ASSA Compañía de Seguros, S.A.

ASSA SALUD EMPRESARIAL - SUMA ASEGURADA VITALICIA

Código de producto: P20-64-A05-649

Fecha de registro: 25-set-15

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
ASSA SALUD EMPRESARIAL
-SUMA ASEGURADA VITALICIA-
CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA 3
DEFINICIONES 4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN 12
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL 12
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL 12
3. SEGURO COLECTIVO 12
4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO 12
5. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA 12
ÁMBITO DE COBERTURA 13
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS 13
6. COBERTURAS BÁSICAS 13
7. COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL) 16
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD 17
8. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO) 17
9. SUMAS ASEGURADAS 17
SECCIÓN III: EXCLUSIONES 29
10. EXCLUSIONES GENERALES 30
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA 33
11. LIMITACIONES 33
SECCIÓN V: DEDUCIBLES 33
12. CLAÚSULA DE DEDUCIBLES 33
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES 34
13. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA 34
14. BASES DEL CONTRATO (OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO) 34
15. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO (OBLIGACIÓN DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO) 35
16. REPORTE DE EXCLUSIONES E INCLUSIONES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE) 35
17. SEGUROS COEXISTENTES (OBLIGACIÓN DEL ASEGUARDO PRINCIPAL) 36
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS 36
18. MONTO DE LAS PRIMAS 36
19. FORMA DE PAGO 36
FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA 36
20. TARIFAS 36

RECARGOS Y DESCUENTOS 37
21. RECARGOS Y DESCUENTOS 37
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS 37
22. RECLAMACIONES 37
23. PAGO DE RECLAMACIONES 38
24. PERIODO DE PAGO DE GASTOS 38
25. DETERMINACIÓN DEL IMPORTE DEL PAGO 39
26. HONORARIOS MÉDICOS 39
27. OTROS GASTOS 39
28. RESTITUCIÓN 40
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES 40
29. VIGENCIA DEL SEGURO 40
30. COBERTURA EFECTIVA 40
31. DERECHO DE PRÓRROGA 40
CONDICIONES VARIAS 40
32. ELEGIBILIDAD 40
33. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO 41
34. MODIFICACIONES AL CONTRATO (CONDICIONES PARTICULARES) 41
35. CAMBIOS DE PLAN 41
36. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO 42
37. REGISTRO DE ASEGURADOS 42
38. NACIMIENTOS 42
39. MATRIMONIOS 42
40. EDAD 43
41. PRESCRIPCIÓN DE DERECHOS 43
42. SUBROGACIÓN 43
43. VALORACIÓN 44
44. PADECIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON PERÍODO DE ESPERA 44
45. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA 44
46. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO 45
47. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA 45
48. PERIODO DE GRACIA 46
49. REHABILITACIÓN 46
50. MONEDA 46
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 47
51. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS 47
52. LEGISLACIÓN APLICABLE 47
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES 47
53. NOTIFICACIONES 47

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la "**Compañía**"), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el **Contratante**/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante el "**Contratante**" o el "**Tomador**" y/o el "**Asegurado**" en la medida que la figura de **Contratante** y **Asegurado** concurran en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, Deducibles, Coaseguro, Copagos y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) **Asegurado(s)** nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante el "Asegurado") a la **Compañía**.

En ese sentido, la **Compañía** por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al correcto cumplimiento de parte del **Tomador** y/o **Asegurado** con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

_____

Giancarlo Caamaño Lizano

Representante Autorizado

ASSA Compañía de Seguros, S. A.

DEFINICIONES

Para todos los efectos de esta póliza, las expresiones siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna:

Accidente Amparado: Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del **Asegurado**; que ocurra después de la fecha en que haya sido reportada la inclusión del afectado en la póliza, que el accidente se encuentre amparado dentro de las coberturas; que el accidente no se encuentre indicado dentro de las Exclusiones de esta póliza y; que ésta se encuentre en vigor.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo Accidente Amparado o Cubierto que les dio origen.

Se considerará como Enfermedad el Accidente Amparado cuyo primer gasto se efectúe después de los treinta (30) días naturales de la fecha de ocurrido.

Addendum: Documento escrito que modifica acuerdos previos en la Póliza de Seguro, sea en las Condiciones Particulares o en Addenda, ya sea por solicitud del **Contratante** o como condición especial de la **Compañía** para la aceptación del contrato por significar un riesgo especial. Addendum en plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.

Asegurado: Es toda persona física, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la **Compañía** y a favor de quien se ha emitido un Certificado individual de Seguro o se ha extendido cobertura de seguro según el método convenido entre la **Compañía** y el **Contratante**, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia. En términos generales, es la persona física expuesta a los riesgos que puedan afectar su integridad corporal o su salud. Es el titular del Interés Asegurable, y que, en defecto del **Tomador**, asume los derechos y obligaciones derivadas del contrato.

Asegurado Principal: Es la persona física en cuya cabeza recae el seguro y quien aparece como **Asegurado** en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Asistente Quirúrgico: Médico o Cirujano que asiste, de manera directa, durante el desarrollo de un procedimiento de diagnóstico o quirúrgico, y cuya participación es indispensable para su realización. Su aprobación estará sujeta a previa autorización de la **Compañía**.

Atención Médica Programable: Es aquella, en la que a consecuencia de un evento no se requieren servicios médicos inmediatos, y se puede efectuar en la fecha que acuerde el Médico Tratante con el **Asegurado**, sin poner en riesgo la integridad física, la salud y la vida de éste.

Autorización Previa: Proceso mediante el cual se obtiene la aprobación del Área Médica de la **Compañía** para una referencia, servicio o procedimiento que lo requiera, de acuerdo al Manual de Normas, y Procedimientos establecidos por la **Compañía**.

Beneficios: Significa todas las sumas de dinero pagaderas por la **Compañía** de acuerdo a las condiciones de esta póliza.

Beneficio Máximo: Es el límite de responsabilidad amparado por esta póliza para cada cobertura contratada y para cada **Asegurado**, cuyo importe se especifica en las Condiciones Particulares de la misma.

Carnet de Identificación: La **Compañía** entregará a sus Asegurados una tarjeta de identificación, la cual deberán llevar siempre consigo como identificación en caso de una urgencia médica y deberán mostrarla al solicitar cualquier servicio cubierto por su programa médico.

Cirugía Ambulatoria: Es el servicio que requiere de un período de hospitalización menor a veinticuatro (24) horas para la observación, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, cuidado y/o tratamiento del **Asegurado**.

Cláusulas: Son las disposiciones establecidas en el Contrato de Seguro a través de las Condiciones Generales y Particulares.

Coaseguro: Es la proporción del gasto que asume todo **Asegurado** Principal o Familiar **Asegurado** en su propio riesgo, conforme se estipule en ésta póliza.

Cobertura opcional: Es aquel beneficio que se puede agregar a los planes de la **Compañía** mediante el pago de una prima adicional.

Colectividad Asegurable: Conjunto de personas sobre el que se hace la oferta del seguro, el cual es representado por el **Contratante**.

Colectividad Asegurada: Conjunto de personas que pertenece a la Colectividad Asegurable e integrado por un mínimo de diez (10) Asegurados titulares, que han cumplido con los requisitos establecidos para ser aceptados en el contrato y que han otorgado su consentimiento para ello.

Colectividad Reducida: Conjunto de personas que pertenece a una Colectividad Asegurada y que en la fecha de inicio de vigencia de una prórroga, el número de Asegurados Principales es menor a diez (10) Asegurados titulares.

Condiciones Especiales: Es el conjunto de cláusulas o secciones que se incluyen mediante Addendum, por razones de orden técnico de la póliza o para modificar alguna circunstancia contenida en la Póliza de Seguros en relación con el riesgo. Estas condiciones tienen prelación sobre las Generales.

Condiciones Generales: Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recogen los principios básicos que regulan este contrato de seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe la **Compañía**. Incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.

Condiciones Particulares: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del **Contratante**, **Asegurado** y **Beneficiario**, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.

Consentimiento: Es el acuerdo de voluntades que existe entre el **Contratante** y la **Compañía** determinado en el Contrato de Seguro.

Contratante / Tomador: Es la persona física o jurídica que por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el **Asegurado**. Puede concurrir en el tomador la figura de **Asegurado** y beneficiario del seguro. El **Contratante** asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo. El deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la **Compañía** sin perjuicio que lo realice a través del **Contratante**.

Copago: Cantidad previamente establecida en el plan que el **Asegurado** elige y que deberá pagar por un servicio específico que reciba. El **Asegurado** deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o servicio. Un listado específico y detallado de los copagos a cubrir por el **Asegurado**, aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Declaraciones del Asegurado: Manifestación del **Asegurado**, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la **Compañía**. La reticencia o falsedad intencional por parte del **Asegurado** o del **Tomador**, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la **Compañía** hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. **La Compañía** podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al **Asegurado** o al **Tomador**, la **Compañía** estará obligada a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si la **Compañía** demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible al **Asegurado** respectivamente. **La Compañía** hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la Terminación del Contrato.

Deducible por Año Póliza: Cantidad acumulable por cada **Asegurado** durante el año póliza, aplicada a las coberturas indicadas en las Condiciones Particulares. La responsabilidad de la **Compañía** será sólo por las sumas en exceso del deducible aplicable.

Enfermedad Cubierta: Toda alteración en la salud que sufra el **Asegurado** siempre que:

a) Tanto su inicio como el primer gasto médico se efectúen después de la fecha en haya sido reportada la inclusión del **Asegurado** en la póliza,
b) Se encuentre amparada dentro de las coberturas
c) No se encuentre indicada dentro de las Exclusiones contenidas en esta póliza, y
d) Que la póliza se encuentre en vigor.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad Amparada que les dio origen.

Evento: Cada una de las enfermedades amparadas o accidentes cubiertos por esta póliza, que sufra el **Asegurado** durante la vigencia de la póliza, atribuible a un mismo padecimiento o diagnóstico.

Familiar Asegurado: El término “Familiar Asegurado” significa:

a) Cónyuge o, en su defecto, la persona que mantenga un lazo afectivo permanente, en unión de hecho, por más de tres (3) años de convivencia ininterrumpida dentro del mismo hogar junto con el **Asegurado** Principal y que, de común acuerdo con la **Compañía**, justifique su aseguramiento.
b) Los hijos mayores de nueve (9) días naturales y menores de diecinueve (19) años, habidos dentro o fuera del matrimonio o legalmente adoptados, o hijastros que vivan en el hogar del **Asegurado** Principal, siempre y cuando hayan sido reportados e incluidos en la póliza, sean solteros y dependan económicamente del **Asegurado** Principal.
c) Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años pero menores de veinticinco (25) años, podrán permanecer incluidos en la póliza, siempre y cuando dependan económicamente del **Asegurado** Principal y se encuentren estudiando a tiempo completo. Se exigirá previa confirmación de esta circunstancia.

Habitación Estándar: Habitación para la hospitalización de un solo paciente, incluye gastos de habitación, alimentos y cuidados generales de enfermería.

Honorarios Médicos: Son las contraprestaciones devengadas que corresponden al o los Médicos Tratantes en tratamientos o intervenciones quirúrgicas proporcionadas al **Asegurado**.

Hospital y/o Clínica: El término "Hospital" y/o "Clínica" significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos o accidentados y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios por las autoridades correspondientes.

Por HOSPITAL PARTICIPANTE se entiende todo Hospital o Clínica afiliada a la red de proveedores de la **Compañía**.

Hospitalización: Para efectos de esta póliza, es la estadía continua del **Asegurado** en un hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable por el padecimiento o diagnóstico definitivo; a partir del momento en que el **Asegurado** ingrese como paciente.

Intermediario de Seguros: Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas y que hayan sido debidamente autorizados por la Superintendencia General de Seguros para intermediar este producto. La contratación colectiva de una póliza no exime a los intermediarios seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los Asegurados individualmente considerados en la póliza.

Mantenimiento de la Salud: Son las acciones orientadas al **Asegurado** para el cuidado y buen funcionamiento de su organismo.

Médicamente Necesario: Servicios o suministros ordenados y proporcionados por un hospital, un médico u otro proveedor que la **Compañía** acepte:

a) Que sean apropiados al diagnóstico, al tratamiento de la enfermedad o accidente del **Asegurado**.
b) Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas.
c) Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del **Asegurado**, de su médico o de otro proveedor.
d) Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al **Asegurado**; y que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.

Médico: Significa cualquier persona que está legal y debidamente registrada y autorizada por las autoridades competentes en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos.

Médico Coordinador: Médico que supervisa, coordina y apoya los servicios y las relaciones entre la red de proveedores de la **Compañía** y sus Asegurados.

Médico Especialista: Médico con la certificación de haber efectuado los estudios académicos y las prácticas de especialización requeridas por los organismos profesionales, colegios de especialidad y las autoridades competentes.

Médico Tratante: Es el médico que está a cargo del cuidado y de la atención del padecimiento o enfermedad del **Asegurado**, incluido en el listado de proveedores de la **Compañía**.

Modalidad Contributiva: Se denomina así el contrato Colectivo donde el **Asegurado** participa al **Contratante** un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la **Compañía** por concepto de la cobertura otorgada.

Modalidad No-Contributiva: Se denomina así el Colectivo donde el **Contratante** paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.

Padecimiento Congénito.: Se entiende como padecimiento congénito la malformación, enfermedad o padecimiento que genera una alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, o bien posteriormente a varios años.

Participación Máxima: Cantidad límite (máxima) por la aplicación de coaseguro a cargo del **Asegurado** en toda reclamación, por atención local o internacional en los Beneficios de Hospital indicados en la Tabla de Beneficios.

Periodo de Cobertura: Se entiende que la cobertura puede ser sobre la "base de ocurrencia" o sobre la "base de reclamación". Sobre la "base de ocurrencia", el seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes. Sobre la "base de reclamación", sólo 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 de la Póliza o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes en las Condiciones Particulares.

Periodo de espera: Es el tiempo o vigencia continua que transcurre entre la fecha de inclusión del **Asegurado** en la Póliza y la fecha posterior pre-determinada para ciertos padecimientos, vigencia dentro de la cual no surte efecto la póliza.

Periodo de gracia: Es el plazo no mayor de diez (10) días hábiles para el pago de las primas en cualquier fecha de su vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las Condiciones Particulares.

Personas Elegibles: Es la condición que hace a una persona apta para ser **Asegurado** por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula "**ELEGIBILIDAD**". Serán elegibles todas aquellas personas que tengan la calidad de empleado activo al servicio del contratante y sus familiares elegibles, que al momento de solicitar su ingreso al seguro no se encuentren ni incapacitados, ni inválidos, ni reciban en el presente o hayan recibido en el pasado, de cualquier fuente de ingresos o beneficios económicos por incapacidad.

Plan Médico de La Compañía: Conjunto de productos de seguro de salud de la **Compañía**, donde se brindan servicios de salud a todos los niveles bajo estrictos controles de calidad en la atención, tratamientos, utilización de los recursos, oportunidad, satisfacción y resultados, dando énfasis a los cuidados preventivos y al mantenimiento del buen estado de salud de los Asegurados.

Preexistencia: Es aquel padecimiento o enfermedad:

a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, o
b) Cualquier diagnóstico en el historial médico del **Asegurado** previo a la contratación inicial de la póliza, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, o
c) Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos, o
d) Se encuentre presente al momento de tomar el seguro, incluyendo el embarazo, sin tener en cuenta que el **Asegurado** tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con dicho padecimiento o enfermedad, o
e) Que según la experiencia médica indique que tal condición se inició antes de la fecha efectiva del seguro, o
f) Que a consecuencia de parto o cesárea estarán cubiertos después de los primeros doce (12) meses de cobertura continua, o

g) El cuidado prenatal como servicio de un paciente externo, así como las prescripciones, permanecerán como servicio cubierto, o
h) En el caso de un parto prematuro, la edad gestacional del recién nacido determinará la cobertura. Las complicaciones del embarazo serán tratadas como una nueva condición médica y no está sujeta a limitación por condición preexistente.

Prima: Precio o suma que paga el **Tomador** por la cobertura contratada, durante la Vigencia de la Póliza establecida en las Condiciones Particulares.

Prima no devengada: Corresponde a la porción de la prima aplicable al período no transcurrido de la Vigencia de la Póliza. Por ejemplo, en el caso de una prima para doce (12) meses de vigencia la prima no devengada al final del primer mes de vigencia correspondería a 11/12 de la prima.

Propuesta de seguro: Documento que contiene una oferta realizada por la **Compañía** para cubrir los riesgos de un potencial **Asegurado** y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a **La Compañía** por un plazo de quince (15) días hábiles.

Red de Proveedores o Proveedores Participantes: Aquellas instituciones e individuos legalmente establecidos y con autorización de las autoridades competentes para proveer servicios médicos, previamente seleccionados y convenidos para participar en el Plan Médico de la **Compañía**, que tienen por objeto proporcionar al **Asegurado** el servicio médico que requiera, pagando la **Compañía** los costos por la atención prestada a éste, en exceso del Copago, Coaseguro o deducible contratado, según sea el caso, y hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, con el fin de evitarle el desembolso y posterior recuperación de dichos gastos conforme a este Contrato.

Referencia: Es la recomendación escrita hecha por parte de un Médico Participante y/o por el Plan Médico, para que un **Asegurado** reciba los servicios de un proveedor referido.

Rehabilitación: Proceso de selección de la **Compañía** para volver a asegurar a uno o varios **Asegurado**(s) que hayan perdido derecho a los beneficios de la póliza con motivo de cancelación de cobertura por incumplimiento en el pago de la prima.

Riesgo(s): Vulnerabilidad de la vida, la integridad corporal o la salud del **Asegurado** ante un posible o potencial evento dañoso. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del **Asegurado**. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.

Seguros Coexistentes: El **Asegurado** Principal está obligado a informar a la **Compañía**, en el momento de presentar la reclamación, sobre la existencia de cualquier seguro coexistente, con indicaciones de quién está asegurado como **Asegurado** Principal, como Familiares Asegurados y sobre la Suma Asegurada de cada uno. El incumplimiento de esta obligación tendrá como resultado la pérdida del derecho a recibir beneficios bajo esta póliza.

Cuando existan varios seguros la indemnización será asumida en orden de antigüedad por la aseguradora que emitió la póliza en la fecha más antigua y así sucesivamente si existen más de dos (2) contratos. En ningún caso, el pago acumulativo hecho por todas las compañías podrá exceder del monto total de gastos incurridos por el **Asegurado**.

Siniestro: Constituye la acción o aparición del riesgo que hace exigible la obligación de la **Compañía**. Acontecimiento inesperado, accidental, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del **Asegurado** del que deriva el pago de los beneficios producto del menoscabo en su salud o integridad física. Sinónimo de evento o accidente.

Sistema de Pago Directo a Proveedores: Beneficio mediante el cual la **Compañía** paga directamente al proveedor, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados cubiertos por

el Plan Médico de la **Compañía**. Para disfrutar de este sistema, se requiere ser atendido por proveedores participantes de la Red y que la póliza se encuentre vigente.

Sistema de Reembolso al Asegurado: Sistema mediante el cual los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por el Plan Médico de la **Compañía,** fueron liquidados por el **Asegurado**, directamente al prestador de servicios; aquellos que procedan, serán reintegrados posteriormente al **Asegurado** o a quien éste designe, previa presentación de los comprobantes y formularios correspondientes.

Solicitud de Propuesto Asegurado: Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.

Suma Asegurada: Es la obligación máxima de la **Compañía** por toda la vida del contrato de seguro de cada **Asegurado**, que se irá disminuyendo en proporción a cada reclamación pagada por esta Póliza. La Suma Asegurada Vitalicia no se reinstala automáticamente en cada prórroga.

Tabla de Beneficios: Es el listado de servicios y procedimientos que forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza, donde se especifican en detalle todos los beneficios contratados por el **Asegurado**. La Tabla de Beneficios contiene el monto máximo por beneficio, el correspondiente copago, coaseguro, deducible y limitaciones según sea aplicable.

Tabla de Honorarios Médicos: Listado de servicios y procedimientos donde se especifica el monto máximo que la **Compañía** pagará por servicio u honorario médico cubierto por el Plan Médico de la **Compañía**.

Tratamiento Médico: Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de la salud del **Asegurado**, a causa de una enfermedad o accidente.

Unidades de Valor Relativo: Es el valor relativo en unidades que se le da a cada procedimiento médico tomando en cuenta los siguientes factores: habilidad y tiempo requerido, gravedad del caso, riesgo inherente y posibilidad de error. Utilizándose como un mecanismo financiero de apoyo para determinar los honorarios por servicios prestados.

Urgencia Médica: La **Compañía** reconocerá bajo ésta cobertura los gastos médicos por atención en el Cuarto de Urgencia, únicamente por los siguientes casos:

a) URGENCIA POR ACCIDENTE: Atención por heridas sufridas accidentalmente dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas.

b) URGENCIA POR ENFERMEDAD: Solamente se cubrirá Urgencia por Enfermedad en los siguientes casos, siempre y cuando se brinde la atención dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas:
   - Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorio, circulatorio, urológico o gastrointestinal.
   - Convulsiones.
   - Deshidratación severa.
   - Hemorragias.
   - Reacciones alérgicas agudas.
   - Intoxicación severa.

Valor Agregado: Es un servicio que la **Compañía** facilita sin costo alguno a sus Asegurados.

Vencimiento: Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.

Vigencia de la Póliza: Es el período durante el cual la **Compañía** se compromete, mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.

Vigencia Particular: Es el periodo indicado en el Certificado individual de seguro y que inicia a partir de la fecha efectiva en que el **Contratante** reporta a la **Compañía** la inclusión de un **Asegurado** al Seguro Colectivo; durante dicho periodo, el **Asegurado** tendrá el derecho a la cobertura de la presente Póliza y sus prórrogas una vez pagada la prima correspondiente.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Certificado de Seguro y Addendum.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y la Condiciones Generales tienen prelación sobre la solicitud de seguro y Declaraciones del **Tomador** y/o **Asegurado**.

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. En los casos en que se adhieran nuevas Condiciones Particulares o Addenda a esta póliza, prevalecerán las estipulaciones de las nuevas Condiciones Particulares o Addenda sobre lo demás.

3. SEGURO COLECTIVO

Este es un Seguro Colectivo que podrá ser contratado en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el **Tomador** con los Asegurados. El **Tomador** asume las responsabilidades que emanen de su actuación como "**Tomador** del Seguro Colectivo". El deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la **Compañía** sin perjuicio que lo realice a través del **Tomador**.

4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la **Compañía**, de la Solicitud de Seguro presentada por el **Contratante**, o bien, si la **Compañía** realiza una Propuesta de Seguro, con la aceptación que el **Contratante** hace de esta propuesta.

Cuando se trata de la Solicitud de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que esta solicitud cumpla con todos los requisitos de la **Compañía** y sea aceptada dentro del plazo máximo de treinta (30) días naturales. La **Compañía** podrá rechazar la solicitud dentro del mismo plazo de treinta (30) días naturales.

Cuando se trata de la Propuesta de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que el **Contratante** acepta los términos de esta propuesta dentro del plazo de quince (15) días hábiles. En caso de nuevos ajustes realizados por el **Contratante** a la Propuesta de Seguro, se entenderá como una nueva Solicitud de Seguro y la cobertura entra a regir a partir de la aceptación del riesgo por parte de la **Compañía** conforme a esa nueva Solicitud de Seguro para lo cual tendrá un nuevo plazo de treinta (30) días naturales.

5. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que el contenido de esta póliza difiera de lo indicado en la Solicitud o Propuesta de Seguro, prevalecerá lo indicado en esta póliza. No obstante, la persona asegurada tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas

respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha en que se emita la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS

6. COBERTURAS BÁSICAS

El **Asegurado** recibirá la atención médica de acuerdo al Plan Médico de la **Compañía** que el **Contratante** haya establecido, mismo que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y se detalla en la Tabla de Beneficios.

Los Servicios que el **Contratante** podrá adquirir y que se especificarán en las Condiciones Particulares de la Póliza son los que a continuación se establecen:

6.1. Hospitalización

El **Asegurado** tendrá derecho a los siguientes servicios en caso de que sufra una Enfermedad amparada o un Accidente amparado. En la fecha de la atención, el **Asegurado** efectuará el Copago o Coaseguro que corresponda según lo estipulado en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza.

6.1.1. Servicios Hospitalarios Paciente Interno.

- Por Procedimiento Quirúrgico.
- Por Procedimiento no Quirúrgico.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Medicamentos.
- Suministros y Materiales.

6.1.2. Estudios de Diagnóstico Paciente Interno.

- Laboratorio.
- Imagenología.
- Patología.

6.1.3. Honorarios Médicos Paciente Interno.

- Consultas Médicos de Cuidados Primarios.
- Consultas de Médicos Especialistas.
- Consultas en Cuidados Intensivos.
- Por cirugía.
- Por asistente quirúrgico.
- Por Anestesiología.

6.1.4. Servicios Hospitalarios Paciente Externo.

- Procedimiento Quirúrgico.
- Procedimiento No Quirúrgico.

- Medicamentos.
- Suministros y Materiales.

6.1.5. Estudios de Diagnóstico Paciente Externo.

- Laboratorio.
- Imagenología.
- Patología.

6.1.6. Honorarios Médicos Paciente Externo.

- Por Cirugía incluyendo asistente quirúrgico.
- Por Anestesiología.

6.1.7. Servicios de Emergencia.

- Cuarto de Urgencias (por Accidente, por Enfermedad y/o en el Extranjero).
- Consulta en Sala de Urgencia.
- Ambulancia Terrestre.

6.1.8. Otros.

- Quimioterapia y radioterapia.
- Diálisis.
- Rehabilitación y terapia.
- Prótesis y órtesis (autorización previa de la **Compañía**).
- Trasplantes de órganos (médula ósea autóloga, medula ósea orogénica, riñón, córnea, corazón, pulmón, páncreas e hígado).
- Fisioterapia.
- Inhaloterapia.

6.2. Prevención y Mantenimiento de la Salud

La **Compañía** proporcionará los Cuidados y Mantenimiento de la Salud a través de la Red de Proveedores. El **Asegurado** realizará el Copago o Coaseguro correspondiente en la fecha de la consulta o del servicio de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios que se otorgarán serán los siguientes:

6.2.1. Programa del Niño Sano.

Tiene por objetivo controlar y atender al menor de edad para detectar oportunamente cualquier problema que pueda poner en riesgo su salud. Contempla controles médicos e inmunizaciones básicas.

Desde el nacimiento y hasta la edad de 6 años.

- Control quincenal cuando la edad sea menor a 1 mes.
- Control mensual cuando la edad sea de 1 a 11 meses.
- Control semestral cuando la edad sea de 1 a 2 años.
- Control anual cuando la edad sea de 2 a 6 años.

6.2.2. Programas de Detección Oportuna.

Se le practicarán al **Asegurado** estudios de rutina para detectar oportunamente los siguientes padecimientos:

- Aseguradas con edad mayor a 18 años: Aplicación del Papanicolau para la detección del Cáncer Cérvico Uterino (uno por año).
- Asegurados con edad mayor a 40 años: Aplicación del Antígeno Prostático para la detección del Cáncer de próstata. Aplicación de Mamografía y Ultrasonido mamario para la detección de Cáncer de mama (uno por año en cada caso).
- Asegurados con edad mayor a 40 años: Para la detección de la Diabetes se realizará el examen de glucosa.

6.2.3. Aplicación de Inmunizaciones Básicas en Niños hasta 6 años únicamente.

6.3. Consulta Externa

El **Asegurado** realizará el Copago o Coaseguro correspondiente en la fecha de la consulta o del servicio, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios a los que tendrá derecho el **Asegurado** son los siguientes:

6.3.1. Honorarios de Médicos.

- Consulta Médico de Cuidados Primarios (Familiar, General, Pediatra o Ginecólogo).
- Consulta de Especialistas.
- Cirugía en Consultorio
- Pruebas de Alergia.

6.3.2. Asesoría Nutriológica.

6.3.3. Psiquiatría (Beneficio de Desórdenes Mentales y Nerviosos).

- Se amparan los tratamientos psiquiátricos de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios, contado a partir de la fecha de la primera sesión y/o consulta, si a juicio del Médico Tratante el **Asegurado** requiere este servicio.

6.3.4. Auxiliares de Diagnóstico. Incluye los siguientes servicios.

- Imagenología.
- Laboratorio.
- Patología.

6.4. Farmacia

La **Compañía** reembolsará al **Asegurado** por los medicamentos prescritos en exceso del deducible pactado, hasta el límite establecido en la Condiciones Particulares de la póliza. El **Asegurado** participará en coaseguro de acuerdo al porcentaje establecido la Tabla de Beneficios adherida a esta póliza.

6.5. Servicios Dentales

El **Asegurado** tendrá el derecho a los siguientes servicios **sólo en caso de molares impactadas.** El **Asegurado** realizará el Coaseguro que corresponda en la fecha de recibir el servicio.

- RX Periapical.
- Extracciones Simples.

6.6. Embarazo y Maternidad

Solamente tendrá derecho al beneficio de maternidad la Asegurada Principal o Cónyuge inscrita en la póliza, según sea el caso, siempre y cuando el embarazo se inicie una vez transcurrido el periodo de

carencia acordado, contado desde la fecha de su inclusión en la póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.

Para todos los efectos de este contrato, se incluirá bajo el término embarazo, todos los gastos médicos prenatales, el alumbramiento, gastos posparto, pérdidas o abortos legales, complicaciones resultantes del mismo, y en general cualquier atención médica que se requiera como consecuencia del mismo.

Cualquier complicación resultante del embarazo se considerará como un caso diferente a maternidad, siempre que hayan transcurrido treinta (30) días naturales a partir de la fecha de terminación del embarazo.

En caso tal de que esta póliza establezca la cobertura del Recién Nacido en la Tabla de Beneficios Máximos, la misma estará sujeta al límite máximo establecido en dicha tabla, siempre y cuando esta póliza esté en vigor y la madre esté amparada por el Beneficio de Embarazo y Maternidad conforme a esta cláusula.

En la fecha de la atención, la Asegurada efectuará el Copago o Coaseguro que corresponda según lo estipulado en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios a los que tendrá derecho la Asegurada serán los que a continuación se indican

- Consulta Ginecólogo.
- Laboratorio.
- Imagenología.
- Patología.
- Hospital Parto Normal.
- Hospital Parto Cesárea.
- Medicamentos y Materiales.
- Honorarios Ginecobstetricia Parto Normal.
- Honorarios Ginecobstetricia Parto Cesárea.
- Honorarios Neonatología.
- Honorarios Anestesiólogo.
- Honorarios Asistente Quirúrgico.

7. COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL)

Los siguientes servicios se proporcionan con sujeción a las Condiciones Particulares de la Póliza:

7.1. Servicios Odontológicos Adicionales

A opción del **Tomador** se proporcionarán otros servicios odontológicos los cuales representan un cobro de prima adicional.

Estos servicios no tienen periodo de carencia ni pre-existencia y serán proporcionados por terceros (proveedores). Esta cobertura se divide en servicios odontológico denominados “Cobertura de Prevención” y servicios odontológicos denominados “Emergencias”.

7.1.1. Cobertura de Prevención

i. **Medicina Bucal.** Examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento)
ii. **Periodoncia.** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
iii. **Prevención.** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
iv. **Restauradora y Operatoria.** Amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores, resinas fotocuradas en dientes posteriores y vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.

v. **Endodoncia.** Tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradiculares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capielos.
vi. **Cirugía.** Exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
vii. **Radiografías.** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.
viii. **Ortodoncia.** Consulta inicial, modelo de estudio (cefalograma, Rx panorámica, foto de frente y perfil en yeso blanco), aparotología y colocación de la misma.

7.1.2. Emergencias

La atención de emergencias incluye el tratamiento inicial y medicación en los casos que se indican a continuación.

i. **Emergencias Endodónticas.** Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
ii. **Emergencias Periodontales.** Curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
iii. **Emergencias Protésicas.** Cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en los casos de estomatitis subprotésica.

Los tratamientos utilizados para atender las Emergencias son los indicados en la Cobertura de Prevención.

SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

8. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)

La **Compañía** cubrirá los costos de las prestaciones médicas cubiertas y requeridas por cada **Asegurado** o Familiar **Asegurado**, si lo hubiere, para la prevención de enfermedades y/o accidentes, el cuidado y mantenimiento de la salud o la recuperación de la misma en caso de sufrir un evento amparado hasta el Monto Máximo de Cobertura estipulado en las Condiciones Particulares.

Las Partes entienden que la presente Póliza es un seguro temporal a un año, la cual se mantendrá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la **Compañía** el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada convenida por las Partes no se haya agotado.

9. SUMAS ASEGURADAS

Se trata de una Suma Asegurada con varias opciones según se revela en la siguiente Tabla de Beneficios:

Suma Asegurada	
Beneficio	**Cobertura**

Suma Asegurada.	Opciones de USD$ 50,000.00 a USD$ 1,000,000.00.

I. Beneficios de Hospital	
Paciente Interno	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos	
Habitación Estándar.	Monto máximo por día con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Aplica Coaseguro
Cuidados Intensivos.	Monto máximo por día con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Aplica Coaseguro

I. Beneficios de Hospital (Continuación)	
Paciente Interno	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos	
Medicamentos, Servicios Misceláneos del Hospital, Imagenología, Laboratorios, Patología.	Aplica Coaseguro
Honorarios de Médico y Anestesiólogo.	Monto máximo con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Anestesiólogo monto máximo 35 % del honorario del cirujano Aplica Coaseguro
Honorarios Asistente Quirúrgico.	Requiere Pre-autorización

	Monto máximo 25 % del honorario del cirujano Aplica Coaseguro
Consultas Intra-hospitalarias.	Monto máximo por día con base en el costo usual, razonable y acostumbrado

II. Beneficios Quirúrgicos y No Quirúrgicos	
Paciente Externo	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Servicios Hospitalarios	
Procedimiento Quirúrgico y No Quirúrgico.	Aplica Coaseguro
Medicamentos/ Misceláneos y/o Materiales.	
Honorarios Médicos	
Por Cirugía Ambulatoria.	Aplica Coaseguro
Por Anestesiología.	Aplica Coaseguro Monto máximo 35 % del honorario del cirujano

III. Otros Beneficios	
Con Pre autorización del Área de Reclamos	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Quimioterapia y Radioterapia.	Aplica Deducible
Diálisis.	Aplica Coaseguro
Rehabilitación y Terapia.	Monto máximo anual de USD$ 1,500.00.

	Aplica Coaseguro
Prótesis y Órtesis.	Aplica Coaseguro
Trasplante de Órganos.	Aplica Coaseguro
Fisioterapia.	Monto máximo anual de USD$ 1,500.00. Aplica Coaseguro
Inhaloterapia.	50 % del costo del nebulizador con base en el costo usual, razonable y acostumbrado.

IV. Otros Beneficios	
Con Pre autorización del Área de Reclamos y Pago Vía Reembolso	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Tratamiento de Acupuntura.	Monto máximo anual de USD$ 300.00. Aplica Coaseguro.
Salpingectomía.	Monto máximo por evento de USD$ 500.00. Aplica Coaseguro.
Vasectomía.	Monto máximo por evento de USD$ 300.00. Aplica Coaseguro.
SIDA - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.	15 % de la suma asegurada con monto máximo de USD$ 50,000.00. Periodo de espera de 12 meses. Aplica Coaseguro
Botas Ortopédicas.	Monto máximo por par de USD$ 60.00.

	Se cubren dos (2) pares al año. Aplica Coaseguro.

V. Urgencias por Accidente	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Cubre lesiones sufridas accidentalmente dentro de las primeras 48 horas. Incluye la atención en el cuarto de urgencias y los honorarios del médico especialista.	Monto máximo para consulta de especialista con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Cobertura 100 %.

VI. Urgencias por Enfermedad	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Incluye la atención en el cuarto de urgencias y los honorarios del médico especialista, atención dentro de las 48 horas de aparición de los síntomas **(Enfermedad crítica detallada).**	Monto máximo para consulta de especialista con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Cobertura 100 %. Aplica Copago.
Enfermedades Críticas Detalladas: • Asma en crisis. • Cefaleas intensas • Choque (shock) o estado de coma de cualquier clase excepto por alcohol o drogas ilícitas • Convulsiones • Crisis y/o emergencias hipertensivas • Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorios, circulatorio, urológico o gastrointestinal • Deshidratación severa • Dolor abdominal (incluye cólico renal, biliar) • Embolismo pulmonar, Trombosis venosa profunda • Enfermedad vascular cerebral	

• Gastroenteritis aguda severa • Hemorragia (digestiva, urinaria, pulmonar, otorrinolaringológica) • Insuficiencia respiratoria • Intoxicación severa • Neumonía, neumotórax • Otalgia severa • Pérdida de conocimiento • Reacciones alérgicas agudas • Retención aguda de orina • Síndrome coronario agudo (angina de pecho, infarto agudo de miocardio)	

VI. Urgencias por Enfermedad (continuación)	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Ambulancia Terrestre.	Monto máximo por evento con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Servicio 24/7. (veinticuatro horas siete días a la semana). Aplica Coaseguro.
Ambulancia Aérea Local e Internacional	Monto máximo por evento con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Servicio 24/7. (veinticuatro horas siete días a la semana). Aplica Coaseguro.

VII. Consulta en Sala de Urgencias	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Aplica únicamente para consultas con médico de turno.	Monto máximo por consulta de especialista con base en el costo usual, razonable y acostumbrado.

	Aplica Coaseguro. Atención en emergencia.

VIII. Urgencias en el Extranjero	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Incluye la atención en el Cuarto de Urgencia y los Honorarios del Médico Especialista. Pago vía reembolso.	Monto máximo con base en el costo usual, razonable y acostumbrado.
Copago por Atención.	No aplica Copago en accidente.

IX. Consulta Externa	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Consultas Médicas Externas (General y Especialistas).	Monto máximo por consulta con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Aplica Copago por consulta. Consultas con médicos fuera de red. Pago vía reembolso.
Pruebas de Alergia.	Monto máximo anual con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Aplica Coaseguro. Pago vía reembolso.
Asesoría Nutriológica. Debe haber referencia por un médico y que sea necesario por diagnóstico.	Máximo seis (6) consultas al año. Aplica Copago por consulta.

	Pago vía reembolso.	
Psiquiatría (Desórdenes Mentales y Nerviosos).	Máximo 20 consultas al año. Aplica Copago por consulta. Pago vía reembolso.	
Laboratorios e Imagenología. Se requiere que el diagnóstico médico se encuentre detallado en la orden de los exámenes. **Se excluyen en esta cobertura los ultrasonidos por maternidad.**	Proveedores de red. Aplica Coaseguro. Pago directo.	Proveedores fuera de red. Aplica Coaseguro. Pago vía reembolso.

X. Farmacia	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Medicamentos Prescritos.	Aplica Deducible anual local. Aplica Deducible anual internacional. Aplica Coaseguro.

XI. Maternidad y Beneficios del Recién Nacido	
Los límites particulares incluyen consultas ginecológicas, ultrasonidos, medicinas, gastos de hospital y honorarios médicos.	
Periodo de espera de 3, 6 o 12 meses **(aplica lo especificado en la Póliza)**	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**

Consultas Ginecológicas (Copago para médico especialista).	Máximo nueve (9) consultas al año. Aplica Copago por consulta.
Imagenología, Laboratorio, Patología y Medicamentos.	Máximo tres (3) ultrasonidos por embarazo. Aplica Coaseguro.
Gastos de Hospital	
Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos (Paciente Interno o Paciente Externo): Pérdidas o abortos legales, complicaciones resultantes del embarazo.	Aplica Coaseguro.
Gastos de Hospital: Parto Normal o Cesárea.	Aplica Coaseguro.
Honorarios Ginecobstetricia: Parto Normal o Cesárea.	
Honorarios Anestesiólogo.	
Honorarios Asistente Quirúrgico.	Con pre autorización Aplica Coaseguro.
Límites Particulares	
Cesárea y/o Parto Múltiple	Monto máximo de USD$ 6,000.00.
Parto	Monto máximo de USD$ 5,000.00.
Legrado	Monto máximo de USD$ 2,500.00.
Aborto Espontáneo	Monto máximo de USD$ 2,000.00.
Gastos de Recién Nacido	
Gastos de Hospital y Honorarios Neonatología, incluye la circuncisión al momento del nacimiento (0 a 9 días)	Monto máximo de USD$ 3,000.00. Máximo nueve (9) días de hospitalización Aplican condiciones de la póliza a partir del día 10.
Nacimientos Prematuros y Enfermedades Congénitas	

Nacimientos Prematuros y Enfermedades Congénitas	A partir del día 10 de nacido. Monto máximo 20 % de la suma asegurada. Aplican condiciones de la Póliza.

XII. Programa del Niño Sano	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Consultas Médicas	
Costo usual, razonable y acostumbrado.	Monto máximo por consulta con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Aplica Copago por consulta.
	Cobertura desde el nacimiento hasta los 6 años de edad.
	Control quincenal: edad menor a 1 mes.
	Control mensual: edad de 1 a 11 meses.
	Control semestral: edad de 1 a 2 años.
	Control anual: edad de 2 a 6 años.

XIII. Programa de Detección Oportuna Aplica Coaseguro	
Centros incluidos en la Red Médica y Pago Vía Reembolso	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Estudios de Detección de Cáncer Mamario.	Un examen al año. Mujeres mayores de 40 años. Pago vía reembolso fuera de red.

Estudios de Detección de Cáncer Prostático.	Un examen al año. Hombres mayores de 40 años. Pago vía reembolso fuera de red.
Estudios de Detección de Cáncer Cérvico Uterino.	Un examen al año. Examen de Papanicolaou. Pago vía reembolso fuera de red.
Estudios de Detección de Diabetes.	Un examen al año. Asegurados mayores de 40 años. Examen de glucosa. Pago vía reembolso fuera de red.

XIII. Programa de Detección Oportuna Aplica Coaseguro (continuación)	
Centros incluidos en la Red Médica y Pago Vía Reembolso	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Esquema Básico Oficial de Vacunación aprobado por el Ministerio de Salud Pública.	Niños hasta 6 años de edad. Monto máximo con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Pago vía reembolso.
Tabla de Vacunas	

BCG. Nacimiento.	Monto máximo con base en el costo usual, razonable y acostumbrado.
DPT (Difteria, Tétano, Tosferina). Al segundo, cuarto, sexto, décimo quinto mes de nacido, cuatro (4) a seis (6) años.	
Hepatitis B. Nacimiento, segundo y sexto mes de nacido.	
Influenza Tipo B. Al segundo, cuarto, sexto, décimo quinto mes de nacido	
Neumococo 13 Valente. Al segundo, cuarto, décimo quinto mes de nacido.	
Pentavalente (Hepatitis B., Hemophilus y DPT).	
Polio Oral. Al segundo, cuarto, sexto, décimo quinto mes de nacido.	
Rotavirus. Al tercero y quinto mes de nacido.	
SRP (Sarampión, Rubeola y Paperas). Al décimo quinto, cuatro (4) a seis (6) años, una vez.	
Varicela. 15 meses.	

XIV. Servicios Dentales Aplica Coaseguro	
Pago Vía Reembolso	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
RX Periapical (sólo molares impactadas).	Sólo muelas del juicio. Pago vía reembolso.
Extracciones Simples (sólo molares impactadas).	Monto máximo para cada extracción con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. Pago vía reembolso.

XV. Servicios Dentales
Pago Vía Reembolso

Beneficio	Características y/o Condiciones
Atención por Accidente.	Cobertura 100 %. Monto máximo por evento con base en el costo usual, razonable y acostumbrado. No aplica Copago.

XVI. Servicios Oftalmológicos	
Pago Vía Reembolso	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Chequeo Oftalmológico Anual Opcional.	Monto a elegir de USD$ 100.00 a USD$ 250.00.

XVII. Chequeo Médico Anual	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Opcional.	Monto a elegir de USD$ 100.00 a USD$ 250.00.

XVIII. Cobertura Opcional Adicional	
Beneficio	**Características y/o Condiciones**
Servicios Odontológicos de Emergencia y Prevención.	Exámenes orales, extracciones simples (excepto molares impactadas), extracciones quirúrgicas, anestesia, periodoncia y endodoncia.

La Suma Asegurada consiste en la obligación máxima de la **Compañía** durante toda la vida del contrato de seguro, por todas las reclamaciones de los padecimientos amparados con base en la cobertura contratada, siempre que dichos padecimientos ocurran durante la vigencia de la póliza.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

10. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso cubrirá los gastos médicos ocasionados directa o indirectamente a consecuencia de:

1. **Algún tratamiento o servicio que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.**

2. **Padecimientos preexistentes no declarados en la solicitud de seguros.**

3. **Cualquier servicio o suministro que no sea, a juicio de la Compañía, médicamente necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión accidental.**

4. **Cualquier lesión o enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado afectado esté en servicio como miembro de cualquier fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**

5. **Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos .**

6. **Cualquier lesión o enfermedad en que el Asegurado participe por culpa de él mismo. Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable y/o sea participante el Asegurado.**

7. **Accidentes sufridos por el Asegurado mientras participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia y/o velocidad. La práctica profesional de cualquier deporte; participación en competiciones o exhibiciones de cualquier tipo; uso de Go-Karts, vuelo sin motor y ultraligeros, rapel y cualquier otro tipo de práctica de salto en caída libre o similares; artes marciales, box, motociclismo, lucha libre o grecorromana, aún de carácter amateur u ocasional.**

8. **Accidentes sufridos en viajes aéreos salvo que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado se encuentre viajando como pasajero.**

9. **Tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que no sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la vigencia de la póliza, salvo los especificados en las Condiciones Particulares de la póliza.**

10. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.**

11. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.**

12. **Curas de reposo o descanso, controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vacunaciones, certificaciones médicas, así como cualquier otro examen que no haya sido previamente autorizado por la Compañía.**

13. **Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o en vías de experimentación.**

14. **Tratamiento por Deficiencia o Sobreproducción de Hormona de Crecimiento, con excepción de Enanismo Deformante, siempre y cuando el Asegurado Principal o Familiar Asegurado que tenga esta condición haya nacido con la cobertura de esta póliza.**

15. **Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones auto inflingidas por el Asegurado o intento de suicidio; mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

16. **Hospitalización por trastornos mentales o por desórdenes nerviosos funcionales.**

17. **Enfermedades o Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas, tóxicos, drogas, narcóticos, estupefacientes o psicotrópicos y cuando dicho estado influya directamente para la realización del evento. Tratamientos contra el alcoholismo y otras toxicomanías, así como sus complicaciones. Se considera que el Asegurado está bajo los efectos del alcohol cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre o más, y bajo los efectos de tóxicos, drogas, narcóticos, estupefacientes o psicotrópicos cuando ha ingerido cualquier cantidad.**

18. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la agudeza visual y los trastornos de la refracción visual. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el Estrabismo.**

19. **Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie; así como tratamiento cosmético o cirugía plástica, salvo la de tipo reconstructivo por accidente ocurrido estando esta póliza en vigor o por enfermedad cubierta por esta Póliza.**

20. **Tratamiento médico o quirúrgico contra la obesidad. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, cirugía o tratamientos relacionados con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad o por cualquier otro diagnóstico.**

21. **Abortos y legrados uterinos punibles.**

22. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para procurar la procreación, control de la natalidad, así como para la impotencia sexual, salvo que la impotencia sexual sea a consecuencia directa de un evento cubierto. Tratamientos o cirugía por Gigantomastia.**

23. **Transplante de órganos ni sus consecuencias, salvo los amparados en esta póliza. En caso de que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se excluye cualquiera gratificación o remuneración que el donante reciba.**

24. **Se excluye cualquier gasto efectuado por tratamiento o intervención quirúrgica a consecuencia de una enfermedad o padecimiento cubierto por esta póliza que se origine al participar el Asegurado Principal o Familiar Asegurado como donante.**

25. **Medicinas sin prescripción facultativa.**

26. **Terapias recreacionales o educacionales.**

27. **Enfermedades de transmisión sexual, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

28. **Lesiones y/o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva o nuclear, salvo las derivadas por el tratamiento de un evento cubierto.**

29. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o intervención quirúrgica de los padecimientos, lesiones o afecciones, que no fueron indemnizadas ni amparadas dentro de la vigencia del presente Contrato y de las expresamente excluidas en esta póliza.**

30. **En ningún caso se cubrirán la renta o compra aparatos auditivos.**

31. **Las Enfermedades o Malformaciones Congénitas de hijos del Asegurado no nacidos durante la vigencia de la póliza.**

32. **Cualquier gasto realizado fuera de la vigencia de la póliza.**

33. **Tratamientos naturistas y vegetarianos, así como tratamientos médicos con base a hipnotismo y tratamientos experimentales con substancias químicas para reducir o eliminar las placas artero-escleróticas y/o controlar el exceso de lípidos en la sangre por quelaciones o tratamientos similares.**

34. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales por enfermedad, que no sean expresamente autorizados por la Compañía.**

35. **Tratamientos de quiropodista o de pedicuro, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, arco débil, plantillas especiales, tratamientos o cirugías por Hallux Valgus o "juanetes" y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos.**

36. **Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje y déficit atencional; apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica a consecuencia del tabaquismo, alcoholismo, obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en esta póliza.**

37. **Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, cónyuge) del Asegurado o el mismo Asegurado, hasta el segundo grado de consanguinidad.**

38. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en la clínica u hospital, excepto cama extra, así como el gasto de los acompañantes en el traslado del Asegurado como paciente.**

39. **Cirugía o tratamiento alveolar, gingival, dental o Maxilofacial, así como el Síndrome temporo-mandibular excepto los cubiertos por accidente.**

40. **Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentenas y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.**

SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA

11. LIMITACIONES

Los padecimientos congénitos, malformaciones o enfermedades congénitas estarán limitados al monto expresado en la Tabla de Beneficios. La suma de todos los servicios en ningún momento excederá el límite estipulado.

SECCIÓN V: DEDUCIBLES

12. CLAÚSULA DE DEDUCIBLES

Los deducibles determinados en las Condiciones Generales son los mínimos otorgados por la **Compañía**, sin perjuicio que se defina alguno de estos en las Condiciones Particulares, pudiendo ser expresado en todo caso en un monto acumulable durante el año póliza, aplicada a las coberturas indicadas en las Condiciones Particulares.

El Deducible por Año Póliza que se establezca será informado y acordado de previo al perfeccionamiento del Contrato de Seguro.

La responsabilidad de la **Compañía** será sólo por las sumas en exceso del deducible aplicable.

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

13. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La **Compañía** se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La **Compañía** se compromete a darle trámite diligente a cada uno de los reclamos interpuestos como consecuencia de la celebración del Contrato de Seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la **Compañía**, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva. El retraso injustificado en el pago de dicha prestación, obligará a la **Compañía** a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al Tomador y/o **Asegurado**, mismos que, para el caso específico de mora en el pago de la indemnización, consistirán en el pago de intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma principal adeudada.

Asimismo, la **Compañía** se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al **Asegurado**, consagrados dentro de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (Acuerdo SUGESE 06 – 13), Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros (Acuerdo SGS-DES-A-031-2014) y demás normativa aplicable.

14. BASES DEL CONTRATO (OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)

La póliza, las presentes Condiciones Generales, los Addenda, las cláusulas adicionales y coberturas que se agreguen a la misma, se emiten en consideración a la Solicitud de Seguro o Formulario de Propuesto Asegurado y a las Declaraciones del **Asegurado** formuladas para la apreciación del riesgo por el **Contratante** y los Asegurados. Dichos documentos constituyen prueba del Contrato celebrado entre el **Contratante** y la **Compañía** y en su caso, de sus prórrogas.

En consecuencia, el **Contratante** y los Asegurados están obligados a declarar en las solicitudes mencionadas, de acuerdo con el cuestionario que las mismas contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso en la agrupación asegurada.

Es obligación del **Contratante** mantener el número mínimo de diez (10) Asegurados Principales para constituir la Colectividad Asegurada. El incumplimiento de esta obligación podrá generar dos (2) alternativas:

i. **La Compañía** analizará el impacto financiero por la disminución de la cantidad de Asegurados Principales frente al costo de administración de la póliza para proponer durante la vigencia del contrato una modificación a la tarifa para dar equidad al negocio;

ii. En caso de no ser aceptado por el **Contratante** o de no manifestarse dentro del plazo de treinta (30) días hábiles, contado a partir del recibo de la propuesta de modificación de tarifa, se procederá con la terminación del contrato de seguro colectivo, de conformidad con la cláusula "**TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA"**.

15. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO (OBLIGACIÓN DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO)

El **Asegurado** está obligado a declarar honestamente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea exigido por la **Compañía**.

La reticencia o falsedad intencional por parte del **Asegurado** o del **Tomador**, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la **Compañía** hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La **Compañía** podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud intencional producen igual efecto si el **Asegurado** ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

16. REPORTE DE EXCLUSIONES E INCLUSIONES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)

El **Contratante** se obliga a reportar por escrito los movimientos de inclusión y exclusión de miembros del grupo **Asegurado** y de sus Familiares Asegurados, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que ocurran dichos movimientos. El incumplimiento de esta obligación por parte del **Contratante** o del Intermediario de Seguros, según sea el encargado, les acarreará responsabilidades en caso de eventos que por su responsabilidad deban ser pagados por la **Compañía** debido, por ejemplo, personas asegurables que actuando de buena fe debieron ser incluidos en la Póliza de Seguros pero no fueron reportados oportunamente para ser Asegurados.

El retiro de familiares de la póliza tendrá efecto únicamente a partir del mes de seguro inmediatamente siguiente al aviso correspondiente, a la Oficina Principal de la **Compañía**.

Los familiares que no se incluyan en la póliza desde el momento en que son asegurables, sólo podrán hacer la solicitud de inclusión treinta (30) días naturales antes de la fecha de prórroga anual de la póliza, y mediante presentación de pruebas de asegurabilidad. Su cobertura y fecha de vigencia serán confirmadas por la **Compañía** por escrito.

La **Compañía** se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente, y con base en estas pruebas, dejará constancia de posibles exclusiones o limitaciones al Seguro.

La aceptación o rechazo de la inclusión de nuevos Asegurados o aumentos de valor debe ser dada a conocer por la **Compañía** al **Asegurado** Principal a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días naturales siguientes a la presentación de la solicitud por escrito.

17. SEGUROS COEXISTENTES (OBLIGACIÓN DEL ASEGUARDO PRINCIPAL)

El **Asegurado** Principal queda obligado a informar a la **Compañía**, en el momento de presentar la reclamación, sobre la existencia de cualquier seguro coexistente, con indicaciones de quién está asegurado como **Asegurado** Principal, como Familiares Asegurados y sobre la Suma Asegurada de cada uno. El incumplimiento de manera dolosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a recibir beneficios bajo esta póliza. En caso que de buena fe se incumpla con el deber de informar y la **Compañía** paga al **Asegurado** una indemnización mayor a la que le correspondería, se considerará que el pago fue indebido pudiendo la **Compañía** recuperar lo pagado en exceso. El **Tomador** o el **Asegurado**, según corresponda, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle a la **Compañía** los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha del efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

Cuando existan varios seguros la indemnización será asumida en orden de antigüedad por la **Compañía** que emitió la póliza en la fecha más antigua y así sucesivamente si existen más de dos contratos.

En ningún caso, el pago acumulativo hecho por ambas compañías podrá exceder del monto total de gastos incurridos por el **Asegurado**.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

18. MONTO DE LAS PRIMAS

El **Contratante** se obliga a pagar la cantidad que señale la **Compañía** por concepto de prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

19. FORMA DE PAGO

Las primas de esta póliza serán pagaderas por el **Contratante** en la oficina de la **Compañía** en la fecha de vencimiento del recibo, de acuerdo a la forma y frecuencia de pago estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

20. TARIFAS

Las tarifas están establecidas de acuerdo a la clase de riesgo, entendiéndose por clase los Asegurados de una misma categoría o tipo, incluyendo pero no limitado a: beneficios, deducibles, grupos de edades, tipo de plan, o combinación de cualesquiera de ellos.

Cuando ocurra una Colectividad Reducida, es decir, que el número de Asegurados Principales en la Póliza de Seguro sea menor al mínimo de diez (10) Asegurados titulares establecidos para la Colectividad Asegurada, la **Compañía**, podrá modificar la tarifa durante esa vigencia para que no se constituyan primas insuficientes y darle continuidad a la cobertura.

En todo caso, la **Compañía** podrá modificar la tarifa o prima a cobrar por este seguro en función de un estudio técnico que confirme con base en sus estadísticas o cálculos actuariales que las mismas son

insuficientes o que adolecen de falta de equidad entre las diversas categorías de asegurados. El comunicado de la **Compañía** al **Contratante** y a los Asegurados deberá realizarse con al menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del contrato a efectos de que sus intereses no se vean afectados.

Cuando se trate de ajustes generales para todas las pólizas, los mismos estarán técnicamente sustentados ante la Superintendencia General de Seguros.

La **Compañía** podrá, mediante notificación escrita al **Contratante** con treinta (30) días naturales de anticipación a la prórroga del seguro, cambiar la tarifa que utilizará en lo sucesivo para calcular las primas por los beneficios detallados en las Condiciones Particulares, según se expresa a continuación:

a) En el primer aniversario de la póliza siguiente a su fecha efectiva o en cualquier fecha de prórroga de la póliza,

b) En cualquier fecha de vencimiento de modificación de la póliza.

La **Compañía** no tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, más de una vez durante el mismo período de doce meses consecutivos.

RECARGOS Y DESCUENTOS

21. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo, a excepción de los descritos seguidamente.

En caso que la frecuencia de pago sea menor al año, se aplica una tasa de financiamiento por fraccionamiento de primas de la siguiente manera:

Periodicidad	**Tasa de Financiamiento**
Semestral	4%
Cuatrimestral	5%
Trimestral	6%
Bimestral	7%
Mensual	8%

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

22. RECLAMACIONES

Cuando la atención médica se haya realizado a través de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos en forma coordinada, el **Asegurado** no realizará reclamación alguna ya que los gastos en que se incurra serán pagados directamente al proveedor por la **Compañía** hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza. En este caso el **Asegurado** solo realizará el Copago que corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios.

Los detalles sobre las personas o instituciones con autorización para proveer servicios médicos en relación a esta Póliza se encuentran incluidos en la siguiente dirección electrónica: http://www.assanet.cr/.

Cuando la atención se realice fuera de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos, las reclamaciones que efectúe el **Asegurado** al amparo de esta Póliza, deberán ser presentadas dentro de un plazo de **noventa (90) días naturales** contados a partir de la fecha de inicio del tratamiento médico ambulatorio u hospitalario. Para presentar dicho reclamo el **Asegurado** debe proporcionar a la **Compañía** lo siguiente:

- Formulario de Reclamación. El mismo debe estar correctamente completado y firmado por el **Asegurado**. Además debe ser completado, firmado y sellado por el médico tratante.
- Originales de prescripciones y recetas de medicinas, ordenes de laboratorio o exámenes de diagnóstico.
- Originales de facturas de todos los procedimientos médicos indicados.
- Resultados de exámenes y otros procedimientos realizados
- Copia de expediente clínico
- Pre-autorización aprobada por la **Compañía.**

Los gastos serán reembolsables directamente al **Asegurado** Principal.

Todos los comprobantes por los gastos indemnizables deberán ser originales y reunirán los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Estos documentos quedarán en poder de la **Compañía** una vez pagada la indemnización correspondiente.

La **Compañía** tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes y datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la **Compañía** practique, especialmente, la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a ésta de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

23. PAGO DE RECLAMACIONES

Cuando el gasto médico se realice con proveedores no afiliados a la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos de la **Compañía**, ésta pagará la indemnización que proceda mediante reembolso al **Asegurado** o a quién legalmente lo represente, después de descontar el Copago, Coaseguro o Deducible correspondiente establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha en que la **Compañía** haya recibido a satisfacción toda la información requerida para analizar o evaluar el reclamo.

Cuando la atención se haya realizado a través de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos de la **Compañía**, todos los pagos que procedan conforme a esta póliza se harán directamente a la Red. Si procede, el **Asegurado** deberá pagar directamente al proveedor de los servicios médicos únicamente el Copago o Coaseguro que corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios adherida a las Condiciones Particulares de la póliza, en la fecha de la prestación del servicio.

24. PERIODO DE PAGO DE GASTOS

La obligación de la **Compañía** terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

a) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
b) Al agotarse el beneficio máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
c) Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio,
d) Al prescribir el gasto según lo establecido en la Ley.

El aviso escrito de cualquier enfermedad, padecimiento o lesión en que se base la reclamación deberá presentarse a la **Compañía** a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la incapacidad que produjo la enfermedad. La prueba de tal lesión o enfermedad de le debe suministrar a la **Compañía** a más tardar a los noventa (90) días naturales después de haberse terminado el período por el cual los beneficios son pagaderos bajo esta Póliza.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza, sujetos a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días naturales después de haberse recibido y aprobado toda la documentación requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caos que la documentación aportada no estuviese completa o fuese defectuosa, la **Compañía** comunicará por escrito por una única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos, lo cual suspenderá el plazo de resolución del reclamo. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la **Compañía** contará con el remanente del plazo original para resolver el reclamo y hacer el pago de la indemnización.

El **Asegurado** autoriza a la **Compañía** para solicitar toda la información que considere necesaria a la institución y/o médicos, con el fin de aclarar los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será utilizada exclusivamente para análisis del siniestro, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente.

La **Compañía** tendrá el derecho de que un médico designado por ésta examine a la persona reclamante bajo esta Póliza cuando y cuantas veces así lo requiera médicamente, en forma razonable.

25. DETERMINACIÓN DEL IMPORTE DEL PAGO

La **Compañía** realizará el pago directamente al prestador de servicios y el **Asegurado** cubrirá el Copago o Coaseguro, según sea aplicable, directamente al prestador de servicios.

El importe del costo por la prestación de los servicios médicos en conjunto no será superior al Beneficio Máximo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

26. HONORARIOS MÉDICOS

i. Como máximo se cubrirá una consulta externa diaria por Médico y dos en hospitalización.
ii. Los honorarios por ínter consulta de Médico Especialista se cubrirán siempre que la consulta haya sido autorizada por el médico tratante.

27. OTROS GASTOS

i. La cirugía reconstructiva, no estética, se cubrirá siempre que sea médicamente necesaria a consecuencia de un accidente.
ii. Se cubrirán los gastos que se realicen por el Donador a causa del Trasplante dentro del Hospital o Clínica, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios.

iii. Transporte en Ambulancia Terrestre: Este servicio se proporcionará para una urgencia médica hacia o desde un hospital. La indemnización máxima por este concepto se establece en la Tabla de Beneficios.

28. RESTITUCIÓN

El **Contratante** y los **Asegurado**s se obligan solidariamente a restituir a la **Compañía** cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o inoportunidad de los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta póliza y a la Ley.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

29. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato tiene una vigencia temporal de un año, contado a partir de la fecha de vigencia que se expresa en las Condiciones Particulares de esta póliza y su período de cobertura es sobre la base de ocurrencia.

30. COBERTURA EFECTIVA

Las coberturas especificadas en esta póliza surtirán efecto respecto a cada **Asegurado**, a partir de las doce horas del medio día de la fecha de Cobertura Efectiva indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

31. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza podrá ser prorrogada por períodos anuales y permanecerá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la **Compañía** el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada se encuentre vigente.

Las prórrogas de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que la **Compañía** convenga a la fecha de prórroga, con una previa solicitud del **Contratante** y aceptación expresa de la **Compañía** dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de cada periodo. Deberá cumplirse con el mecanismo de comunicación previsto en estas Condiciones Generales para informar a los Asegurados.

El certificado de prórroga correspondiente, autorizado y expedido por la **Compañía**, será la prueba de la prórroga para el **Contratante**.

CONDICIONES VARIAS

32. ELEGIBILIDAD

Aquellos empleados registrados en la nómina del **Contratante** o miembros que el **Contratante** designe según acuerdo con la **Compañía,** que hayan cumplido los dieciocho (18) años de edad serán elegibles en la fecha de vigencia de esta póliza. Los nuevos empleados o miembros que subsecuentemente adquieran esta condición después de la fecha de vigencia de esta póliza que hayan cumplido los dieciocho (18) años de edad, serán elegibles de acuerdo a la política de elegibilidad establecida por el **Tomador** y aceptada por la **Compañía**. La **Compañía** podrá solicitar evidencias de asegurabilidad a los empleados o miembros.

La **Compañía** y el **Contratante** podrán convenir en establecer reglas de elegibilidad diferentes para grupos específicos, mediante acuerdo expresado por escrito y adherido a la póliza mediante Addendum.

33. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días naturales que sigan al día en que se haya realizado entrega de la póliza o el certificado de seguro al **Tomador**, al **Asegurado** o al Corredor de Seguro, según corresponda. Transcurrido este plazo caducará el derecho del **Tomador** o del **Asegurado**, según sea el caso, de solicitar la rectificación de la póliza, considerándose aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

34. MODIFICACIONES AL CONTRATO (CONDICIONES PARTICULARES)

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

La **Compañía**, previo a la aplicación efectiva de la modificación, deberá comunicar a los Asegurados, con al menos un (1) mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, cuáles son los aspectos modificados para que no se vean afectados en sus intereses. Esta comunicación a los Asegurados podrá realizarse de manera directa o a través del **Tomador**, mediante campaña informativa presencial o por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción. La colaboración del **Tomador** en este proceso, no libera a la **Compañía** de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al **Asegurado** de buena fe.

Ningún intermediario de seguros está autorizado para cambiar o enmendar esta póliza, para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el período para el pago de primas, ni comprometer de modo alguno los derechos u obligaciones de la **Compañía**.

Ninguna modificación hecha o convenida a esta póliza será válida a menos que tal modificación conste por escrito en un Addendum firmado por un funcionario autorizado de la **Compañía**, o mediante notificación escrita a ese efecto, firmada por el **Contratante** y por la **Compañía** en señal de aceptación.

Ningún Addendum que se le añada o adhiera a esta póliza subsistirá luego de que la misma se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa, sin perjuicio de los derechos que subsistan entre las partes por motivo de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

35. CAMBIOS DE PLAN

Los cambios de Plan que desee hacer el **Contratante** y que impliquen mayores coberturas solo podrán solicitarse con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de prórroga anual, y éstos se considerarán vigentes cuando la **Compañía** lo haya informado por escrito al **Contratante**.

36. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

La **Compañía** emitirá un Certificado Individual y una Tabla de Beneficios para entregar a cada **Asegurado**. La entrega al **Asegurado** del Certificado Individual y Tabla de Beneficios podrá efectuarse a través del **Contratante**, o bien, en el domicilio del **Contratante** o por los medios de comunicación a distancia permitidos, en el plazo de diez (10) días hábiles a partir de la inclusión del **Asegurado** en la Póliza o de la aceptación del riesgo por parte de la **Compañía.** En caso que el **Asegurado** solicite copia de las Condiciones Generales y particulares del seguro contratado, dicha copia se le entregará en el mismo lugar y plazo establecido para la entrega del Certificado Individual.

37. REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base en los datos proporcionados por el **Contratante**, las solicitudes o los consentimientos firmados por los miembros de la agrupación asegurable, en caso que aplique, y los reportes de inclusión y exclusión que conforme a esta póliza deban efectuarse, la **Compañía** elaborará un Listado de Asegurados para el periodo del seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, los beneficios contratados, la prima y la fecha de la cobertura efectiva con respecto a cada **Asegurado**. La periodicidad del reporte será realizado según se haya pactado con el **Contratante** a través de las Condiciones Particulares o Especiales.

La **Compañía** entregará al **Contratante**, previo al vencimiento de la póliza el reporte completo de los datos de los Asegurados que conforman el Grupo Asegurado, la periodicidad de entrega será pactada con el **Contratante** a través de las Condiciones Particulares o Especiales; el **Contratante** tendrá, a su vez, la obligación de validar dicho informe.

La información estipulada deberá ser proporcionada por el **Contratante** o **Asegurado** Principal.

38. NACIMIENTOS

Si la madre cumplió con el período de espera para el Beneficio de Maternidad, a partir del décimo día natural, el recién nacido podrá ser inscrito en la póliza como Familiar **Asegurado**, mediante la presentación de la Solicitud de Inclusión de Dependientes que provee la **Compañía** y quedará automáticamente sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la misma, sin pasar por requisitos de asegurabilidad.

Esta Solicitud de Inclusión deberá presentarse a la **Compañía** en un plazo máximo de un (1) mes, contado a partir de la fecha de nacimiento del bebé.

Si la madre no tiene derecho al Beneficio de Maternidad para el alumbramiento de dicho embarazo, la **Compañía** se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes y con base en estas pruebas dejará constancia por escrito de posibles exclusiones, limitaciones o declinación de la Solicitud de Inclusión en esta póliza.

39. MATRIMONIOS

El **Asegurado** Principal que contraiga matrimonio dentro de la vigencia de la póliza, podrá solicitar la inclusión de su cónyuge, si es elegible y mediante presentación de declaración de salud, dentro de los

sesenta (60) días naturales siguientes al acontecimiento. La cobertura la confirmará la **Compañía** por escrito una vez recibido el certificado matrimonial correspondiente.

40. EDAD

La **Compañía** podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados.

En caso de que el **Asegurado** Principal hubiere declarado inexactamente su edad o la de cualquiera de sus Familiares Asegurados bajo la póliza, pero la edad real se encuentre dentro de los límites de aceptación, se adoptarán las siguientes medidas:

a) Si se hubiese pagado una prima mayor a la que correspondiera a la edad real del **Asegurado**, la **Compañía** devolverá al **Contratante**, el porcentaje que corresponda de la prima del año en curso pagada en exceso, una vez descontados los gastos de la empresa. El nuevo monto de la prima se fijará entonces de acuerdo a la edad real del **Asegurado**.

b) Si se hubiere pagado una prima inferior a la que correspondiera a la edad real del **Asegurado**, la **Compañía** tendrá un (1) mes a partir de que conoció la situación para proponer al **Contratante** la modificación del contrato respecto a ese **Asegurado**. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince (15) días hábiles después de la notificación, la **Compañía**, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, podrá dar por terminada la cobertura de ese **Asegurado** conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

En caso de que el **Asegurado** Principal declare inexactamente su edad o la de cualquiera de sus Familiares Asegurados cubiertos bajo la póliza y la edad real se encuentre fuera de los límites de aceptación, el contrato quedará nulo y sin valor alguno y la **Compañía** devolverá al **Contratante** el porcentaje que corresponda de la prima del año en curso pagada en exceso, una vez descontados los gastos de la empresa y cuando el **Asegurado** haya recibido ya servicios por el uso del seguro, deberá devolver el monto erogado por la **Compañía** dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su notificación.

41. PRESCRIPCIÓN DE DERECHOS

Los derechos derivados de un contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contado a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

42. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de la **Compañía** de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de las obligaciones surgidas de esta póliza, por lesiones recibidas por el **Asegurado**, ya sean causadas por terceras personas o mientras el **Asegurado** utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones.

La **Compañía** podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los aseguradores de éstos. En igual forma lo podrá hacer del **Asegurado**, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación: La **Compañía** pagará al **Asegurado** Principal o a quien éste señale, el beneficio de la póliza, sujeto a que el **Asegurado**:

- Firme el finiquito respectivo y subroguen en la **Compañía** todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula.

- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar el ejercicio por parte de la **Compañía** de los derechos subrogados.
- Cooperen y asistan a la **Compañía** en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

43. VALORACIÓN

En caso de existir desacuerdo entre la **Compañía** y el **Asegurado** respecto al costo razonable o acostumbrado de un bien o servicio utilizado por el **Asegurado** bajo las coberturas de la presente póliza, el **Asegurado** puede solicitar se realice una revisión del mismo. La **Compañía** está en la obligación de analizar dicho gasto incurrido por el **Asegurado**. Esta revisión podrá ser realizada por uno o más peritos nombrados uno por cada parte, quienes en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer perito. El dictamen del tercer perito, cuando fuere necesario, se mantendrá dentro de la determinación del costo razonable y acostumbrado que consideran las partes, ni menos ni más. El **Asegurado** y la **Compañía** pagarán respectivamente los honorarios de sus propios peritos y compartirán en partes iguales los demás gastos y honorarios del tercer perito. A falta de acuerdo se estará a lo dispuestos en el Código Procesal Civil sobre el particular.

44. PADECIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON PERÍODO DE ESPERA

La Póliza cubrirá a partir del inicio del décimo tercer mes de cobertura continua del **Asegurado** en la **Compañía**, contado a partir de la fecha de cobertura efectiva, los gastos resultantes de los siguientes padecimientos y procedimientos quirúrgicos:

a) Circuncisión.
b) Cirugía de piso perineal, matriz u ovarios.
c) Cirugía funcional de nariz.
d) Endometriosis, dolor pélvico.
e) Enfermedades ano rectales.
f) Enfermedades de las amígdalas y adenoides.
g) Hernioplastías y eventraciones, cualquiera que sea su causa (incluyendo hernia hiatal y hernia de disco intervertebral).
h) Lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
i) Manejo quirúrgico o fragmentación de cálculos por litotripsia.
j) Padecimientos prostáticos.
k) Procedimientos quirúrgicos de columna vertebral.
l) Procedimientos quirúrgicos de vesícula y vías biliares.
m) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
n) Tratamiento quirúrgico de tumoraciones mamarias.
o) Tratamiento quirúrgico de várices.

Una vez transcurrido el periodo de doce (12) meses, estos padecimientos y procedimientos estarán sujetos a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza. Este periodo de espera se puede modificar según como sea indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las condiciones o padecimientos preexistentes declarados en la solicitud que no se encuentren excluidos permanentemente, se cubrirán de acuerdo con el periodo de espera ininterrumpido establecido por la **Compañía**.

45. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La cobertura de los Asegurados será disputable únicamente durante los primeros dos (2) años de vigencia; sin embargo, siempre será disputable por declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el **Asegurado** o **Contratante**, actuando con dolo.

El periodo de disputabilidad se iniciará:

a) En la fecha en que se otorga la cobertura de cualquier **Asegurado**.

b) Si la cobertura del **Asegurado** hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la **Compañía** acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

46. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

Los beneficios que se conceden en virtud de esta póliza terminarán automáticamente al presentarse cualquiera de las causas enumeradas a continuación:

a. Cuando el **Asegurado** Principal pierda su condición de tal, de acuerdo a las definiciones de esta póliza, en este caso, los beneficios del seguro terminarán tanto para el **Asegurado** Principal como para los Familiares Asegurados inscritos en esta póliza.
b. Cuando el Familiar **Asegurado** pierda su calidad de tal, de acuerdo a las definiciones y edades de esta póliza, en este caso, los beneficios del seguro terminarán para la persona que pierde su calidad de Familiar **Asegurado** de acuerdo a los términos de esta póliza.
c. Por participación del **Asegurado** o Familiar **Asegurado** en actividades delictivas o presuntamente delictivas, o por las cuales el **Asegurado** o Familiar **Asegurado** sea privado de su libertad, o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido.
d. Cuando el **Contratante** o el **Asegurado** incurran en omisiones y/o falsas declaraciones intencionales.
e. Cuando sea aplicada la nulidad del contrato o de la cobertura para un **Asegurado** específico.
f. Cuando ocurra la cancelación de la póliza.

47. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza y todas sus coberturas terminarán el día que se declare la ocurrencia de cualquier de las siguientes causales:

a. Por falta de pago de la prima por parte del **Contratante** de la Póliza al término del Período de Gracia.
b. En los casos indicados en el apartado Declaración Inexacta u Ocultamiento.
c. Cuando en el aniversario de la Póliza ocurre una Colectividad Reducida, es decir, el número de Asegurados Principales en el contrato es menor a la base mínima de diez (10) Asegurados titulares, y en el caso en que el **Contratante** comunique la no aceptación de la modificación tarifaria o no se manifestara dentro del plazo de diez (10) días hábiles, contado a partir del recibo de la propuesta de modificación de tarifa, se procederá con la terminación del contrato de seguro colectivo, en cuyo caso la **Compañía** lo notificará por escrito al **Contratante** y a los Asegurados bajo el mecanismo de comunicación previsto con el fin de no verse afectados en sus intereses.
d. Cuando el **Contratante**, por su parte, decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la **Compañía**, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza, previa aplicación del mecanismo de comunicación previsto para los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses.

En todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el **Contratante**, bajo su responsabilidad y dentro del plazo de treinta (30) días naturales previo a la terminación de la póliza, deberá comunicarlo a los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses. La **Compañía** verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizada por los Asegurados.

48. PERIODO DE GRACIA

A partir de cualquier fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente, según la periodicidad de pago pactada en la Póliza, excepto en la prima de emisión, el **Contratante** gozará de un Período de Gracia de diez (10) días hábiles para pagar la Prima pactada. Si la prima no se recibe en la **Compañía** al final del Período de Gracia, ésta podrá tomar una de las dos siguientes acciones:

a. Dar por terminado el contrato, quedando liberada la **Compañía** de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al **Contratante**, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,

b. Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la **Compañía** será responsable por los siniestros que ocurran mientras el **Contratante** se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al **Contratante**, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguiente a la fecha de caducidad.

La **Compañía** deberá informar oportunamente su decisión al **Contratante**, cualquiera que ella sea.

49. REHABILITACIÓN

Esta póliza podrá rehabilitarse bajo las siguientes condiciones:

- El **Asegurado** Principal deberá completar y firmar la Solicitud de Rehabilitación que provee la **Compañía**.
- La Solicitud de Rehabilitación y el pago de las primas atrasadas se recibirán en la **Compañía** en un plazo máximo de noventa (90) días naturales contados a partir de la fecha de caducidad de la póliza.
- La **Compañía** se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha Solicitud de Rehabilitación.

En caso de no cumplir con cualquiera de los requisitos anteriores no se rehabilitará la póliza. Para ponerla nuevamente en vigor deberá seguir los trámites como si se tratara de una póliza nueva.

50. MONEDA

Este seguro se contrata en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares, ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses. Por lo tanto, los montos indicados en el presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre **Contratante** o **Asegurado** y la **Compañía** se efectuarán en la moneda en que se haya pactado y la cual se indica en la Condiciones Particulares de la póliza. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación a los límites o montos indicados en esta póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

No obstante, a elección del deudor de la obligación de pago, cualquier pago podrá efectuarse en colones costarricenses al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

51. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un proceso de arbitraje, si lo consideran conveniente a sus intereses.

52. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contendidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

53. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación o aviso que desee dar la **Compañía** al **Contratante** y/o **Asegurado**, deberá ser por escrito y podrá ser entregada personalmente; enviada por correo certificado a la dirección del **Contratante** que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal; desde que sea depositado en las oficinas del correo; o bien, desde que se compruebe la recepción de la comunicación generada a distancia, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse a partir de esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el **Contratante** y/o **Asegurado** Principal a la **Compañía** conforme a esta Póliza, deberá cumplir con la misma regla establecida anteriormente siempre que sea realizada en las direcciones de contacto establecidas en las Condiciones Particulares o Certificados individual de seguros.

El **Contratante** y/o **Asegurado** Principal, por este medio podrá autorizar a la **Compañía** a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el **Contratante** y/o **Asegurado** Principal, siempre que se respalde fehacientemente dicha autorización.

assa COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

_____

FIRMA AUTORIZADA

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

Solicitud de Seguro (Tomador/Contratante)
ASSA Salud Empresarial - Suma Asegurada Vitalicia -

Modalidad: **Contributiva** ☐ **No Contributiva** ☐

Favor completar esta solicitud con letra imprenta. No debe omitir ninguna información. **Colones** ☐ **Dólares** ☐

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

1. Lugar y Fecha en que se completa: La presente Solicitud de Seguro, es completada en la ciudad de [INCLUIR], el día [INCLUIR] de [INCLUIR] del año [INCLUIR].

2. Datos Generales del Contratante/Tomador

2.1 Datos de la Sociedad

Nombre de la Sociedad _____

Cédula Jurídica: _____

Domicilio Social: _____

Sitio Web: _____

Dirección Exacta: _____

Teléfono:_____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Dirección Contractual para notificaciones: Correo electrónico: ☐ Domicilio Social:☐

Si la sociedad es una institución financiera y forma parte de un grupo de interés económico, indique nombre o razón social, cédula jurídica y dirección de la casa matriz:

_____

_____

_____

Por favor, describa la actividad principal de la Sociedad:

_____

_____

_____

2.2 Datos del Representante Legal

1er.Apellido: _____ 2do.Apellido: _____

Nombre: _____ 2do Nombre: _____Sexo: F☐ M☐

Tipo de Identificación: Persona Física☐ Cédula de Residencia☐ Pasaporte☐

Número de Identificación: _____ Nacionalidad _____

Cargo: _____

Citas del poder con el que actúa: _____

2.3 Número de Póliza Colectiva: _____

3. Datos del Objeto o Interés que se Solicita Asegurar

3.1 Grupo Asegurable

Descripción del Grupo Asegurable:

_____

_____

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

4. Aspectos Relacionado con el Riesgo: Favor referirse a cada Solicitud del Propuesto Asegurado o Certificado de Seguro de cada Asegurado para más detalles al respecto.

5. Plazo de Vigencia de la Póliza Solicitado: Desde: ____/_____/_____ Hasta: ____/_____/_____
Día Mes Año Día Mes Año

6. Elección de Opciones Establecidas en Condiciones Generales:

Resumen de Coberturas

COBERTURA BÁSICA	LÍMITE DE SUMA ASEGURADA	PRIMA
1. Hospitalización **2. Prevención y Mantenimiento de la Salud** **3. Consulta Externa.** ■ **4. Farmacia.** **5. Servicios Dentales** **6. Embarazo y Maternidad.**		
COBERTURA ADICIONAL - OPCIONAL	**LÍMITE DE SUMA ASEGURADA**	**PRIMA**
7. Servicios Odontológicos Adicionales. ☐		

7. Otros Temas

7.1 Conducto de Pago

1 - Descuento directo de tarjeta de crédito ☐

Banco: _____

N° de tarjeta: _____

☐ MasterCard ☐ Visa ☐ Otra _____

Vencimiento: Mes_____ Año_____

Favor firmar autorización de descuento: _____

Día de Pago: _____

2-SINPE ☐

3-Transferencia de Fondos débito a cuenta ☐

4-Descuento de Planilla ☐

5-Otro: _____

Periodicidad de Pago: Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Cuatrimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

8. Proceso de Análisis y Aceptación o Rechazo de la Solicitud.

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.

Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, por tanto, no representa garantía alguna que la misma será aceptada por la Compañía de Seguros, ni que en caso de aceptarse, los términos de dicha aceptación concuerden totalmente con los términos expresados en esta Solicitud de Seguro.

9. Indicación de la entrega de la información previo al perfeccionamiento del Contrato

Acepto haber recibido la información relativa a los términos y condiciones de esta póliza, así como el presente documento, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso de suscribir la presente póliza colectiva. También he sido enterado de que la eficacia de las coberturas está sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Acepto los términos y condiciones de la cotización emitida por la Compañía para el proceso de análisis y aceptación del riesgo que será cubierto por el seguro; asimismo confirmo que antes de tomar este seguro he leído y comprendido las Condiciones Generales, la información establecida en la página web: http://www.assanet.cr/servicios-al-cliente/formularios2 y demás datos que regula el artículo 12 de la Ley 8956 y artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10).

10. Declaraciones Adicionales

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

El abajo firmante declara, que lo contenido en esta solicitud es verdadero y que ha sido debidamente autorizado por la Sociedad y los Administradores y Directivos para actuar como su representante con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a esta solicitud y a la Póliza. Asimismo, me comprometo a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante a la información contenida en esta solicitud que se pudiera producir con posterioridad a la firma de la presente y con anterioridad a la fecha de efecto de la Póliza que se pudiera emitir.

Observaciones:_____

_____

_____

El solicitante certifica que la información anterior es exacta. ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho a rechazar o aceptar cualquier solicitud.

_____	_____	_____
Intermediario de seguros-Lic. No.	Firma del Propuesto Asegurado	Fecha

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

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

Solicitud de Seguro (Propuesto Asegurado)
ASSA Salud Empresarial - Suma Asegurada Vitalicia

Modalidad: **Contributiva** ☐ **No Contributiva** ☐

Favor completar esta solicitud con letra imprenta. No debe omitir ninguna información. **Colones** ☐ **Dólares** ☐

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

Por la presente solicito a **Assa Compañía de Seguros S.A.**, la inclusión en el Seguro ASSA Salud Empresarial – Suma Asegurada Vitalicia:

Queda entendido que el seguro no entrará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la Compañía de conformidad con las políticas de suscripción del riesgo establecidas.

1. LUGAR Y FECHA EN QUE SE COMPLETA

La presente Solicitud de Seguro, es completada en la ciudad de [INCLUIR], el día [INCLUIR] de [INCLUIR] del año [INCLUIR].

2. NÚMERO DE PÓLIZA Y TOMADOR

2.1. Número de Póliza: _____.

2.2. Tomador de la Póliza: _____.

3. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del solicitante _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Cédula/Pasaporte: _____

Domicilio del propuesto Asegurado: Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección Exacta: _____

Teléfonos/Residencia:_____ Celular: _____ Oficina: _____ Fax: _____

Ocupación Actual:_____ Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidad:_____ Correo Electrónico: _____

4. DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

La Compañía cubrirá los costos de las prestaciones médicas cubiertas y requeridas por cada Asegurado o Familiar Asegurado, si lo hubiere, para la prevención de enfermedades y/o accidentes, el cuidado y mantenimiento de la salud o la recuperación de la misma en caso de sufrir un evento amparado hasta el Monto Máximo de Cobertura.

5. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO (Formulario con declaración incompleta será devuelto al propuesto asegurado)

5.1. Historia Médica

En caso de que usted esté completando una solicitud para usted y su familia, recuerde que todas las preguntas deben ser contestadas pensando en cada uno de los miembros de su familia.

Declaraciones que hace el solicitante y que forman parte de la solicitud presentada a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.**

Nota al Intermediario de Seguros: Cada pregunta deberá ser leída al Propuesto Asegurado.

Nota al Solicitante: Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Conteste "Sí" o "No" a cada pregunta. Cada vez que la respuesta sea "Sí", especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación dando las fechas, gravedad, resultados, nombres con direcciones de los médicos y hospitales, etc.

Estatura Exacta (cm): _____ Peso Exacto (kg): _____

¿Ha disminuido de peso en el último año? SI☐ ¿Cuánto?_____ NO☐

Nombre y dirección de su médico particular o el último médico que consultó. Si no lo tiene sírvase indicarlo._____

¿Cuándo le consultó por última vez y por qué? _____

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

¿Qué tratamiento le fue suministrado o qué medicamentos le fueron recetados?

_____

5.2. Estilo de Vida{		
1. ¿Ha viajado como piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro? En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de aviación.	Si ☐	No ☐
2. ¿Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo, alpinismo, equitación, u otras actividades peligrosas? En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de deportes y actividades peligrosas.	Si ☐	No ☐
3. ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? a) En caso afirmativo, fecha del último cigarrillo _____. ¿Cuántos al día? ___	Si ☐	No ☐
4. ¿Ha usado cualquier otro producto que contenga nicotina en los últimos doce meses? a) En caso afirmativo, ¿cuál producto utiliza y cada cuánto lo usa? _____	Si ☐	No ☐
5. ¿Ha sido condenado por un crimen?	Si ☐	No ☐
6. ¿Ha sido condenado por manejar bajo la incluencia del alcohol y/o drogas, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?	Si ☐	No ☐
7. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al alcohol o a las drogas?.	Si ☐	No ☐
8. ¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? En caso afirmativo, favor completar el cuestionario de viaje.	Si ☐	No ☐

5.3. Femenino. Si alguna de estas preguntas ha sido contestada “Sí”, sírvase dar detalle con respecto a fechas, dignóstico, nombre del médico, etc. Marque en un círculo la que corresponde a su respuesta positiva.				
1. ¿Está embarazada?	Si ☐	No ☐	Meses:	Fecha probable de parto:
2. ¿Ha tenido abortos, dolor pélvico, endometriosis, menopausia, hemorragias vaginales, fibromas?	Si ☐	No ☐		
3. ¿Recibe o ha recibido tratamientos por infertilidad, o padece irregularidades menstruales?	Si ☐	No ☐		
4. ¿Padece alguna alteración en las mamas?	Si ☐	No ☐		

Nombre del médico: _____ Télefonos de contacto: _____
Dirección: _____

5.4. Masculino. Si alguna de estas preguntas ha sido contestada “Sí”, sírvase dar detalle con respecto a fechas, dignóstico, nombre del médico, etc. Marque en un círculo la que corresponde a su respuesta positiva.			
1. ¿Alteración de la próstata, desordenes en lo órganos reproductivos?	Si ☐	No ☐	
2. ¿Varicocele, ha tenido el Antígeno Prostático Específico (PSA) elevado?	Si ☐	No ☐	En caso afirmativo especificar valor: _____

Nombre del médico: _____ Télefonos de contacto: _____
Dirección: _____

5.5. Historia Familiar

Los miembros de su familia inmediata (padre, madre, hermanos, abuelos) han tenido historia de: Infarto, Derrame, Enfermedades del Corazón, Cáncer, Diabetes, Colesterol elevado, Triglicéridos elevados, Suicidio, Enfermedades Mentales.

Si ☐ No ☐

Detalle la enfermedad, edad de diagnóstico y que miembro de su familia tiene historia de esta enfermedad.

_____
_____
_____

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

5.6. Antecedentes personales (Es indispensable contestar a cada pregunta Sí o No, usted y sus dependientes.)			
Es indispensable contestar a cada pregunta Sí o No.			Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "Sí", sírvase dar detalle con respecto a fechas, dignóstico, nombre del médico, etc.
1. ¿Cáncer, quistes algún tumor?	Si ☐	No ☐	
2. ¿Derrame, isquemia cerebral, enfermedad cerebro vascular?	Si ☐	No ☐	
3. ¿Dolor de cabeza, migraña?	Si ☐	No ☐	
4. ¿Epilepsia, convulsiones, alguna enfermedad del sistema neurológico?	Si ☐	No ☐	
5. ¿Alguna enfermedad mental, ansiedad, depresión, trastorno de déficit atencional?	Si ☐	No ☐	
6. ¿Alteración, afección de los ojos, oídos, nariz, boca, garganta?	Si ☐	No ☐	
7. ¿Alteraciones de la tiroides: bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo inflamación de la tiroides, nódulos?	Si ☐	No ☐	
8. ¿Se le ha detectado el azúcar alta, se le ha encontrado alguna vez azúcar en la orina?	Si ☐	No ☐	
9. ¿Transtornos hormonales?	Si ☐	No ☐	
10. ¿Enfermedades de la piel?	Si ☐	No ☐	
11. ¿Asma, enfermedad pulmonares?	Si ☐	No ☐	
12. ¿Alguna enfermedad del corazón?	Si ☐	No ☐	
13. ¿Se le ha encontrado alguna vez la presión arterial alta?	Si ☐	No ☐	
14. ¿Alteración del sistema digestivo: esófago, estómago, intestino delgado/grueso, hígado, vesícula, páncreas?	Si ☐	No ☐	
15. ¿Alteración o afección de los riñones, uréteres, vejiga, uretra, infección urinaria, orina con sangre?	Si ☐	No ☐	
16. ¿Enfermedades de las articulaciones (artritis, reumatismo, gota, etc.)?	Si ☐	No ☐	
17. ¿Ha padecido de la columna vertebral, discos, radiculopatías, lesiones en los huesos (osteoporosis osteopenia)?	Si ☐	No ☐	
18. ¿Ha tenido alguna gigantomastía?	Si ☐	No ☐	
19. ¿Alguna enfermedad de la sangre?	Si ☐	No ☐	
20. ¿Ha tenido la prueba de Virus del Sida positiva?	Si ☐	No ☐	
21. ¿Enfermedades infectocontagiosas,	Si ☐	No ☐	

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

toxoplasmosis, meningitis, herpes, enferemedad de transmisión sexual, hepatitis, dengue?			
22. ¿Alguna enfermedad, malformación o lesión congénita?	Si ☐	No ☐	
23. ¿Alguna vez ha usado alguna droga como: marihuana, cocaína, anfetaminas, u otros similares?	Si ☐	No ☐	
24. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Detalle, clase frecuencia y cantidad.	Si ☐	No ☐	
25. ¿Está tomando algún medicamento?	Si ☐	No ☐	
26. ¿Ha tenido alguna operación o intervención quirúrgica?	Si ☐	No ☐	
27. ¿Ha tenido alguna alteración de salud, ha consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico de alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente?	Si ☐	No ☐	

5.7. Mencione el nombre de los médicos que lo han atendido en lo últimos 5 años.

Nombre:	Dirección:	Teléfonos:
Nombre:	Dirección:	Teléfonos:
Nombre:	Dirección:	Teléfonos:

5.8. Detalle de los seguros en vigor a su nombre.

Compañía:	Seguro de Salud/Gastos Médicos	N° de Póliza

6. INFORMACION DE DEPENDIENTES

Favor listar todos los miembros de la familia a incluir dentro de esta sección, por orden de edad, siendo primero el mayor.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento			Estatura (cms)	Peso (kgs)	Parentesco	Cédula de Identidad
	día	mes	año				
						☐ Conyuge	
						Hijo☐ (a)☐	
						Hijo☐ (a)☐	
						Hijo☐ (a)☐	
						Hijo☐ (a)☐	
						Hijo☐ (a)☐	

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

Si voluntariamente no incluyó a algún familiar, indique quién y por qué causa

Nombre	Causa

7. PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO

Desde: ____/_____/_____ Hasta: ____/_____/_____
Día Mes Año Día Mes Año

8. ELECCIÓN DE COBERTURAS

COBERTURA BÁSICA	SUMA ASEGURADA (DE USD$ 50,000.00 a USD$ 1,000,000.00)
8. Hospitalización **9. Prevención y Mantenimiento de la Salud** **10. Consulta Externa** **11. Farmacia** ■ **12. Servicios Dentales** **13. Embarazo y Maternidad.**	
COBERTURA ADICIONAL – OPCIONAL	
14. Servicios Odontológicos Adicionales ☐	

9. OTROS TEMAS

9.1. Autorización de Pago de Reclamaciones

Datos bancarios

Nombre del titular de la cuenta: _____

Banco: _____ Moneda: Colones ☐ Dólares ☐ Tipo de Cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente

N° de Cuenta Cliente: _____ *E-mail: _____

Firma: _____
(Representante Legal)

*Importante que tenga correo electrónico, de esa forma recibirá notificación del pago o reembolso de su reclamo.

9.2. Autorización del Propuesto Asegurado para el Acceso a Expediente Médicos, Revelación de Datos Médicos.

Por este medio autorizo a los médicos y tecnólogos del sector salud que me han examinado en hospital, clínica y otros centros de salud tanto públicos como privados, para que suministren información completa (incluyendo copia de sus archivos sobre cualquier tipo de tratamiento) en relación con esta solicitud a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** Asisimismo, autorizo a **ASSA Compañía de Seguros S.A.**, para que solicite de las personas o entidades que resguarden o custodien información relacionada con los aspectos que influyen en la determinación del riesgo moral y/o financiero del Propuesto Asegurado.

Firma: _____ Cédula: _____

9.3. Declaraciones y Manifestaciones del Propuesto Asegurado y Solicitud de Inclusión

Declaro bajo juramento lo siguiente:l

1. El presente cuestionario fue debidamente contestado, responde en forma fiel y exacta a la verdad real de los hechos y a mi condición actual de salud.
2. En caso que mis respuestas y declaraciones en esta solicitud llegaren a afectar la apreciación del riesgo o si se comprobare falsedad en ellas, comprendo que los actos realizados para el otorgamiento de la cobertura podrían ser nulos en forma relativa o absoluta, según sea el caso.

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

3. He recibido de manera previa la información relativa al contrato de seguro, a la Entidad Aseguradora y demás información contenidas en el artículo 12 de la Ley 8956 y los artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre Comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10) y, por lo tanto, doy mi consentimiento de ser incluido dentro del presente contrato de seguro.
4. Reconozco que la cobertura del seguro entrará a regir una vez que la presente manifestación de consentimiento haya sido aceptada por la Compañía de Seguros.
5. El Propuesto Asegurado certificn que la información brindada en este documento es veraz y exacta; entiende y conoce que cualquier reticencia o inexactitud puede generar la nulidad del contrato de seguro.

10. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.

11. INDICACIÓN DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN PREVIO AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Acepto haber recibido la información relativa a los términos y condiciones de esta póliza, así como el presente documento, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso de suscribir la presente póliza colectiva. También he sido enterado de que la eficacia de las coberturas está sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Acepto los términos y condiciones de la cotización emitida por la Compañía para el proceso de análisis y aceptación del riesgo que será cubierto por el seguro; asimismo confirmo que antes de tomar este seguro he leído y comprendido las Condiciones Generales, la información establecida en la página web: http://www.assanet.cr/servicios-al-cliente/formularios2 y demás datos que regula el artículo 12 de la Ley 8956 y artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10).

Manifiesto que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.

Este documento sólo 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.

_____	_____	_____
Firma del Propuesto Asegurado	Fecha	Intermediario de seguros-Lic. No.

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

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