

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

Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional - Plan Grupo Joven

Código de producto: P20-64-A11-426
(Versión 2)

Fecha registro V2: 21-oct-14

Oficio solicitud registro V2: ASI-00470-2014

TRIPLE-S BLUE, INC.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS INTERNACIONAL-PLAN GRUPO JOVEN-

CODIGO DE PRODUCTO: P20-64-A11-426

FECHA DE REGISTRO: 20 de marzo de 2013

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

GERENTE GENERAL

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

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

- A. Cobertura de Gastos Médicos
- B. Coberturas Adicionales Opcionales
 - B.1. Cobertura de Muerte por cualquier causa y adelanto de gastos funerarios.
 - B.2 Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento
 - B.3 Cobertura de Invalidez Total y Permanente

I. DEFINICIONES

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

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

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

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

AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia por Ambulancia Terrestre, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de

accidentes, traumatismos o enfermedades, del lugar donde ocurre el accidente y se contrae la enfermedad a un hospital.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Procedimiento quirúrgico efectuado para restaurar estructuras anormales del cuerpo y mejorar defectos en función y apariencia, que hayan sido resultado de cirugía previa requerida como consecuencia de una enfermedad o lesión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Parto por Cesárea
- b. Terminación espontánea del embarazo, ocurrida durante el periodo de gestación, donde un nacimiento viable, no es posible;
- c. Cualquier condición que requiera internamiento en un hospital antes del parto (cuando el embarazo no ha terminado), cuyo diagnóstico sea distinto al de embarazo, pero causado o adversamente afectado por el embarazo, tales como nefritis aguda; nefrosis; descompensación cardíaca; aborto interrumpido. condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, previo al alumbramiento
- d. Preeclampsia, y,
- e. Falsa labor de parto; o manchas ocasionales; o periodo de descanso prescrito por el Médico durante el embarazo; o náusea matinal; o condiciones similares asociadas con un embarazo difícil.

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTRATANTE: Es la empresa o entidad a la cual la Compañía ha emitido una póliza con el objeto de proporcionar cobertura de seguro a los afiliados y sus dependientes elegibles y está obligada a pagar las primas en la forma y monto convenido.

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

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

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

Los siguientes cargos o gastos no podrán usarse para satisfacer el monto del Deducible:

(1) Cantidades que sobrepasen los límites de los Costos Razonables y Acostumbrados establecidos por la Compañía; (2) Copagos y Coaseguros; (3) gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no están cubiertos bajo la póliza; (4) cargos en exceso de los límites de beneficios estipulados en la póliza; (5) cualquier suma de dinero que el asegurado esté obligado a pagar debido a una reducción en los beneficios pagaderos bajo la póliza. En los casos en que exista un deducible para cada una de las

áreas geográficas estipuladas en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, la cantidad de dinero acumulada en concepto de deducible para una determinada área geográfica no forma parte del deducible que se requiera acumular para las otras áreas geográficas en el periodo indicado en esta póliza.

DEPENDIENTES ELEGIBLES: Se consideran dependientes del Asegurado Principal:

El Cónyuge.

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

Los Hijos e Hijas solteros (as), hijastros o hijos adoptados legalmente, serán elegibles desde un día de nacido y hasta los veintiún (21) años de edad. Si son estudiantes a tiempo completo en una Universidad o institución de Estudios Superiores debidamente acreditada, la cobertura se extenderá hasta la fecha de renovación inmediata siguiente una vez cumplidos los veinticuatro (24) años de edad.

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

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

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

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

DOBLE COBERTURA: Con excepción de la cobertura por muerte natural o accidental, la doble cobertura se refiere a la situación en que un asegurado o beneficiario de esta póliza también tenga cobertura bajo otra póliza de otra compañía de seguros. En este caso se aplicara lo dispuesto en la Cláusula Otros Seguros de esta Póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FECHA DE RENOVACION: Se refiere a la fecha en que terminan los beneficios, condiciones y tarifas del último periodo de vigencia indicado en el Cuadro de Beneficios. A partir de esta fecha entran en vigencia los nuevos beneficios, condiciones y tarifas acordados entre el Contratante y la Compañía.

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

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

GASTOS USUALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Son los costos u honorarios usuales razonables y acostumbrados, para el lugar o país donde se efectúe el tratamiento, ordenados por un médico considerando la naturaleza y severidad de la lesión o enfermedad; la naturaleza y complejidad del servicio o tratamiento; el grado de habilidad necesaria; el tipo de especialista requerido; el rango de los servicios o suministros provistos. Los cargos u honorarios facturados por tratamientos o suministros inusuales o poco conocidos o que no estén disponibles en un área de servicio, serán determinados por la Compañía tomando en cuenta factores tales como la complejidad, el grado de habilidad necesario del profesional de la salud, el tipo de especialista requerido y los cargos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas. La Compañía se encuentra obligada a mantener actualizados los precios de mercado nacional e internacional de los costos usuales, razonables y acostumbrados de los diferentes servicios que se ofrecen en este seguro. Ningún beneficio pagadero bajo esta Póliza podrá exceder de los límites de los Gastos Usuales Razonables y Acostumbrados, tal y como aquí se definen.

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

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

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

HOSPITAL: Es una institución que:

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

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

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

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

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

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

No se considera Hospital:

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

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Es la pérdida entre el cincuenta por ciento (50%) y menos del ochenta por ciento (80%) de la capacidad laboral en la profesión u oficio habituales de la persona durante toda su vida.

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

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

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

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

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

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

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

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

PAIS DE RESIDENCIA: Es el país declarado en la solicitud, o cualquier otro país en Latinoamérica.

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

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

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

PLAN DE SEGURO COLECTIVO: Define la cobertura de beneficios indicada en el Cuadro de Beneficios a grupos de personas cobijados bajo un mismo vínculo de tipo laboral, escolar,

cooperativo, entre otros, y debe tener un mínimo de 20 titulares principales. Estos planes tienen un diseño especial de acuerdo al colectivo que los adquiere, evidenciado con el Certificado, el cual se otorga a los titulares principales del grupo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROTESIS: Estructura que reemplaza un miembro del cuerpo.

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

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

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

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

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

- a. Compatibles con los síntomas o con diagnóstico y tratamiento de la condición, enfermedad, padecimiento o lesión del Asegurado.
- b. Apropriados con respecto a estándares aceptables de la práctica médica.

- c. El suministro más apropiado o nivel de servicio que pueda ser suministrado sin peligro al asegurado.
- d. No únicamente para la conveniencia del asegurado, del médico, del hospital u otro proveedor, según otro criterio médico.

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

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

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

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

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

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

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

UNIDAD DE ASISTENCIA: Se refiere a la Unidad que a nombre de la Compañía Atlantic Southern Insurance Company-Sucursal en Costa Rica, brinda los servicios a sus asegurados

sobre los proveedores médicos de la Red de Proveedores Afiliados, disponibles por especialidad en Costa Rica o en cualquier otro país en que se encuentre el asegurado requiriendo los servicios. Asimismo, colabora con el asegurado en el uso del seguro y presentación de reclamaciones, de acuerdo con el procedimiento establecido en el Anexo 1. “Procedimiento para la utilización de los seguros, Aviso de siniestro y Reclamos”.

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

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

II. ESTIPULACIONES GENERALES

1.- BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA. La presente Póliza se emite de acuerdo a la información ofrecida en la Solicitud de Seguro. La documentación válida que conforma la presente póliza y para fijar los derechos y obligaciones, es la siguiente: la solicitud del seguro firmada por el tomador o la persona asegurada, la propuesta de seguros aceptada por el tomador o la persona asegurada, según corresponda, la declaración de salud o cuestionarios de salud, las pruebas de asegurabilidad que hubiere requerido la Compañía para cada Asegurado, los reportes o registros del Tomador del Seguro, las Condiciones Generales, Particulares, el **Anexo 1-** Procedimiento para la utilización de los seguros, Aviso de siniestro y Reclamos, **Anexo 2-** Información de Deducibles y Coaseguro, **Anexo 3-** Información sobre Pruebas de Asegurabilidad, y según sea el Plan elegido por el Asegurado uno de los siguientes anexos: **Anexo 4-** Beneficios de la Cobertura de Gastos Médicos, **Anexo 5-** Tabla de Indemnizaciones por Desmembramiento Accidental, igualmente si el Asegurado contrata alguna de las coberturas adicionales formará parte de esta póliza uno de los siguientes anexos: **Anexo 6-**Cobertura de Muerte, por cualquier causa y adelanto de gastos funerarios, **Anexo 7-** Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento y **Anexo 8-**Cobertura de Invalidez Total y Permanente, así como otras solicitudes o propuestas que se presenten luego de emitido el seguro y adenda que se llegaren a agregar a la póliza.

2.- RECTIFICACION DE LA POLIZA. Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. Sin embargo, el Tomador del Seguro tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza, para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido este plazo caducará el derecho de solicitar rectificación de la póliza. Si el

Tomador no desea continuar con el seguro y las primas hubieren sido pagadas, la Compañía las devolverá en un plazo de diez (10) días hábiles de acuerdo con la Cláusula Reembolso de primas por cancelación de póliza.

3.- VIGENCIA Y PLAN DE SEGURO. El presente es un seguro colectivo nominativo de gastos médicos anual renovable. La prima inicial deberá pagarse dentro de los diez días hábiles siguientes al inicio de la vigencia de la póliza y las primas futuras deberán pagarse según se indica en las Condiciones Generales. El monto asegurado se reinstala cada año póliza.

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

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

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

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

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

a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al tomador la modificación del contrato, la cuál será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días hábiles después de su notificación, el asegurador podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado, podrá rescindir el contrato, en el término de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

c) El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

5.- MODIFICACIONES A LA PÓLIZA. Únicamente Atlantic Southern Insurance Company – Sucursal en Costa Rica, tiene el derecho de adicionar o modificar cualquier parte de esta Póliza. Cualquier cambio, incluyendo cualquier aumento o reducción en la prima, tendrá efecto únicamente en una fecha de Aniversario de la Póliza y entrará en vigencia o a los treinta (30) días naturales siguientes a la notificación que sobre tales cambios haya sido enviada al Tomador a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Tomador para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato, por medio de Anexo o Endoso firmado por un oficial o funcionario autorizado de la Compañía. Ningún agente o corredor de seguros tiene facultades para modificar la Póliza o para descartar cualquiera de sus términos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En donde:

a) El porcentaje de VARIACIÓN INDICE PRECIOS SERVICIOS corresponderá a la variación interanual del *Índice de Precios de Servicios* (IPS), publicado por el Banco Central de Costa Rica, con corte al 31 de Diciembre del año anterior al año de la renovación para las pólizas a renovar entre el 1 de Enero y 30 de Junio; y con corte al 30 de Junio del año de renovación para las pólizas a renovar entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre.

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

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

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

Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

a) Las tarifas vigentes;

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

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

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

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

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

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

15. RENOVACION DE LA POLIZA, PERIODO DE GRACIA Y MORA EN EL PAGO. Esta Póliza es renovable, si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Tomador a la Compañía, por lo menos con treinta (30) días naturales previos a la fecha de renovación.

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

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

La Compañía puede terminar la póliza en el aniversario de la misma o en cualquier fecha de vencimiento de prima mediante notificación escrita al Contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación, si en la fecha de tal aviso el número de Personas Aseguradas con este contrato es menor a 20.

16. RECARGOS y DESCUENTOS EN LA PRIMA.

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

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

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

Cantidad de Asegurados Principales que conforman la Póliza	Porcentaje de Descuento a otorgar sobre la Prima	Porcentaje de Descuento a otorgar sobre la Prima	Porcentaje de Descuento a otorgar sobre la Prima
---	---	---	---

Colectiva (*)	Comercial al ASEGURADO PRINCIPAL	Comercial al CÓNYUGE (**)	Comercial a CADA HIJO asegurado (**)
1 a 20	0%	10%	0%
21 a 50	5%	12%	2%
51 a 150	10%	15%	5%
151 a 500	15%	20%	10%
501 ó más	20%	25%	15%

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

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

19. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS. Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato, pueden ser resueltas en sede administrativa según el procedimiento indicado en el Aparte V. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES.

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

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

20. ASEGURADOS AFILIADOS ELEGIBLES PARA SEGURO.

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

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

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

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

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

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

IV. PLANES DE ASEGURAMIENTO Y DESCRIPCION DE COBERTURAS **DESCRIPCION DE COBERTURAS.**

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

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

23. DESCRIPCION DE COBERTURAS:

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

B. Coberturas Adicionales Opcionales

B.1. COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS. Esta cobertura puede ser contratada solamente para el asegurado principal.

La edad de contratación es a partir de los 18 años cumplidos, y la cobertura comprende el pago de un beneficio establecido por muerte por cualquier causa, establecido a través de un múltiplo de salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o renovación del seguro, hasta un máximo de treinta y seis (36) salarios brutos mensuales. Bajo esta cobertura se tendría un adelanto del veinticinco por ciento (25%) del total de beneficio dentro de las veinticuatro horas siguientes al fallecimiento para cubrir gastos funerarios.

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

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

B.3 COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Esta cobertura puede ser contratada solamente para gerentes de la empresa contratante. La edad de contratación es a partir de los 18 años cumplidos. La cobertura comprende el adelanto del 100% del beneficio establecido en la cobertura de Muerte por cualquier causa en caso de una *Incapacidad Total y Permanente*. Por lo tanto, en caso de pagarse el presente beneficio, la cobertura de muerte por cualquier causa quedaría finiquitada.

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

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

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

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

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

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

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

25. DEDUCIBLE. El monto del deducible en esta póliza será la primera suma que se aplicará al asegurado al momento de pagar un siniestro, y ese monto será el que corresponda al Plan de Aseguramiento elegido por el Asegurado, y que se incluyen en el **Anexo 2** a esta póliza “Información sobre deducibles y coaseguro”.

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

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

del monto de la indemnización la suma que corresponda por concepto de deducible y coaseguro.

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

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

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

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

28. UTILIZACION DEL SEGURO Y CONDICIONES REFERIDAS AL USO DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS. La Compañía ofrece una Red de Proveedores para brindar a los asegurados una amplia gama de servicios en beneficio del Asegurado, y los proveedores afiliados a la Red, han convenido contractualmente aceptar el pago directo de la Compañía por los servicios cubiertos por la póliza y prestados a los asegurados a los costos negociados previamente. Todos los beneficios de esta póliza están disponibles dentro de la Red de Proveedores.

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

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

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

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

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

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

Programa BlueCard®

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

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

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

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

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

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

Un número pequeño de estados de los Estados Unidos de América (EE.UU.), Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE.UU., podrá requerir que un *Host Blue* utilice cualquiera de los dos (i) una base para determinar la responsabilidad del asegurado por servicios médicos

cubiertos para el cuidado de la salud que no representa los ahorros totales realizados, o que se anticipen realizar, en una reclamación en particular o (ii) añadida un recargo. Si un estado en particular de los Estados Unidos de América (EE.UU.), Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE.UU., donde se obtiene acceso a los servicios para el cuidado de la salud ordena métodos para calcular los precios o costos de los procedimientos que sean diferentes a la metodología del precio negociado o requiera un recargo, entonces BlueCross BlueShield Costa Rica calculará el precio o costo del procedimiento del asegurado de acuerdo con la ley aplicable en Costa Rica y los términos y condiciones de póliza .

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

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

1. Cálculo

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

2. Excepciones.

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

médicos que no participa en la red y el pago que BlueCross BlueShield Costa Rica realiza por los servicios cubiertos según lo establecido en el contrato póliza.

29. GASTOS CUBIERTOS.

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

Los Gastos Cubiertos incluirán, pero no están limitados a:

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

- Costos para Sala de Cuidados Intensivos usuales, razonables y acostumbrados, que no excedan el monto especificado en las presentes Condiciones Generales.

-

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

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

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

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

13) Tratamiento por Psiquiatría, (máximo 20 consultas al año. No cubre exámenes ni medicamentos).

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

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

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

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

a) Que se trate de Condiciones Preexistentes reveladas en la Solicitud, y que hayan sido expresamente aceptadas por la Compañía como cubiertas por la póliza, y así se ha indicado específicamente en la Póliza al momento de su emisión.

b) La cláusula de condición preexistente no será aplicada a ningún niño dependiente nacido del Asegurado o su cónyuge o conviviente, mientras el Asegurado o su cónyuge conviviente estén asegurados bajo esta póliza, siempre y cuando se incluya al niño en la póliza dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha de su nacimiento. Sin embargo, esta cláusula sí se aplicará a cualquier Dependiente Elegible (que no sea un niño recién nacido dependiente) que sea cubierto bajo esta póliza después de la fecha de emisión de esta póliza.

c) Todas las condiciones preexistentes conocidas por el asegurado necesitan ser expuestas e incluidas en la Solicitud de Seguro. En el momento de la suscripción del seguro, la Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza para tratamiento, procedimientos o suministros requeridos para una Persona Cubierta por o como resultado de una condición preexistente. Tal exclusión o limitación así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante de previo a la aceptación del seguro.

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

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

requerimientos de la Póliza para ser elegible bajo la misma desde la fecha de su nacimiento, según se establece para dependientes elegibles en esta Póliza.

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

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

11) Trasplante de órganos.

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

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

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

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

16) Cualquier estudio, tratamiento y procedimiento de ortodoncia, pero no limitado a prevención o corrección de irregularidades dentales y maloclusión mandibular por aparatos de alambre, frenillos y otras ayudas mecánicas o cualquier otro cuidado, reparación, remoción, reemplazo o tratamiento para los dientes o cualquier tejido

circundante, excepto por tratamientos necesarios como consecuencia de daño físico a dientes naturales y sanos incurridos por accidente cubierto por la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

25) Cualesquiera gastos incurridos por acompañantes del paciente asegurado.

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

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

27) **Trastornos del sueño, apnea del sueño.**

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

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

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

31) **Cualquier gasto relacionado con la práctica amateur, aficionada, o no declarada en la solicitud, de deportes o actividades peligrosas, entre las que se señalan de manera enunciativa más no limitativa las siguientes: Alpinismo; artes marciales de cualquier tipo; aviación; automovilismo; buceo; boxeo; bungee jumping; canopy; carreras de caballos; deportes de invierno de cualquier tipo; deportes marítimos o pluviales; equitación; escalar montañas con o sin cuerdas guía; exploración de cuevas (espeleología), cavernas y volcanes; equitación; fútbol; lucha de cualquier tipo; montañismo con o sin cuerdas guía; paracaidismo; parapente o similar; pesca; rafting; rapel; rodeo; rugby o similar; sky trek; sky walk; snorkeling; sky surfing; surfing; tauromaquia y toreos; tiro; uso de vehículos acuáticos sin motor; vuelo delta y similares; vuelo en planeadores; windsurfing. En estos casos la Compañía se reserva el derecho de dar cobertura a esas actividades o de imponer condiciones particulares de aseguramiento. Si en el futuro al Asegurado o sus dependientes asegurados van a iniciar la práctica de cualquiera de esas actividades, deberán notificar por escrito de ello a la compañía**

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

33) **Cualquier acto de cualquier persona actuando a nombre o en conexión con cualquier organización terrorista.**

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

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

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

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

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

39) Beneficios de Maternidad para hijas dependientes.

40) Con la excepción de la angioplastia con globo, no estará cubierto cualquier otro procedimiento cardiovascular que no requiera cirugía.

41) Medicamentos de venta libre, medicamentos obtenidos sin receta. Medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo ingresado en el hospital, medicamentos recetados que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria o que no estén relacionados con el diagnóstico objeto de cobertura.

42) Admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) o más horas antes de una cirugía programada, excepto si es aprobada por escrito por La Compañía.

43) Equipo de riñón artificial para uso residencial, excepto si es aprobado por escrito por La Compañía.

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

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

- 46)Gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales en caso de senilidad o deterioro cerebral.
- 47) Tranquilizantes o antidepresivos, medicamentos para el insomnio, anticonceptivos, vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico y suplementos alimenticios de cualquier tipo.
- 48) Chequeos médicos, o exámenes preventivos excepto los indicados en el en el Anexo 4 de esta póliza si los hubiese.
- 49) Gastos por servicios de Fisioterapia, excepto si el evento que dio origen a estos servicios han sido debidamente amparados por esta póliza, operando un límite máximo de 20 sesiones de fisioterapia.
- 50) Cualquier tipo de aborto y sus consecuencias, a menos que esté presente el riesgo de muerte de la madre.

IV. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

esta Póliza serán coordinados con los Beneficios de cualquier otra Póliza de Seguro Médico que pueda tener el Asegurado.

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

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

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

38. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS. Las reclamaciones bajo esta póliza serán resueltas y comunicadas al Asegurado en un plazo de siete días naturales (07) contados a partir de la fecha en que la Compañía reciba toda la información necesaria para determinar su responsabilidad bajo la Póliza, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales.

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

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

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

40. PAGO DE BENEFICIOS POR ESTA PÓLIZA Y LIQUIDACION DE GASTOS. Los beneficios cubiertos por esta póliza serán efectivos por pago directo a la Red de Proveedores

Afiliados, o bien por reembolso o reintegro directamente a la persona asegurada, según lo que corresponda, en los siguientes casos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. TERMINACION DE LA POLIZA

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

La cobertura de seguros bajo esta Póliza terminará:

Si ha terminado el Periodo de Gracia sin que la prima correspondiente haya sido pagada;

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

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

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

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

VI. ESTIPULACIONES SOBRE CONFIDENCIALIDAD, DOMICILIOS, COMUNICACIONES Y LEGITIMACION DE CAPITALES.

53. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION. La información que sea suministrada por el Tomador y las personas Aseguradas a la Compañía con ocasión de esta Póliza, estará protegida por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo autorización por escrito de cada uno de los Asegurados en contrario, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos. Quedan a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente. Queda prohibida la divulgación de datos

no relacionados directamente con el conflicto. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

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

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

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

El Tomador puede dirigir sus comunicaciones al domicilio de la Compañía a:
Dirección: Cantón Central de la Provincia de San José, Costa Rica, esquina de la calle 25 con Avenida 8. Número de Fax: 2248-4684.

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

Advertencia:

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

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

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

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A11-426 ASICO Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional -PLAN GRUPO JOVEN de fecha 20 de marzo de 2013.

ANEXO 2- INFORMACIÓN DE DEDUCIBLES Y COASEGURO

Los deducibles y coaseguro que se aplicarán serán los siguientes

DEDUCIBLES Y COASEGUROS (Montos en US\$ Dólares)	
Deducible dentro de América Latina	\$100
Deducible resto del mundo	\$150
Deducible por cuidado crítico neonatal	\$500
Deducible máximo para grupos familiares	Tres deducibles por año
Límite de coaseguro (o stop loss) dentro de la Red de Proveedores (Participación máxima del asegurado)	Latinoamérica =\$2.000 Resto del Mundo=\$5.000
Límite de coaseguro (o stop loss) fuera de la Red de Proveedores (Participación máxima del asegurado)	Latinoamérica =\$2.500 Resto del Mundo=\$6.000
Coaseguro Gastos de Hospitalización, <u>DENTRO</u> de la Red de Proveedores y <u>CON</u> Preautorización.	20%
Coaseguro Gastos de Hospitalización, <u>FUERA</u> de la Red de Proveedores y <u>SIN</u> Pre autorización.	40%
Coaseguro Gastos Médicos Ambulatorios, <u>DENTRO</u> de la Red de Proveedores y <u>CON</u> Pre autorización.	10%
Coaseguro Gastos Médicos Ambulatorios, <u>FUERA</u> de la Red de Proveedores y <u>SIN</u> Pre autorización.	20%

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A11-426 ASICO Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional -PLAN GRUPO JOVEN de fecha 20 de marzo de 2013.

ANEXO 4
1.- CUADRO DE BENEFICIOS COBERTURA DE GASTOS MEDICOS:

(Montos en US\$ Dólares)	
AMBITO DE LA COBERTURA:	Internacional
b) BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA.	Plan 1: \$50.000., Plan 2: \$100.000, Plan 3: \$150.000., Plan 4: \$200.000. y Plan 5: \$250.000.00
c) SERVICIOS DE HOSPITALIZACION:	
<u>Habitación y alimentación</u> (Fuera de América Latina y el Caribe). Habitación Privada o Semi-Privada y por un máximo de 90 días.	Hasta \$500 por día
<u>Habitación y alimentación</u> (En América Latina y el Caribe). Habitación Privada o Semi-Privada y por un máximo de 90 días.	Hasta \$250 por día
Habitación de <u>Cuidados Intensivos</u> y/o cualquier otra unidad de cuidados especiales. (Fuera de América Latina y el Caribe) Los cargos por día, sujeto a un máximo de 10 días.	Hasta \$1,000 por día
Habitación de <u>Cuidados Intensivos</u> y/o cualquier otra unidad de cuidados especiales. (En América Latina y el Caribe) Los cargos por día, sujeto a un máximo de 10 días.	Hasta \$900 por día
Otros servicios de hospitalización (a: cuidados de enfermería, inhalaciones, servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas, resonancia magnética (MRI), CAT Scans y otras pruebas de diagnóstico y pre-admisión, oxígeno, soluciones intravenosas, inyecciones, medicamentos prescritos y su administración)	90% de los gastos usuales y acostumbrados dentro de la red y 60% de los gastos usuales, razonables y acostumbrados fuera de la Red
Tratamientos Especiales (Prótesis e Implantes, Diálisis, Radiación y Quimioterapia, Servicios de Terapia para el tratamiento de una condición benigna o maligna, incluye Rayos X, radio e isotopos radioactivos, procedimientos de medicina nuclear y medicamentos especializados)	90% de los gastos usuales y acostumbrados dentro de la red y 60% de los gastos usuales, razonables y acostumbrados fuera de la Red
d) CIRUGIA:	
Honorarios de Cirujano:	90% de los gastos usuales y acostumbrados dentro de la red y 60% de los gastos usuales,

	razonables y acostumbrados fuera de la Red. En caso de múltiples procedimientos quirúrgicos por la misma sesión, el procedimiento secundario se paga un máximo del 25% del primer procedimiento.
Honorarios Asistente de Cirujano.	35% de los gastos del Cirujano
Honorarios Anestesiólogo.	35% de los gastos del Cirujano
e) MATERNIDAD:	
Cesárea o embarazo extra uterino	80% de los gastos usuales y acostumbrados dentro de la red y 60% de los gastos usuales, razonables y acostumbrados fuera de la Red.
Cuidado crítico y neonatal	<p>Para todos los Planes se tendrá que los Gastos Cubiertos para Condiciones Congénitas, incluyendo Nacimiento Prematuro, Anormalidades y/o Defectos al nacimiento, incluyen únicamente los gastos incurridos por un hijo propio que nazca mientras la cobertura de maternidad bajo la Póliza se encuentre en efecto para el Asegurado y/o su cónyuge dependiente, pero solamente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Tal niño nació bajo una Maternidad Cubierta. ii. El asegurado inscribió a tal niño dependiente bajo esta Póliza al someter la Solicitud requerida a la Compañía dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha de nacimiento del niño; y iii. La prima correspondiente a la inclusión de tal niño, ha sido pagada. <p>Estos Beneficios serán pagaderos hasta un monto máximo de \$20.000.00.</p>
f) BENEFICIOS AMBULATORIOS:	
Visitas Médicas fuera del hospital	Dentro de la Red y con Pre-autorización: 90% de los gastos usuales y acostumbrados; Fuera de la Red y sin Pre-autorización: 80% de los gastos usuales y acostumbrados.
Rayos x y laboratorio ambulatorios	Dentro de la Red y con Pre-autorización: 90% de los gastos usuales y acostumbrados; Fuera de la Red y sin Pre-autorización: 80% de los gastos usuales y acostumbrados.
Ultrasonidos	Dentro de la Red y con Pre-autorización:

	90% de los gastos usuales y acostumbrados; Fuera de la Red y sin Pre-autorización: 80% de los gastos usuales y acostumbrados.
Medicamentos con receta médica	Dentro de la Red y con Pre-autorización: 90% de los gastos usuales y acostumbrados; Fuera de la Red y sin Pre-autorización: 80% de los gastos usuales y acostumbrados.
g) OTROS BENEFICIOS:	
Beneficio por la enfermedad del (VIH) Sida	Por un máximo de \$25.000.00 por asegurado, durante todo el tiempo que esté vigente la cobertura (Vitalicio)
Tratamiento por Psiquiatría (Máximo 10 consultas al año. No cubre exámenes ni medicamentos).	\$40 por consulta

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A11-426 ASICO Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional -PLAN GRUPO JOVEN de fecha 20 de marzo de 2013.

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL ANEXA A ESTE CONTRATO.

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

Indemnización al 100%:

- Pérdida de ambas manos.
- Pérdida de ambos pies.
- Pérdida de la vista ambos ojos.
- Una mano, un pie.
- Una mano, y la vista de un ojo.
- Un pie y la vista de un ojo.

Indemnización al 100%:

- Pérdida de una mano.
- Pérdida de un pie.
- Pérdida de la vista de un ojo.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A11-426 ASICO Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional -PLAN GRUPO JOVEN de fecha 20 de marzo de 2013.

ANEXO 6

B.1. COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS. Esta cobertura cubre el pago de un beneficio establecido por muerte por

cualquier causa, establecido a través de un múltiplo de salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o renovación del seguro, hasta un máximo de treinta y seis (36) salarios brutos mensuales. Bajo esta cobertura se tendría un adelanto del veinticinco por ciento (25%) del total de beneficio dentro de las veinticuatro horas siguientes al fallecimiento para cubrir gastos funerarios, previa presentación de certificación de fallecimiento del asegurado emitida por un Hospital, Clínica o el Registro Civil, y la cédula de identidad del asegurado y los beneficiarios.

Asegurado:

Monto asegurado:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A11-426 ASICO Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional -PLAN GRUPO JOVEN de fecha 20 de marzo de 2013.

ANEXO 7

B.2 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO: Esta cobertura puede ser contratada solamente para el asegurado principal, hasta la edad de 65 años. La cobertura comprende el pago de un beneficio establecido a través de un múltiplo de salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o renovación del seguro, hasta un máximo de treinta y seis (36) salarios brutos mensuales, en caso de fallecimiento por causa accidental. No incluye la muerte causada por armas de fuego o corto-punzantes.

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

Asegurado:

Monto asegurado:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A11-426 ASICO Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional -PLAN GRUPO JOVEN de fecha 20 de marzo de 2013.

ANEXO 8

B.3 COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Esta cobertura puede ser contratada solamente para los gerentes que disponga el contratante o tomador en forma específica, que tendrían este beneficio.

La cobertura comprende el adelanto del 100% del beneficio establecido en la cobertura de Muerte por cualquier causa en caso de una *Incapacidad Total y Permanente*. Por lo tanto,

en caso de pagarse el presente beneficio, la cobertura de muerte por cualquier causa quedará finiquitada.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A11-426 ASICO Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional -PLAN GRUPO JOVEN de fecha 20 de marzo de 2013.

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INTERNACIONAL -PLAN GRUPO JOVEN- NO. DE PÓLIZA: _____

MONTO ASEGURADO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA	<input type="checkbox"/> €250.000.00	<input type="checkbox"/> €200.000.00	<input type="checkbox"/> € 50.000.00
	<input type="checkbox"/> €150.000.00	<input type="checkbox"/> €100.000.00	
COBERTURAS ADICIONALES:			
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS.	<input type="checkbox"/> Monto asegurado hasta _____ salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o renovación del seguro, hasta un límite máximo de 36 salarios brutos mensuales.		
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.	<input type="checkbox"/> Monto asegurado hasta _____ salarios brutos mensuales vigentes a la contratación o renovación del seguro, hasta un límite máximo de 36 salarios brutos mensuales.		
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.	<input type="checkbox"/> El monto de cobertura comprende el adelanto del 100% del beneficio establecido en la Cobertura de Muerte por Cualquier causa y adelanto de Gastos Funerarios. Al pagarse este beneficio dicha cobertura causa queda finiquitada.		
1.- Detalle de personas a asegurar:			
ASEGURADO PRINCIPAL			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")		
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: Día Mes Año	Reporto para recibir comunicaciones de la Compañía el siguiente medio: <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Apdo postal: _____
Peso:	_____ Kgs.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Email: _____
Estatura:	_____ Cms.		<input type="checkbox"/> Otro Medio: _____
CÓNYUGE O CONVIVIENTE			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")		
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso: _____ Kgs. Estatura: _____ Cms.	País de residencia
			Fecha de Nacimiento: Día Mes Año
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
HIJO (A) Ó DEPENDIENTE			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")		
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento: Día, mes, año	País de residencia
		Día: Mes: Año:	Peso:
			Estatura:
HIJO (A) Ó DEPENDIENTE			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")		
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento: Día, mes, año	País de residencia
		Día: Mes: Año:	Peso:
			Estatura:
HIJO (A) Ó DEPENDIENTE			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")		
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento: Día, mes, año	País de residencia
		Día: Mes: Año:	Peso:
			Estatura:
HIJO (A) Ó DEPENDIENTE			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")		
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento: Día, mes, año	País de residencia
		Día: Mes: Año:	Peso:
			Estatura:

DECLARACIÓN DE SALUD PARA UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el Registro número: P20-64-A11-426 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INTERNACIONAL -PLAN GRUPO JOVEN, de fecha 20 de marzo de 2013.