la póliza, que ocurra dentro del periodo de vigencia de la póliza.

10. DEDUCIBLE. El monto del deducible en esta póliza será la primera suma que se aplicará al asegurado al momento de pagar un siniestro, y ese monto dependerá de la opción elegida por el asegurado y limitado a: un Deducible por Asegurado, por Año póliza y un máximo de dos deducibles por familia, por Año Póliza. En el caso de maternidad no aplica deducible.

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

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

11. COASEGURO. Al momento de pagar un siniestro, **después de pagarse el deducible** y para todos los beneficios bajo esta póliza, el asegurado quedará sujeto al pago del coaseguro en la forma siguiente:

- En Latinoamérica: **No aplica Coaseguro.**
- Fuera de Latinoamérica: la póliza cubre el 90% de los primeros \$25.000.00 y aplica un coaseguro del diez por ciento (**10%**) de los gastos médicos incurridos, sujeto a un límite máximo de desembolso de **\$2,500**, por Persona Cubierta, por Año Póliza. Luego la cobertura es del 100% de todos los gastos hasta el beneficio máximo de la póliza.

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

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

La información sobre los montos de deducibles y coaseguro se encuentra contenida en el Anexo 2 a esta póliza y en las Condiciones Particulares.

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

que el Asegurado reciba cualquier cuidado médico bien sea dentro o fuera de su País de Residencia. El Asegurado u otra persona en su nombre, debe contactar a la Compañía, a la Red de Proveedores Afiliados o a la Unidad de Asistencia, indicada en su Tarjeta de Identidad del Seguro, para iniciar el proceso de Pre-Notificación. Todas las admisiones en los Hospitales y procedimientos quirúrgicos requieren un mínimo de setenta y dos (72) horas de notificación previa. Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a tal tratamiento.

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

13. UTILIZACION DEL SEGURO Y CONDICIONES REFERIDAS AL USO DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS.

(a) Para servicios prestados por proveedores distintos a Hospitales: Si el Asegurado elige ser atendido por proveedores que son miembros de nuestra Red de Proveedores Afiliados, el Coaseguro se mantendrá según se indica en la Cláusula 11 de las presentes Condiciones Generales.

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

(b) Para servicios hospitalarios Internos o Ambulatorios: El Asegurado debe utilizar un hospital o una facilidad o institución similar, que sea miembro de nuestra Red de Proveedores Afiliados, a fin de recibir cualquier beneficio pagadero por tales servicios, bajo esta póliza, de lo contrario se aplicaran las penalizaciones B y D del anexo 1, según corresponda.

(c) Para Servicios fuera del territorio de la República de Costa Rica

Utilización de los servicios médicos a través del sistema “Inter-Plan Programs”

BlueCross BlueShield Costa Rica mantiene una variedad de relaciones con otros licenciarios independientes de Blue Cross y/o Blue Shield llamado “*Inter-Plan Programs*” (Planes entre Programas), de manera que, siempre que los asegurados obtengan acceso a servicios para el cuidado de la salud fuera del territorio de la República de Costa Rica, es decir, fuera del área geográfica en la que BlueCross BlueShield Costa Rica brinda servicios, según se establece en esta póliza, las reclamaciones por dichos servicios pueden ser procesadas por medio de uno de estos *Inter-Plan Programs*, quienes las remitirán a

BlueCross BlueShield Costa Rica para ser pagadas de acuerdo con las normativas de los *Inter-Plan Programs* y las condiciones de la póliza. Las normativas de los *Inter-Plan Programs* vigentes que aplican a las prácticas de pago por las reclamaciones están descritas abajo.

Cuando los asegurados obtienen servicios médicos fuera del área geográfica en la que BlueCross BlueShield Costa Rica brinda servicios, ellos obtienen servicios médicos de proveedores que tienen un acuerdo contractual (es decir, “proveedores que participan en la red”) con el licenciario independiente local de Blue Cross y/o Blue Shield en esa otra área geográfica (denominados *Host Blue* o *Plan Anfitrión*) En algunos casos, los asegurados pueden obtener servicios médicos de proveedores que no participan en la red. Las prácticas de pago de BlueCross BlueShield Costa Rica para ambos casos están descritas abajo.

Programa BlueCard®

Bajo el Programa BlueCard® o *Tarjeta Azul*, cuando los asegurados en esta póliza, obtengan acceso a servicios médicos cubiertos para el cuidado de la salud dentro del área geográfica de servicio de un *Host Blue* (fuera del territorio de Costa Rica), BlueCross BlueShield Costa Rica continuará siendo responsable ante el asegurado de cumplir con sus obligaciones contractuales. Sin embargo, de acuerdo con las normativas aplicables en los *Inter-Plan Programs*, el *Host Blue* será responsable de proveer servicios, tales como contratar y tratar sustancialmente todas las interacciones con sus proveedores de servicios médicos que participan en la red. Las condiciones o metodología de cálculo del pago por las reclamaciones bajo el Programa BlueCard están descritas de manera general abajo. Ocasionalmente pueden surgir circunstancias particulares que no estén explícitamente contempladas por esta descripción. Sin embargo, en esos casos, la acción será consistente con el espíritu de esa descripción.

Método para calcular el precio o el costo de procedimientos médicos según los términos y condiciones de la póliza.

El cálculo de la responsabilidad con un asegurado por las reclamaciones por servicios médicos cubiertos que sean procesados por medio del Programa BlueCard, estará basado en los menores cargos facturados por servicios cubiertos del proveedor del cuidado de la salud que participa en la red o el precio negociado que el *Host Blue* ponga a disposición para uso de BlueCross BlueShield Costa Rica y en función de las condiciones establecidas en la póliza.

Los *Host Blues* pueden utilizar varios métodos para determinar el precio negociado, dependiendo de las condiciones de los contratos con los proveedores de servicios médicos de cada *Host Blue*. El precio negociado que el *Host Blue* ponga a disposición para uso de BlueCross BlueShield Costa Rica puede representar un pago negociado por un *Host Blue* con un proveedor de servicios médicos que sea uno de los siguientes:

- (i) **el precio verdadero.** El precio verdadero es un pago negociado sin ningún otro aumento o reducción, o
- (ii) **el precio estimado.** El precio estimado es un pago negociado que ha sido reducido o aumentado por un porcentaje, tomando en cuenta los rubros negociados o transacciones relacionadas con el proveedor.
- (iii) **el precio promedio.** El precio promedio es un porcentaje de los cargos facturados que estén cubiertos y representen los pagos totales negociados por el *Host Blue* con todos sus proveedores de servicios médicos o una clasificación similar de sus proveedores, tomando en cuenta los rubros negociados o transacciones comerciales relacionadas con el proveedor.

Los *Host Blues* que utilicen cualquiera de los dos, el precio estimado o el precio promedio pueden, de acuerdo con las normativas de los *Inter-Plan Programs*, aumentar o reducir prospectivamente tales precios para corregir por sobreestimación o subestimación de precios anteriores (es decir, ajustes prospectivos pueden significar que el precio corriente, refleja cantidades o créditos adicionales por las reclamaciones que hayan sido pagadas a los proveedores o que se anticipen ser pagadas o recibidas de los proveedores). Sin embargo, la cantidad pagada por el asegurado es el precio final; ningún ajuste de precios futuros resultará en aumentos o reducciones en la determinación de los precios en las reclamaciones anteriores pagadas. El Programa BlueCard requiere que el precio presentado por un *Host Blue* a BlueCross BlueShield Costa Rica sea el precio final sin tomar en consideración cualquier ajuste futuro basado en el uso del precio estimado o promedio.

Un número pequeño de estados de los Estados Unidos de América (EE.UU.), Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE.UU., podrá requerir que un *Host Blue* utilice cualquiera de los dos (i) una base para determinar la responsabilidad del asegurado por servicios médicos cubiertos para el cuidado de la salud que no representa los ahorros totales realizados, o que se anticipen realizar, en una reclamación en particular o (ii) añada un recargo. Si un estado en particular de los Estados Unidos de América (EE.UU.), Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE.UU., donde se obtiene acceso a los servicios para el cuidado de la salud ordena métodos para calcular los precios o costos de los procedimientos que sean diferentes a la metodología del precio negociado o requiera un recargo, entonces BlueCross BlueShield Costa Rica calculará el precio o costo del procedimiento del asegurado de acuerdo con la ley aplicable en Costa Rica y los términos y condiciones de póliza .

(d) Proveedores de servicios fuera del área de servicio de BlueCross BlueShield Costa Rica que no participan en la red.

Cuando un asegurado reciba servicios médicos fuera del área de servicio de BlueCross BlueShield Costa Rica que no participan en la red, el cálculo del servicio se realizará de la siguiente manera:

1. Cálculo

Cuando los servicios médicos cubiertos sean provistos fuera del área de servicio de BlueCross BlueShield Costa Rica, por proveedores de servicios médicos que no participan en la red, la cantidad que un asegurado paga por tales servicios generalmente estará basada en cualquiera de los dos, el pago local al proveedor de servicios médicos que no participa con el *Host Blue* o los acuerdos de pagos requeridos por la ley del Estado donde se brindó el servicio médico. En estas situaciones, el asegurado puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que el proveedor de servicios médicos que no participa factura y el pago que BlueCross BlueShield Costa Rica realiza por los servicios cubiertos según lo establecido en el contrato póliza.

2. Excepciones

En algunos casos de excepción, BlueCross BlueShield Costa Rica puede pagar las reclamaciones de proveedores de servicios médicos que no participan en la red y se encuentran fuera de su área de servicio según los cargos facturados por el proveedor, como en situaciones donde un asegurado no tuvo acceso razonable a un proveedor que participa en la red, según sea determinado por BlueCross BlueShield Costa Rica en su exclusiva y absoluta discreción o por la ley del Estado donde se brindó el servicio médico. En otros casos de excepción, BlueCross BlueShield Costa Rica puede pagar dicha reclamación basándose en el pago que éste haría si le pagara a un proveedor que no participa dentro de su área de servicio, según lo descrito en otras partes del contrato póliza, basándose el costo usual, razonable y acostumbrado. Si el pago correspondiente del *Host Blue* fuese mayor al pago de BlueCross BlueShield Costa Rica a un proveedor que no participa dentro del área de servicio, a su exclusiva y absoluta discreción, BlueCross BlueShield Costa Rica puede negociar un pago con dicho proveedor sobre la base de una excepción. En cualquiera de estas situaciones de excepción, el asegurado puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que factura el proveedor de servicios médicos que no participa en la red y el pago que BlueCross BlueShield Costa Rica realiza por los servicios cubiertos según lo establecido en el contrato póliza.

Lo siguiente aplica únicamente con respecto al Trasplante de Órganos:

Todos los servicios y procedimientos relativos a Trasplante de Órganos requieren: (1) pre-notificación tan pronto como el paciente sea identificado por su Médico tratante como un candidato a un procedimiento de trasplante cubierto por esta Póliza; y (2) la utilización de proveedores que sean miembros de nuestra Red de Proveedores Afiliados.

Ningún beneficio será pagadero como Gastos Cubiertos incurridos por servicios, tratamientos o procedimientos provistos por o como resultado de un trasplante cubierto, si el Asegurado:

- Falla en obtener la requerida pre-notificación ; y/o
- Utiliza proveedores fuera de nuestra Red de Proveedores Afiliados.

14. DERECHO DE LA COMPAÑÍA A OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. La Compañía tiene el derecho de obtener una segunda opinión sobre cualquier servicio antes de que los Beneficios sean pagaderos bajo esta Póliza. Una segunda opinión que sea requerida no estará sujeta a deducible ni a Coaseguro y será reembolsada en un cien por ciento (100%) por la Compañía.

15. DETALLE DE COBERTURAS.

15.a. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS. Bajo esta cobertura se proporcionan servicios médicos por Hospitalización, Servicios Ambulatorios, Cirugía, Maternidad, Trasplante de Órganos, Cirugía Reconstructiva, Servicios de Transporte de Emergencia, Repatriación de Restos Mortales y otros beneficios médicos que se describen de seguido, con sujeción a los requerimientos indicados en la Cláusula 13 anterior y a los siguientes SUBLÍMITES.

SERVICIOS MEDICOS SUJETOS A SUBLÍMITES:

A. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

- Cubre los gastos por habitación y alimentación, fuera de Latinoamérica: Los cargos por día, sujeto a habitación Semi-Privada y por un máximo de ciento ochenta (180) días en cada periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días: **100% hasta \$900.00.**
- Cubre los gastos por habitación y alimentación, en Latinoamérica: Los cargos por día, sujeto a habitación Privada o Semi-Privada y por un máximo de ciento ochenta (180) días en cada periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días, **al 90% de los gastos usuales, razonables y acostumbrados.**
- Cubre los gastos por habitación de Cuidados Intensivos y/o cualquier otra unidad de cuidados especiales. Los cargos por día, sujeto a un máximo de ciento ochenta (180) días en cada periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días: **100%.**

B. CIRUGÍA:

- Cubre los cargos necesarios para el tratamiento o diagnóstico por una Enfermedad o Accidente cubierto, incluyendo pero no limitado a la sala de operaciones, suministros médicos y quirúrgicos: **100%.**
- **Médico/Cirujano:** Cubre los honorarios hasta: **100%**
(Cuando múltiples procedimientos quirúrgicos sean realizados durante la misma

sesión, por el procedimiento secundario se pagará un máximo del veinte y cinco por ciento **(25%)** del primer procedimiento).

- **Asistente de Cirujano:** Los honorarios están cubiertos únicamente cuando sean médicamente necesarios para la sesión de cirugía, y debe ser aprobado con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía. El límite máximo a cubrir será el veinte por ciento **(20%)** de los honorarios aprobados al cirujano principal por el procedimiento realizado.
- **Anestesiólogo/Asistente de Anestesiólogo:** Los honorarios están cubiertos únicamente cuando sean médicamente necesarios para la cirugía, y debe ser aprobado con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía. Limitado al valor que sea menor a los cargos usualmente acostumbrados o un treinta por ciento **(30%)** de los honorarios aprobados al cirujano principal por el procedimiento realizado.
- **Otros Servicios y Suministros de Hospitalización:** Se excluyen los artículos personales y de confort. Están cubiertos por el cien por ciento **(100%)** pero no limitados a: cuidados de enfermería, inhalaciones, servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas, resonancia magnética (MRI), CAT Scans y otras pruebas de diagnóstico y pre-admisión, oxígeno, soluciones intravenosas, inyecciones, medicamentos prescritos y su administración.
- **Tratamientos Especiales:** La cobertura es provista, como resultado de una Enfermedad o Lesión cubierta, y únicamente si es aprobada con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía, cubre el cien por ciento **(100%)** limitada al costo Usual, Razonable y Acostumbrado y si es médicamente necesario:
 - i. Prótesis e Implantes,
 - ii. Diálisis,
 - iii. Radiación y Quimioterapia, Servicios de Terapia para el tratamiento de una condición benigna o maligna, incluye Rayos X, radio e isótopos radioactivos, procedimientos de medicina nuclear y medicamentos especializados

C.MATERNIDAD. La Cobertura de Maternidad es un beneficio para el Asegurado Principal o su cónyuge o conviviente, por los gastos de un parto normal, incluyendo cuidado prenatal y postnatal, cirugía por cesárea y cuidados rutinarios para el recién nacido (limitado a dos visitas de rutina dentro del hospital), no aplica Deducible ni Co-aseguro a este beneficio.

En Latinoamérica hasta un límite máximo de **\$ 7.000.00.**

Fuera de Latinoamérica hasta un límite máximo de **\$7.000.00.**

No hay cobertura de maternidad para hijas dependientes.

- **Complicaciones del embarazo o el parto:** para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones del mismo se considerarán cubiertos, aplicando el deducible

y/o coaseguro, aquellos que son requeridos a causa de complicaciones del embarazo o del parto y que cumplan con las siguientes condiciones:

- Las complicaciones se dan en un embarazo cubierto por el beneficio de maternidad
- Se presenten la nota quirúrgica así como los estudios clínicos, paraclínicos o histopatológicos que en su caso, sustenten el diagnóstico.

Complicaciones del embarazo, hasta un límite máximo de **\$25.000,00.**

Complicaciones del parto, hasta un límite máximo de **\$25.000,00.**

• **Complicaciones de nacimiento y condicione(s) congénitas para un asegurado nacido de una maternidad cubierta:** Un niño nacido del Asegurado y su cónyuge o conviviente Dependiente, bajo una maternidad cubierta, mientras la Póliza está en vigor, estará cubierto por complicaciones de nacimiento, por Defectos Congénitos, anormalidades de nacimiento y/o desórdenes hereditarios, sujeto a los límites y condiciones de esta Póliza hasta un Beneficio Máximo de:

Antes de cumplir los 18 años de edad: **US \$ 150,000.00.**

Después de cumplir los 18 años de edad: **US \$ 1, 000,000.00.**

Si más de un niño nace de un embarazo, esta cantidad de cobertura será distribuida proporcionalmente entre todos los recién nacidos.

• **Condición(es) congénitas para un asegurado no nacido de una maternidad cubierta:** Defectos Congénitos, anormalidades de nacimiento y/o desórdenes hereditarios, incluyendo cualquier procedimiento quirúrgico o tratamiento médico derivado, que se manifiesten después de doce (12) meses a partir de la inclusión en la póliza y antes de que el Asegurado cumpla dieciocho años (18) de edad, será cubierto de acuerdo a los siguientes límites de Beneficio Máximo después del deducible.

Antes de cumplir los 18 años de edad: **\$ 150,000.00.**

Después de cumplir los 18 años de edad: **Sin cobertura**

D. TRASPLANTE DE ÓRGANOS. La Cobertura por Trasplante de órganos humanos y tejidos es provista únicamente dentro de la Red de Proveedores Afiliados para Trasplante de Órganos aprobada por la Compañía. El Asegurado o su Dependiente tienen que notificar a la Compañía inmediatamente que sea candidato para un Trasplante. Este beneficio de Trasplante de Órganos inicia cuando: se ha determinado por el proveedor de la Red, se ha certificado una segunda opinión quirúrgica o la opinión médica ha sido aprobada por la Compañía.

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones de la Póliza, será cubierto hasta un Beneficio Máximo por Vida por Persona Cubierta de **\$ 500,000.00.**

Este beneficio incluye: Servicios Médicos, Hospitalización o gastos del Centro de Trasplante, Procedimientos quirúrgicos de un donante vivo, costos de un Auxiliar, Medicinas recetadas durante la hospitalización y suministros para llevar al hogar, evaluación ambulatoria y cuidados post operatorios.

Los únicos trasplantes de órganos cubiertos por esta Póliza, son los siguientes:

- i. Corazón
- ii. Corazón/pulmón
- iii. Un solo pulmón
- iv. Los dos pulmones
- v. Riñones
- vi. Riñones / Páncreas
- vii. Hígado
- viii. Córnea
- ix. Injertos de hueso y piel
- x. Alógeno y Autólogo de Médula ósea, excepto aquellos procedimientos relacionados para el tratamiento de Condiciones Congénitas incluyendo defectos o condiciones genéticas.
- xi. Intestino delgado

E.CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA. La Cobertura por Cirugía Reconstructiva cubre en un cien por ciento (**100%**), si es realizada inmediatamente después o durante los siguientes noventa (90) días naturales de una cirugía cubierta o accidente y es médicamente necesaria para mantener o restaurar el funcionamiento normal del cuerpo. La Cirugía Reconstructiva no ofrece cobertura por anomalías congénitas, hereditarias o de nacimiento para asegurados cubiertos bajo esta póliza.

F.SERVICIOS DE TRANSPORTE DE EMERGENCIA. Esta Cobertura cubre lo siguiente:

- i. **AMBULANCIA TERRESTRE:** Transporte de emergencia por Ambulancia Terrestre a la facilidad médica más cercana adecuada para el tratamiento de una Condición Cubierta y proveído que el traslado por cualquier otro método de transporte resultaría en pérdida de la vida o extremidad.

Los beneficios son pagaderos por **Persona cubierta, Por Evento:**

\$ 1.500.00.

- ii. **AMBULANCIA AÉREA:** Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea a la facilidad médica más cercana adecuada para el tratamiento de una Condición Cubierta y para la cual el tratamiento no pueda ser provisto localmente y el Médico que lo atiende certifique y considere que el traslado por cualquier otro método de transporte resultaría en pérdida de la vida o extremidad. El Transporte de Ambulancia Aérea debe ser pre-aprobado y coordinado por la Compañía para que esta cobertura entre en vigor: El monto de este beneficio es de hasta un Máximo Vitalicio de **\$50.000.00**. No obstante que la póliza es de temporalidad anual- renovable, cuando se indica este beneficio como “vitalicio”, significa que el

respectivo monto se pagará como máximo a lo largo de todos los períodos anuales de renovación de la póliza hasta su terminación definitiva.

G. REPATRIACION DE RESTOS MORTALES. Esta cobertura opera en el evento de que un Asegurado falleciere fuera de Costa Rica (País de Residencia) y cubre los costos de los procedimientos legales y los preparativos necesarios para el transporte, ya sea del cuerpo o de las cenizas, al aeropuerto más cercano a su País de Residencia. Los convenios del transporte deben ser pre-aprobados y coordinados por la Compañía para que la misma entre en vigor y será cubierto hasta por un monto de: **\$ 5.000.00 Por Asegurado.**

A. OTROS BENEFICIOS MÉDICOS.

- i. **Tratamiento Dental de Emergencia:** cuando sea causado por un accidente cubierto bajo esta póliza, será cubierto hasta un monto de **\$ 25.000.00.**
- ii. **Aparatos Especiales:** cuando resulten médicamente necesarios, se cubrirá hasta un cien por ciento **(100%).**
- iii. **Tratamiento de Emergencia Fuera de la Red de Proveedores Preferenciales:** **\$25.000.00.**

15.b. COBERTURA DE BENEFICIOS AMBULATORIOS.

Los siguientes son los gastos cubiertos por la cobertura de beneficios ambulatorios:

- **Chequeo anual:** se cubre después del primer año de vigencia de la póliza, hasta por **\$150.00.**
- **Visitas Médicas:** se cubren al cien por ciento **(100%).**
- **Rayos X y Laboratorios:** se cubren al cien por ciento **(100%).**
- **Servicios Radiactivo Terapéutico:** se cubren al cien por ciento **(100%).**
- **Medicamentos Prescritos:** se cubren al cien por ciento **(100%) hasta un límite de US \$25,000.00.**
- **Terapia Física y Ocupacional:** (incluye fisioterapia) máximo 20 visitas por asegurado por año póliza (\$50 costo máximo por cada sesión o visita)

15.c. COBERTURA POR MUERTE NATURAL Y ACCIDENTAL. Esta cobertura indemniza por la suma de \$ 10,000.00 por muerte natural del Asegurado Principal o su Cónyuge o Conviviente, siempre y cuando la causa de la muerte se encuentre cubierta por las condiciones estipuladas en esta póliza. Asimismo, se establece un Beneficio adicional por Muerte Accidental del Asegurado Principal o su Cónyuge o Conviviente por la suma de \$ 10,000.00.

Para efectos de esta cobertura los beneficiarios serán quienes hayan sido designados por el Asegurado Principal o su Cónyuge o Conviviente, o en su defecto los herederos legales de éstos.

15.d.COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA. Las condiciones de la prestación de los servicios de asistencia a que se refiere esta cobertura, se encuentran descritos en el Anexo 4 Cobertura de Asistencia al Viajero fuera del país de Residencia, y se cubren los siguientes gastos por viaje por asegurado:

- **Asistencia Médica de Emergencia se cubre hasta \$ 10.000.00, y hasta \$750.00 por medicamentos**
- **Emergencia Dental se cubre hasta un máximo de \$500.00.**

16. GASTOS CUBIERTOS.

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

Los Gastos Cubiertos incluirán, pero no están limitados a:

16.1 Servicios Médicos o de Consulta por un Médico por una enfermedad o lesión.

16.2 Servicios Ambulatorios por una enfermedad o lesión. Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas, serán cubiertos íntegramente, una vez superado el deducible elegido por el Asegurado. Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato. El proveedor afiliado deberá solicitar la pre-notificación para que se reconozca el reclamo por el sistema de pago directo.

16.3 Servicios de Hospitalización por una enfermedad o lesión.

16.4 Servicios de Cirugía, dondequiera sean realizados, incluyendo cualquier segunda opinión requerida. Incluye los servicios de un Asistente Médico limitado a un 20% de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados aprobados para el cirujano que realiza la operación. Si se requiere más de un Asistente Médico la cobertura máxima no podrá superar el 20% de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados aprobados para el Cirujano que realiza la operación.

16.5 Servicios de Anestesia relacionados a una cirugía, obstetricia u otros servicios bajo esta Póliza, limitado al menor costo entre el 100% de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados o al 30% de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados aprobados para el Cirujano.

16.6 Cargos de Hospital por habitación y alimentación:

- a) Usuales, Razonables y Acostumbrados para una habitación privada o semiprivada que no exceda el monto especificado en las presentes Condiciones Generales.
- b) Cuidados Intensivos Usuales, Razonables y Acostumbrados.

16.7 Medicamentos Prescritos, así como vendajes o aparatos que sean Médicamente necesarios y prescritos por un Médico.

16.8 El servicio médico de emergencia fuera de la Red de Proveedores Afiliados, es ofrecido solamente en aquellos casos en que el tratamiento de emergencia es requerido como resultado de una situación de amenaza a la vida de la persona. Para buscar cobertura bajo esta cláusula, el Asegurado o el proveedor debe comprobar que ha sido imposible contactar a la Unidad de Asistencia indicada en su Tarjeta de Identidad del Seguro. La admisión de emergencia en un hospital fuera de la Red de Proveedores Afiliados tendrá una cobertura máxima de US\$25.000.00 (veinticinco mil dólares) por emergencias, por año, por asegurado, después de aplicar el deducible y el coaseguro establecidos en esta póliza. **El Asegurado será responsable del 100% de todos los gastos médicos y hospitalarios en exceso del máximo de la cobertura por \$25.000.00.** El tratamiento médico ofrecido por médicos incluidos en la Red de Proveedores Afiliados está sujeto solamente al Beneficio Máximo por Póliza.

16.9 Tratamiento de reparaciones dentales de emergencia como consecuencia de una lesión, ocurrida durante la cobertura de esta Póliza. El Tratamiento debe de comenzar dentro de los seis meses siguientes a la lesión; y ser parte de un programa de tratamiento prescrito por un Médico y mientras la cobertura se encuentre en vigor.

16.10 Reparación de equipos de audición como consecuencia de una lesión, ocurrida durante la cobertura de esta Póliza.

16.11 Servicios de Terapia Radioactiva, para tratamientos terapéuticos por condiciones benignas o malignas, incluyendo descargas de Rayos X, radio e isótopos radioactivos, y procedimientos de medicina nuclear.

16.12 Trasplante de Órganos, incluyendo los gastos del Donante. **Los beneficios pagaderos están sujetos a los límites Usuales, Razonables y Acostumbrados de Gastos, y a un periodo de espera de doce (12) meses desde la fecha de inicio de efectividad de esta Póliza.** Para que los beneficios sean pagaderos, los servicios provistos en relación con un trasplante de órgano deben ser pre-notificados a la Compañía y prestados por nuestra Red de Organización de Proveedores Afiliados). Las penalidades por el no cumplimiento de estos requerimientos están descritas en la cláusula 13. UTILIZACION DEL SEGURO Y CONDICIONES REFERIDAS AL USO DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS de esta Póliza.

Los beneficios serán pagaderos hasta el Límite Máximo por Trasplante de Órganos indicado en la Cláusula 15.1.D de esta póliza.

16.13 Cuidados de enfermería: Suministrados por un profesional en enfermería con licencia para el ejercicio y que no sea miembro de la familia inmediata.

16.14 Beneficios de Maternidad: Esta Póliza cubre Cuidados de Maternidad para el Asegurado (a) o para la esposa dependiente del Asegurado, pero solamente en conexión con una Maternidad Cubierta. Se entiende por Maternidad Cubierta, el embarazo del Asegurado (a) o de la esposa dependiente del Asegurado, en la cual:

- i. El parto ocurre al menos, once (11) meses continuos después de la fecha efectiva de la cobertura de la madre bajo esta Póliza; y
- ii. Esta cobertura se encuentre vigente al momento en que los gastos cubiertos sean incurridos.

Los Gastos cubiertos por beneficios de maternidad están limitados a los gastos por parto normal (incluyendo cuidados pre y post natales) y cuidados al recién nacido, (limitado a dos visitas rutinarias de valoración al recién nacido durante la hospitalización). Los gastos cubiertos también incluyen tratamiento en el centro de cuidados neonatales y cuidados suministrados por una enfermera comadrona. Los beneficios se pagarán según se indica en la Cláusula 15. 1. C.

El periodo de espera de once (11) meses para la cobertura de maternidad aplicará siempre, sin importar que el periodo de noventa (90) días de plazo de espera para la cobertura bajo esta Póliza se haya o no eliminado por cualquier razón.

Los Gastos Cubiertos para Condiciones Congénitas, incluyendo Nacimiento Prematuro, Anormalidades y/o Defectos al nacimiento, incluyen únicamente los gastos incurridos por un hijo propio que nazca mientras la cobertura de maternidad bajo esta Póliza se encuentre en efecto para el Asegurado y/o su cónyuge dependiente, pero solamente si:

- i. Tal niño nació bajo una Maternidad Cubierta.
- ii. Usted inscribió a tal niño dependiente bajo esta Póliza al someter la Solicitud requerida a la Compañía dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha de nacimiento del niño; y
- iii. La prima correspondiente a la inclusión de tal niño, ha sido pagada
- iv. Los Beneficios serán pagaderos según se indica en la Cláusula 15.1. C.3.

16.15 Transporte Aéreo Profesional por Emergencias, al Centro Médico adecuado y más cercano, cuando el tratamiento no esté disponible en un Hospital local. El Médico a cargo debe considerar la situación como de Riesgo de Vida, y la Compañía debe ser notificada en tiempo adecuado. Los beneficios por Transporte Aéreo Profesional por Emergencias son pagaderos solamente si resultan médicamente necesarios, y:

- i. El viaje por una Línea Aérea Comercial (por ejemplo, en una camilla acompañado por un Médico) no es posible, y

- ii. La lesión, enfermedad o emergencia médica requiere de un cuidado médico especial a bordo, provisto únicamente en una Ambulancia Aérea:
- (1) Operada por personal técnico reconocido en ambulancias aéreas, que cuente con la licencia requerida.
 - (2) Con equipos y suministros médicos especiales a bordo; y
 - (3) Con personal entrenado especialmente; y
- iii. El Médico a cargo certifique que el servicio de una Ambulancia Aérea es requerido para el Asegurado o su Dependiente para recibir tratamiento por una lesión o Enfermedad o Emergencia Médica en un Centro Médico, o para tratamiento especializado, no disponible en un Hospital local. Los beneficios son pagaderos según se indica en la Cláusula 15.1.F.ii.

16.16 Ambulancia Terrestre, hasta el límite especificado en la cláusula 15.1.F.i.

16.17 Gastos por beneficios ambulatorios, hasta los límites especificados en la Cláusula 15.2.

16.18 Gastos por beneficios de Asistencia en viaje fuera del país de residencia del Asegurado, hasta los límites especificados en la Cláusula 15.4.

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

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

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

Enfermedades amparadas distintas a las citadas en el párrafo anterior, serán cubiertas después de los noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura bajo esta póliza, con la excepción de niños o niñas nacidos bajo una maternidad cubierta por la póliza, de acuerdo con los requerimientos establecidos en la cláusula 7 de este condicionado.

17.2 Para Amigdalectomía y/o Adenoidectomía se establece un plazo de espera de seis (6) meses a partir de la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza.

17.3 Para Maternidad, se establece un plazo de espera de once (11) meses consecutivos comenzando desde la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza, durante el

cual los gastos incurridos por el Asegurado o su cónyuge o conviviente dependiente, relacionados con un embarazo no se considerarán como gastos cubiertos bajo esta Póliza.

17.4 Para Trasplante de Órganos, se establece un plazo de espera de doce (12) meses consecutivos, contados a partir de la fecha de inicio de la cobertura bajo esta póliza, durante el cual los gastos incurridos por el asegurado o por cualquiera de sus dependientes elegibles, relacionados con un trasplante amparado por esta póliza, no serán considerados como gastos cubiertos.

17.5 El beneficio del “chequeo anual” es únicamente para el Asegurado Principal y su cónyuge asegurado y se establece a partir del segundo aniversario de la póliza.

18.- INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA. Una vez sometida la Solicitud Seguro debidamente cumplimentada a la Compañía, la fecha de cobertura efectiva será cuando el Solicitante es elegible para la cobertura bajo esta Póliza; o a partir de la aprobación de las Pruebas de asegurabilidad, dentro del plazo máximo de treinta días naturales a partir de que se cumplan los requerimientos. En ambos casos siempre y cuando se haya pagado la prima del seguro.

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

19.- RIMAS. El asegurado principal y los asegurados dependientes que se incluyan en la póliza, deben pagar una prima por cada uno. Las primas por la cobertura de esta Póliza deberán ser pagadas por el plazo de un año de vigencia del seguro. La Compañía se reserva el derecho de modificar las tarifas para la cobertura de seguros otorgada al Asegurado en cualquier fecha de aniversario (renovación) de la Póliza. Se le enviará un aviso por escrito de tal cambio en la tarifa, con treinta (30) días naturales de antelación a su fecha de inicio o renovación. El aviso será enviado al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato.

20.- PAGO DE PRIMAS. El pago puntual de las primas es responsabilidad del Asegurado dentro de los plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales. Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en el domicilio de la Compañía, de sus representantes o intermediarios autorizados. Los avisos de cobro de la prima serán enviados a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato. Si el Asegurado no ha recibido un aviso de cobro de primas con treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de renovación y desconoce el monto correcto de la prima de renovación, debe comunicarse con su intermediario de seguros o con la Compañía.

La forma de pago es anual y puede realizarse mediante: cheque a nombre de la Compañía, tarjeta de crédito o débito, depósito bancario en la cuenta que se le suministrará, y eventualmente el método de deducción de planilla (cuando esté disponible). Adicionalmente, el asegurado puede escoger el pago fraccionado de su prima de acuerdo con la política de recargos en el artículo 32 de este clausulado.

Los ajustes de prima originados en modificaciones a esta póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez días naturales contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. Si la modificación origina devolución de prima, la compañía deberá efectuarla en un plazo máximo de diez días hábiles a partir de la solicitud.

21.-PRORROGA, RENOVACION DE LA POLIZA, PERIODO DE GRACIA, MORA EN EL PAGO Y AJUSTES ANUALES DE LA PRIMA. Esta Póliza es prorrogable y podrá ser renovable por acuerdo de las partes, si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Asegurado al menos con un mes de anticipación.

El Periodo de Gracia para la prórroga y renovación anual de la póliza es de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de la prórroga o renovación. Si al final del Periodo de Gracia, la Compañía no ha recibido la prima correspondiente, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12.00 a.m. del día anterior a la fecha de vencimiento, y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, debiendo notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora. En los casos de pago fraccionado el plazo para el pago de la prima es de diez días hábiles a partir del vencimiento.

Ajustes anuales de Primas. La compañía podrá modificar las tarifas en cualquier prórroga contractual de la Póliza; siempre que la notifique al contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

Las primas de las diversas coberturas de la presente póliza, se estarían ajustando anualmente en la prórroga contractual de la póliza, con base en la variación del *Índice de Precios de Servicios* y a la experiencia de la siniestralidad presentada por la póliza durante su último período de vigencia anual.

Específicamente el porcentaje de Ajuste Anual a las primas se determinaría de la siguiente manera:

PORCENTAJE AJUSTE ANUAL DE PRIMAS = PORCENTAJE VARIACION INDICE PRECIOS SERVICIOS + PORCENTAJE AJUSTE POR SINIESTRALIDAD

En donde:

a) PORCENTAJE VARIACIÓN ÍNDICE PRECIOS SERVICIOS corresponderá a la variación interanual del *Índice de Precios de Servicios* (IPS), publicado por el Banco Central de Costa Rica, con corte al trimestre natural inmediato anterior al mes en que se iniciaría la prórroga contractual de la póliza.

b) PORCENTAJE AJUSTE POR SINIESTRALIDAD corresponderá según la siguiente tabla:

Razón de Siniestralidad	Porcentaje Ajuste por Siniestralidad
Menor de 50%	0%
50% -74%	10%
75% 99%	15%
100%-149%	20%
150% - 199%	30%
200%-299%	40%
300%-399%	50%
400%-499%	60%
500% ó más	80%

c) La RAZÓN DE SINIESTRALIDAD será el resultado de dividir el monto de los siniestros pagados durante el último período de vigencia anual de la póliza más los montos provisionados de siniestros que se encuentren pendientes de liquidación, entre el monto de las Primas Emitidas -netas de cancelaciones o devoluciones- durante el último períodos de vigencia anual de la póliza.

22.-CANCELACION, RESCISION O NULIDAD RELATIVA O ABSOLUTA DE LA POLIZA.

La cobertura de seguros bajo esta Póliza terminará:

- Si ha terminado el Periodo de Gracia sin que la prima correspondiente haya sido pagada;
- En los casos de omisión o inexactitud no intencionales en la declaración del riesgo, cuando la compañía demuestre que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado procederá a rescindir el contrato dentro del plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.
- En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales, Ley No. 8204 (Reforma integral de la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas), la Compañía procederá con la cancelación de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

23.- TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA. Durante la vigencia del contrato el Asegurado podrá darlo por terminado en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la otra parte con al menos un mes de anticipación. La terminación anticipada del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

En cualquier caso, el asegurador tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al asegurado la prima no devengada. La porción no devengada de la prima equivale a 365 días menos el número de días que la Póliza estuvo en vigor.

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

25.- LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES. Los Gastos Cubiertos bajo esta Póliza no incluyen gasto alguno incurrido por, o como resultado de una Condición Preexistente, tal como se define en la Cláusula 5.17 Definiciones de esta Póliza, o complicaciones resultantes de Condiciones Preexistentes, hayan sido, o no reveladas en la Solicitud de Seguro, salvo las siguientes excepciones:

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

26. EXCLUSIONES. Quedará excluido de la presente póliza lo siguiente:

- 26.1 Gastos que excedan los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados.**
- 26.2 Lesiones o Enfermedades intencionalmente auto-infligidas mientras se encuentre sano o demente.**
- 26.3 Lesiones o Enfermedades ocurridas mientras esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas ilícitas, distintas a drogas recomendadas como parte de un tratamiento indicado por un Médico.**
- 26.4 Enfermedades o condiciones transmitidas sexualmente. Esto incluye, pero no está limitado a, herpes, gonorrea, sífilis, citomegalovirus, virus del papiloma humano (VPH) o cualquier condición de deterioro de la salud atribuible, directa o indirectamente, al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y/o enfermedades relacionadas, incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier mutación derivada del mismo.**
- 26.5 Cirugía electiva de carácter cosmético o reconstructivo y sus complicaciones y secuelas, o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético y sus complicaciones o secuelas.**
- 26.6 Tratamiento con fines profilácticos y preventivos, vacunas, curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (Check-up), los exámenes y/o estudios para diagnósticos diferenciales, exámenes o procedimientos rutinarios o aquellos requeridos por una tercera parte. Estos exámenes incluyen pero no están limitados a: seguros, escuelas; empleadores; exámenes físicos anuales o de campo; o exámenes requeridos por una autoridad judicial, a menos que estén especificados en las coberturas de esta póliza.**
- 26.7 Servicios y suministros no autorizados por un Médico, o que no sean médicamente necesarios o apropiados para el tratamiento o lesión o enfermedad, según sea determinado por la Compañía a través de criterios médicos calificados.**
- 26.8 Tratamientos experimentales o de investigación, procedimientos y/o servicios o tratamientos que no sean científicamente o médicamente reconocidos según el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o por las autoridades de salud competentes según la legislación costarricense, y en su defecto y supletoriamente por los estándares de los Estados Unidos de Norteamérica, incluyendo pero no limitados a acupuntura.**
- 26.9 Condiciones Congénitas, incluyendo nacimiento prematuro, anormalidades o defectos de nacimiento, excepto según se prevé en contrario para Dependientes menores, hijos del Asegurado o de su Cónyuge mientras se encuentren asegurados por**

esta Póliza, y solamente si tal hijo ha satisfecho todos los requerimientos de la Póliza para ser elegible bajo la misma desde la fecha de su nacimiento, según se establece para dependientes elegibles, en la Cláusula 7 de esta Póliza.

26.10 Condiciones Preexistentes, incluyendo cualquier complicación o condición derivada de o como resultado de una Condición Preexistente, sin embargo, estarán cubiertas por la póliza: las Condiciones Preexistentes que hayan sido expresamente aceptadas por la Compañía como cubiertas por la póliza mediante un Addendum a esta Póliza en el momento de su emisión, según se indica en la Cláusula 25 de esta póliza.

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

26.12 Con respecto al Trasplante de Órganos, no se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o insumo:

a. Suministrado como resultado de, o de cualquier forma relacionado con un trasplante no específicamente listado como un trasplante cubierto; o por el cual no se han realizado los requerimientos de pre notificación; o no haya sido utilizada la Red de Proveedores Afiliados o que no ha sido previamente autorizado por la Compañía.

b. Considerado Experimental o Investigativo; o Electivo

c. Suministrado cuando existen tratamientos alternativos o procedimientos, igualmente efectivos, y disponibles para el paciente, para tratar tal condición o enfermedad principalmente responsable del trasplante efectuado.

d. Suministrado por, o como resultado de un trasplante en el cual el recipiente es provisto con equipos artificiales o mecánicos o artefactos designados para reemplazar órganos humanos; o en los cuales el donante es un animal.

e. Suministrado por un segundo procedimiento de trasplante que sigue a un trasplante inicial que fue efectuado anteriormente a la fecha efectiva de cobertura bajo esta Póliza el cual falló.

f. Suministrado como el resultado de un tratamiento, procedimiento o servicio relacionado con un trasplante, si tal trasplante es requerido para el tratamiento de una condición congénita, incluyendo un desorden o defecto genético. Ejemplos de Condiciones Congénitas son, pero no están limitadas a, Síndrome de Maroteaux-Lamy (MPS), Síndrome de Hurler, Deficiencia Alpha Mannosidase, y Síndrome Sly, entre otros; o

g. Requerido como resultando de una complicación que se manifieste después de que se haya realizado un procedimiento de trasplante o infusión de medula ósea, a menos que determinemos que tal complicación ha sido el resultado directo e inmediato del procedimiento de trasplante, y no ha sido causado por una enfermedad subyacente o condición del paciente.

26.13 Consultas o terapias por psicólogos, fonoaudiólogos y aquellas que se deban a enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales.

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

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

26.16 Esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio de sexo o implante sexual, Tratamientos de fertilización in-vitro o cualquier tratamiento para la infertilidad o relacionado a la concepción por medios artificiales, estudios de fertilidad o infertilidad, transformación sexual o disfunción o insuficiencia sexual, incluyendo pero no limitado al costo del medicamento llamado Viagra o similar.

26.17 Cualquier tipo de aborto y sus consecuencias, a menos que exista inminente peligro de muerte para la madre.

26.18 Se excluye de cobertura:

- a) Cualquier estudio, tratamiento y procedimiento de ortodoncia, pero no limitado a prevención o corrección de irregularidades dentales y maloclusión mandibular por aparatos de alambre, frenillos y otras ayudas mecánicas o cualquier otro cuidado, reparación, remoción, reemplazo o tratamiento para los dientes o cualquier tejido circundante, excepto por tratamientos necesarios como consecuencia de daño físico a dientes naturales y sanos incurridos por accidente cubierto por la póliza.**
- b) Servicios médicos y/o dentales o suministros para el diagnóstico y tratamiento de problemas de las articulaciones mandibulares, incluyendo pero no limitado a Síndrome de articulación temporomandibular, desorden craneomandibular y otras condiciones de la coyuntura que liga el hueso de la mandíbula al cráneo y la compleja musculatura, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, prognatismo, retrognatismo, micrognatismo o cualquier tratamiento o cirugía para reposicionar la mandíbula superior, inferior o ambas mandíbulas.**
- c) Gastos por preparación o instalación de dispositivos tales como dentaduras, dientes falsos, empastes o reposición de cualquier prótesis fija o removible.**
- d) Gastos por cualquier prótesis fija o removible y prótesis externas o implantables del oído, incluyendo todo tipo de audífonos.**

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

26.20 Cuidados quiroprácticos o podiátricos incluyendo cuidado de los pies en conexión con callosidades, callos pies planos, juanetes, arcos débiles, pies débiles, o quejas sintomáticas de los pies, o aditamentos de calzado de cualquier tipo, a menos que se encuentren especificados como cubiertos en esta póliza.

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

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

26.23 Gasas, vendajes, jeringas, instrumentos y aparatos no prescritos.

26.24 Cualquier gasto, servicio o tratamiento para cualquier forma de suplemento alimenticio o aumento de peso (a menos que sea necesario para la sustentación de la vida de una persona críticamente enferma), o por cualquier programa de ejercicios para el control de peso, sea por obesidad o cualquier otro diagnóstico, sea éste por dieta, inyecciones de cualquier fluido o el uso de cualquier medicación o cirugía de cualquier tipo.

26.25 Cualquier gasto relacionado con el entrenamiento y/o práctica profesional o con remuneración o compensación económica de cualquier deporte.

26.26 Cualquier gasto relacionado con la práctica amateur, aficionada, o no declarada en la solicitud, de deportes o actividades peligrosas, entre las que se señalan de manera enunciativa más no limitativa las siguientes: Alpinismo; artes marciales de cualquier tipo; aviación; automovilismo; buceo; boxeo; bungee jumping; canopy; carreras de caballos; deportes de invierno de cualquier tipo; deportes marítimos o pluviales; equitación; escalar montañas con o sin cuerdas guía; exploración de cuevas (espeleología), cavernas y volcanes; equitación; fútbol; lucha de cualquier tipo; montañismo con o sin cuerdas guía; paracaidismo; parapente o similar; pesca; rafting; rapel; rodeo; rugby o similar; sky trek; sky walk; snorkeling; sky surfing; surfing; tauromaquia y torero; tiro; uso de vehículos acuáticos sin motor; vuelo delta y similares; vuelo en planeadores; windsurfing. En estos casos la Compañía se reserva el derecho de

dar cobertura a esas actividades o de imponer condiciones particulares de aseguramiento. Si en el futuro al Asegurado o sus dependientes asegurados van a iniciar la práctica de cualquiera de esas actividades, deberán notificar por escrito de ello a la compañía.

26.27 Cualquier lesión o enfermedad causada por guerra o actos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (háyase o no declarado el estado de guerra) o guerra civil.

26.28 Cualquier acto de cualquier persona actuando a nombre o en conexión con cualquier organización terrorista.

26.29 Cualquier lesión, enfermedad o tratamiento recibido mientras esté sirviendo como miembro de una unidad policial o militar.

26.30 Cualquier lesión o enfermedad causada por ley marcial o estado de sitio, o cualquier otro evento que determine la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio.

26.31 Tratamiento resultante por participar en una conmoción civil o acto ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

26.32 Cualquier consecuencia que suceda o sobrevenga de un arma nuclear, química o biológica de destrucción masiva, en cualquier accidente, incidente o explosión.

26.33 Cualquier lesión o enfermedad causada mientras esté cometiendo o intentando cometer un acto criminal o provocando un asalto.

26.34 Beneficios de Maternidad para hijas dependientes.

26.35 Tratamientos o complicaciones derivados de:

26.35.1 Premenopausia y climaterio.

26.35.2 Dermatitis atópica y acné.

26.35.3 Alopecia de cualquier tipo.

26.35.4 Estrés y fatiga.

26.35.5 Trastornos del sueño, apnea del sueño.

26.36 Cualesquiera gastos incurridos por acompañantes del paciente asegurado.

27. MODIFICACIONES A LA PÓLIZA. Únicamente la Compañía, tiene el derecho de adicionar a o modificar cualquier parte de esta Póliza. Cualquier cambio, incluyendo cualquier aumento o reducción en la prima, tendrá efecto únicamente en una fecha de Aniversario de la Póliza y entrará en vigencia o a los treinta (30) días naturales siguientes a

la notificación que sobre tales cambios haya sido enviada al Asegurado a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato, por medio de Anexo o Endoso firmado por un oficial o funcionario autorizado de la Compañía. Ningún agente o corredor de seguros tiene facultades para modificar la Póliza o para descartar cualquiera de sus términos.

28. AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS. En el Anexo No. 1 a la presente póliza denominado “PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SEGUROS, AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMOS”, se incluyen las condiciones y requerimientos para la presentación de reclamos por:

- a. Gastos Médicos, cuando el Asegurado haya pagado los servicios directamente al proveedor.
- b. Muerte natural o accidental del Asegurado o su cónyuge, el cual deberá ser presentado por los beneficiarios.

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

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

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

La persona asegurada o beneficiaria deberá aportar a la Compañía toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que le sean requeridas.

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

- a) Cualquier Médico(s) que haya diagnosticado, atendido, tratado recomendado o prestado servicios profesionales a un Asegurado; y

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

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

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

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

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

Se entenderá como pluralidad de seguros cuando un mismo asegurado, mediante dos o más contratos de seguro, pacte con uno o más aseguradores la cobertura de un mismo riesgo, sobre un mismo interés y que coincida en un determinado periodo de tiempo.

Cuando la condición de pluralidad exista de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato con las condiciones indicadas en el párrafo precedente, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo a la compañía en su solicitud.

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

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

33. RECARGOS, DESCUENTOS y GASTOS DE EMISION.

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

- 1. Factor de PAGO SEMESTRAL: 0.52.**
- 2. Factor de PAGO TRIMESTRAL: 0.26.**
- 3. Factor de PAGO MENSUAL: 0.09.**

Descuentos. Se establece para el Asegurado Principal con cónyuge un 10% (diez por ciento) de descuento sobre la Prima Comercial del cónyuge.

Gastos de emisión. En adición a la prima anual, el Asegurado deberá pagar por concepto de Gastos por Emisión un valor de US \$100 (cien dólares) anuales por póliza. Este gasto que no se encuentra incluido dentro de la prima comercial, en razón de que dichas primas se aplican por asegurado y los gastos de emisión se aplican por póliza con independencia del número de asegurados.

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

35. RECHAZO DEL RECLAMO, ACCIONES DE APELACION Y REVISION. Cuando procediere el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado dicha resolución, indicándole con claridad los motivos del rechazo o declinatoria del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado.

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

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

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

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

37. PAGOS INDEBIDOS. Si la Compañía por error de hecho o de derecho, incurriere en un pago indebido o en exceso, tendrá derecho a recuperar lo pagado o el exceso según corresponda, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

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

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

40. SUBROGACION. Cuando la Compañía pague una indemnización se subrogará, de pleno derecho y hasta el monto de su importe, en los derechos del asegurado contra las

personas responsables del siniestro. En este caso el tercero podrá oponer al asegurador las mismas excepciones que pudieren hacer valer contra el asegurado. El asegurador no podrá valerse de la subrogación en perjuicio del asegurado. Esta prohibición se extenderá a aquellas personas que las partes acuerden expresamente así como aquellas con quienes el asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo o culpa grave.

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

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

41. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACION DEL RIESGO. La reticencia o falsedad intencional por parte del asegurado, sobre hechos o circunstancias que de ser conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equivoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

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

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

44. ACCION LEGAL CONTRA LA COMPAÑÍA. No cabrá acción legal contra la Compañía para obligar al pago bajo esta Póliza si no ha transcurrido el plazo para la resolución de reclamos a que se refiere la Cláusula 34.

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

46. LEGISLACION APLICABLE. El presente contrato de seguro se rige por la legislación de la República de Costa Rica. En lo que no esté previsto en sus estipulaciones por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros No. 8956, el Código Civil y el Código de Comercio.

47. CESION. Esta póliza es intransferible. La cobertura y los beneficios no pueden ser cedidos. La Compañía no asume responsabilidad en cuanto a la facilidad o al efecto de cualquier cesión.

48. LEGITIMACION DE CAPITALS. Todas las personas aseguradas en esta póliza así como los beneficiarios, se comprometen a proporcionar a la Compañía en cualquier tiempo del contrato, la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales. En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con este requisito, la Compañía procederá con la cancelación de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

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

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

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

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

El Asegurado puede dirigir sus comunicaciones a la Compañía a:

Dirección: Cantón Central de la Provincia de San José, Costa Rica, esquina de la calle 25 con Avenida 8. Número de Fax: 2248-4684 o al correo electrónico contactanos@bcbscostarica.com

En caso de que alguno no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, Notificaciones Judiciales, de 4 de diciembre de 2008, y demás legislación aplicable.

52. TRASLADO DEL CONTRATO DE SEGURO A OTRO ASEGURADOR. El Asegurado podrá trasladar su contrato de seguro a otro asegurador autorizado, siempre y cuando la Compañía y el otro asegurador estén de acuerdo, si en el presente contrato existe como requisito para la eficacia de la cobertura el transcurso de un plazo de carencia. En caso de operarse el traslado, la Compañía trasladará a la nueva aseguradora las primas no devengadas. Queda entendido para el Asegurado que la nueva aseguradora no está obligado a soportar las normas del presente contrato de modo que regirán las del nuevo contrato.

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

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

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

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

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

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

55.- RESOLUCION DE CONTROVERSIAS. Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato, pueden ser resueltas en sede administrativa según el procedimiento indicado en la Cláusula 35.

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

56. RESPONSABILIDAD DE LA POLIZA Y USO DE LA MARCA. El asegurado y sus dependientes expresamente entienden y reconocen que esta póliza constituye un contrato en que las partes son exclusivamente el asegurado, sus dependientes y Triple-S Blue, Inc., compañía que a través de BlueCross BlueShield Costa Rica, que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de la BlueCross and BlueShield Association, una asociación de planes independientes BlueCross and BlueShield, que permite a BlueCross BlueShield Costa Rica usar las marcas de servicio Blue Cross® y Blue Shield® en el territorio de la República de Costa Rica. BlueCross BlueShield Costa Rica no está contratada como agente de la Asociación, en este caso Triple-S Blue, Inc. lo que tiene es licencia para el uso de la marca.

El asegurado y sus dependientes entienden que no han adquirido esta póliza basado en representaciones de personas ajenas a Triple-S Blue, Inc. a través de BlueCross BlueShield Costa Rica y que ninguna persona, entidad u organización ajena a BlueCross BlueShield Costa Rica podrá ser responsable por cualquier obligación de BlueCross BlueShield Costa Rica hacia el asegurado o sus dependientes bajo esta póliza. Lo anteriormente expresado no crea responsabilidades adicionales a las ya creadas bajo esta póliza.

Advertencia:

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

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

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A11-320 de fecha 08 de marzo de 2012.



SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS-PÓLIZA INDIVIDUAL

NO. DE PÓLIZA: _____

PLAN SOLICITADO:

Nombre del seguro o plan solicitado	Monto asegurado anual por persona asegurada	Escogencia
Dominus de gastos médicos	US \$1.000.000	
Regius de gastos médicos	US \$1.000.000	
Sanitas de gastos médicos	US \$300.000	
Humanus de gastos médicos	US \$100.000	

1. Detalle de personas a asegurar:

ASEGURADO PRINCIPAL : ☐ Aseguramiento por cuenta propia ☐ Aseguramiento por cuenta de un tercero

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")			
		☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro
Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino	Fecha de Nacimiento:	Reporto para recibir comunicaciones de la Compañía el siguiente medio:		
Peso:	__Kgs. __lbs	Día Mes Año	☐ Fax: _____ ☐ Apdo postal _____		
Estatura:	__Mts. __pies		☐ Email: _____		
			☐ Otro Medio: _____		

CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")			
		☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro
Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino	Peso: __Kgs. __Lbs	País residencia	Fecha de Nacimiento:	
		Estatura: __Mts. __Pies		Día Mes Año	

HIJO (A) Ó DEPENDIENTE

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")			
		☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro
Sexo		Fecha de nacimiento: Día, mes, año		País residencia	Peso: __Kgs. __lbs
☐ Femenino ☐ Masculino		Día:	Mes:	Año:	Estatura: __Mts. __pies

HIJO (A) Ó DEPENDIENTE

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")			
		☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro
Sexo		Fecha de nacimiento: Día, mes, año		País residencia	Peso: __Kgs. __lbs
☐ Femenino ☐ Masculino		Día:	Mes:	Año:	Estatura: __Mts. __pies

HIJO (A) Ó DEPENDIENTE

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")			
		☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro
Sexo		Fecha de nacimiento: Día, mes, año		País residencia	Peso: __Kgs. __lbs
☐ Femenino ☐ Masculino		Día:	Mes:	Año:	Estatura: __Mts. __pies

HIJO (A) Ó DEPENDIENTE

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")			
		☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro
Sexo		Fecha de nacimiento: Día, mes, año		País residencia	Peso: __Kgs. __lbs
☐ Femenino ☐ Masculino		Día:	Mes:	Año:	Estatura: __Mts. __pies

Cada uno de los solicitantes deberá llenar y firmar en su oportunidad la autorización que se solicita en los formularios "Declaración de Salud para un Seguro de Gastos Médicos" y "Autorización para consulta de expedientes para el proceso de aseguramiento", "Autorización para consulta de expedientes para Trámite de Reclamaciones", "Autorización para consulta de expedientes para Trámite de Reclamaciones por Muerte" y aportar copia de su documento de identidad.

2. Información adicional sobre el asegurado principal:							
Domicilio permanente			Teléfonos		Dirección electrónica		
			Domicilio:				
			Celular:				
Ciudad:		Nº de fax:					
País:							
Estado civil del asegurado principal:							
☐ Casado	☐ Divorciado	☐ Separado	☐ Viudo	☐ Soltero	☐ Unión de Hecho		
Escolaridad del asegurado principal							
☐ Primaria	☐ Secundaria	☐ Universitaria	☐ Posgrado universitario	☐ Sin grado académico			
Ocupación, ingreso mensual e información del patrono del asegurado principal							
Ocupación:		Ingreso mensual aproximado:					
Nombre del patrono:					Nº teléfono del patrono:		

3. Coaseguro (o copago), deducible, frecuencia y forma de pago de la prima:				
Coaseguro o copago				
Porcentaje →		Monto máximo desembolso →	US\$	
Deducible: Monto del deducible en US\$ →				
Frecuencia, forma de pago y recargos por pago fraccionado de la prima. Monto de la prima en US\$ _____				
☐ Anual Sin recargo ☐ Semestral Con recargo del 4% sobre la prima total	☐ Trimestral Con recargo del 7% sobre la prima total ☐ Mensual Con recargo del 8% sobre la prima total	☐ Visa ☐ Mastercard ☐ American Express	☐ Pago directo a través de transferencia Bancaria	☐ Pago directo a través de cheque a favor de la Compañía
Autorizo expresa e inequívocamente a BlueCross BlueShield Costa Rica, a descontar de mi tarjeta de crédito, débito o cuenta corriente la presente prima ☐ y cualesquiera primas subsiguientes ☐ .				
Esta Póliza tiene un cargo inicial de emisión por un valor de \$100.				

4. Información sobre cualquier otro seguro que lo ampare a Usted, a su cónyuge o conviviente o a cualquiera de sus hijos (as) o dependientes:		
Indique el nombre del seguro ↓	Indique en donde se emitió el seguro	
	☐ En Costa Rica	☐ En el extranjero
En caso de que este seguro fuera aceptado, ¿reemplazaría a algún otro existente?		
☐ Si ☐ No		

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los Registros números: P16-35-A11-319- Seguro Humanus de Gastos Médicos, P16-35-A11-320- Seguro Dominus de Gastos Médicos, P16-35-A11-321-Seguro Regius de Gastos Médicos, P16-35-A11-322-Seguro Sanitas de Gastos Médicos de fecha 08 de marzo de 2012.

_____ Firma Asegurado Principal	_____ Firma Tomador/Pagador del Seguro	_____ Fecha: Día/ Mes/ Año
Nombre Intermediario: _____ Código Intermediario: _____		Firma Intermediario

DECLARACIÓN DE SALUD PARA UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

5. Identificación del solicitante del seguro:					
NOMBRE DEL SOLICITANTE					
Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")				
	☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro	
Relación con el asegurado principal →		☐ Asegurado principal ☐ Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo (a) o dependiente			
6. Nombre y apellidos de su Médico de cabecera →					
Dirección consultorio →					
Números telefónicos →		Del consultorio: Correo electrónico:			
7. Cuestionario de salud: En todo este cuestionario, por favor indicar Si o No →				Si	No
¿Alguna compañía de seguros se ha negado a darle cobertura, a renovar alguna póliza en su aniversario, o ha cancelado o modificado algún seguro de salud, de vida o accidentes?					
¿Ha sido Usted notificado o enterado por un Médico o practicante de medicina que padece y/o ha sido tratada por alguna de las siguientes enfermedades, condiciones, desórdenes o problemas de salud?: PUEDE ENCERRAR O SUBRAYAR LA ENFERMEDAD, CONDICIÓN, DESORDEN O PROBLEMA DE SALUD QUE PADECE.					
7. a. ¿Problemas de los ojos, incluyendo cataratas, u oídos?					
7. b. ¿Problemas nerviosos, desórdenes mentales, epilepsia, vértigo, convulsión, parálisis o migraña?					
7. c. ¿Problemas del corazón, circulatorios, dolores en el pecho, presión arterial alta, angina, deficiencias respiratorias o fiebre reumática?					
7. d. ¿Enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis, tos crónica, padecimientos de garganta o tuberculosis?					
7. e. ¿Enfermedades o problemas de estómago, intestinos, hígado, vesícula, úlceras, colitis, gastritis, hemorroides, problemas de riñones o de vías urinarias, albúmina en la orina o padecimiento de la vejiga?					
7. f. ¿Enfermedades musculares o padecimientos de la espalda, reumatismo, artritis, gota o inflamación del sistema fibroso, amputaciones, osteoporosis, deformaciones óseas o musculares o hernias?					
7. g. ¿Cáncer, tumor o problemas de la sangre?					
7. h. ¿Dermatitis o problemas de la piel, tales como enfermedades de Chagas?					
7. i. ¿Sinusitis, desviaciones del tabique nasal o cualquier desarreglo de la nariz?					
7. j. ¿Problemas endocrinos, padecimientos de la glándula tiroides, diabetes, azúcar en la orina?					
7. k. ¿Padecimientos de las glándulas mamarias, ovarios, útero, vagina, cerviz, desórdenes menstruales, problemas de infertilidad o cualquier interno propio de la mujer? ¿Problemas en el pene, testículos o en la próstata?					
7. l. ¿Está la solicitante en estado de gestación en estos momentos?					
7. m. ¿Ha tenido o tiene el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o padecimientos relacionados con el SIDA, alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual?					
7. n. ¿Alguna enfermedad, padecimiento, condición, problema de salud, desorden fisiológico o accidente no mencionado anteriormente?					
El solicitante del seguro indicado en este cuestionario:				Si	No
7. o. ¿Se ha practicado algún examen de salud o examen médico de rutina en los últimos cinco (5) años?					
7. p. ¿Ha habido resultados anormales en los chequeos nombrados en el inciso anterior?					
7. q. ¿Se le ha recomendado practicarse rayos X, electrocardiograma, electroencefalograma, pruebas de sangre, orina o cualquier otro tipo de investigación médica?					
7. r. ¿Ha estado alguna vez ingresado en un hospital, clínica o sanatorio en los últimos cinco (5) años?					
7. s. ¿Está o ha estado en los últimos cinco (5) años bajo tratamiento o tomando medicamentos?					
7. t. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica en los últimos siete (7) años?					
7. u. ¿Se le ha recomendado alguna intervención quirúrgica (cirugía) que no se haya realizado?					
7. v. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo, por adicción a las drogas o abuso de alguna sustancia nociva para la salud?					
7. w. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros o tabacos en los últimos doce (12) meses? Indicar abajo cantidad diaria, semanal o mensual.					
7. x. ¿Tiene en su familia inmediata (padre/madre) historia de diabetes, hipertensión arterial, problemas del corazón o enfermedades de la circulación sanguínea?					
7. y. ¿Practica usted algún tipo de deporte profesional o amateur? ☐					

Si respondió con "Si" a una o varias de las preguntas anteriores, favor ofrecer la información siguiente:					
Nº de pregunta	Diagnóstico preciso, tratamiento seguido, médico tratante. Si ha sido operado, infórmenos	Día	Mes	Año	Estado actual (Indicar si está curado, en tratamiento, si está de alta o con seguimiento médico)
Firma del declarante:					

Nota: En caso de necesitar más espacio, favor anexar las hojas con el respectivo detalle y firmadas por el solicitante.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE: Manifiesto de manera inequívoca que he leído todas las preguntas contenidas tanto en este formulario como en el de solicitud del seguro, los cuales forman parte integrante de esta póliza y que las respuestas a las mismas son ciertas, completas y verdaderas. Esta póliza se emite tomando en consideración que todas las respuestas dadas a todas las preguntas de la solicitud son veraces y completas. Cualquier omisión o información incorrecta puede causar que cualquier reclamación fuere rechazada, asimismo, entiendo que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra la Compañía y conllevar la devolución de la prima y la cancelación del contrato de seguro.

BlueCross BlueShield Costa Rica, por mandato de ley está obligada y por tanto se compromete, a que la información suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del solicitante o asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

BlueCross BlueShield Costa Rica, se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar esta solicitud de seguro, para lo cual informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para el análisis del riesgo. En caso de el riesgo sea de complejidad, la respuesta se dará en un plazo no mayor a dos (2) meses.

Este documento solo constituye parte de una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firma Asegurado principal	Firma Tomador del Seguro	Fecha: Día/Mes/Año	Nombre, código y firma Intermediario
---------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------------------

8. 1. Designación de beneficiarios para la cobertura de muerte natural y accidental del Asegurado Principal.							
Beneficiario 1 →	Nombre:		1er apellido:		2º apellido:		
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")						
	☐ Cédula de identidad		☐ Cédula de residencia		☐ Pasaporte		☐ Otro
Parentesco ↓	Sexo		Fecha de nacimiento			Porcentaje del beneficio ↓	
	☐ Femenino	☐ Masculino	Día:	Mes:	Año:		
Domicilio del beneficiario →							
Teléfono/e-mail del beneficiario →							
Beneficiario 2 →	Nombre:		1er apellido:		2º apellido:		
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")						
	☐ Cédula de identidad		☐ Cédula de residencia		☐ Pasaporte		☐ Otro
Parentesco ↓	Sexo		Fecha de nacimiento			Porcentaje del beneficio ↓	
	☐ Femenino	☐ Masculino	Día:	Mes:	Año:		
Domicilio del beneficiario →							
Teléfono/e-mail del beneficiario →							

8. 2. Consentimiento de aceptación del beneficio de muerte natural y accidental para el cónyuge o conviviente						
Nombre:		1er apellido:		2º apellido:		
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")					
	☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro		
Parentesco con el asegurado principal ↓	Sexo		Fecha de nacimiento			
	☐ Femenino	☐ Masculino	Día:	Mes:	Año:	
En mi condición dicha declaro y manifiesto mi consentimiento libre, voluntario y expreso para la cobertura de muerte natural y accidental que contiene esta póliza.						
Firma _____ No. de cédula: _____ Fecha: _____						

8. 3. Designación de beneficiarios para la cobertura de muerte natural y accidental del cónyuge o conviviente.						
Beneficiario 1 →	Nombre:		1er apellido:		2º apellido:	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")					
	☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro		
Parentesco ↓	Sexo		Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio ↓	
	☐ Femenino	☐ Masculino	Día:	Mes:	Año:	
Domicilio del beneficiario →						
Teléfono/e-mail del beneficiario →						
Beneficiario 2 →	Nombre:		1er apellido:		2º apellido:	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")					
	☐ Cédula de identidad	☐ Cédula de residencia	☐ Pasaporte	☐ Otro		
Parentesco ↓	Sexo		Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio ↓	
	☐ Femenino	☐ Masculino	Día:	Mes:	Año:	
Domicilio del beneficiario →						
Teléfono/e-mail del beneficiario →						

Espacio para uso exclusivo de BlueCross BlueShield Costa Rica					
- Decisión técnica de aseguramiento – OBSERVACIONES O EXCLUSIONES					
Vigencia desde: _____ (Día/Mes/Año/Hora) Hasta: _____ (Día/Mes/Año/Hora)					
Firma del Selector de Riesgos →		Fecha y hora de aceptación:		Autorizado:	

BlueCross BlueShield Costa Rica antes Atlantic Southern Insurance Company

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los Registros números: P16-35-A11-319- Seguro Humanus de Gastos Médicos, P16-35-A11-320- Seguro Dominus de Gastos Médicos, P16-35-A11-321-Seguro Regius de Gastos Médicos, P16-35-A11-322-Seguro Sanitas de Gastos Médicos de fecha 08 de marzo de 2012.