

Best Meridian Insurance Company

SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN COLONES

Código de producto: P14-26-A10-585
(Versión 2)

Fecha de registro V2: 16-ene-15

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN COLONES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. - COBERTURAS

a. COBERTURA BÁSICA

El presente seguro cubre la muerte por cualquier causa que pudiere ocurrir en cualquier lugar del mundo a los Asegurados, durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, de acuerdo a la vigencia de esta Póliza establecida en el Certificado de la Póliza y en las Condiciones Particulares, con excepción de lo estipulado en la Cláusula 19.- Exclusiones, y dentro de las limitaciones expresadas en esta Póliza, hasta los límites estipulados en el Certificado de la Póliza y/o en las Condiciones Particulares.

b. COBERTURAS ADICIONALES

Son coberturas opcionales que el Tomador puede adquirir mediante el pago de la prima adicional que corresponda y estarán vigentes si aparecen en el certificado de esta póliza.

Los aditamentos opcionales son:

1. Aditamento de Incapacidad Total y Permanente.
2. Aditamento de Muerte y/o Desmembramiento Accidental.
3. Aditamento de Gastos Funerarios.

c. COBERTURA DE SERVICIOS

Mediante el pago de la prima adicional que corresponda, el Tomador puede adquirir una Cobertura Opcional de Servicios Odontológicos. Esta estará vigente si aparece en el Certificado de esta Póliza.

CLÁUSULA 2. - BASES DEL CONTRATO

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, emite la presente Póliza con sus Condiciones Generales y Particulares, basándose en las declaraciones comprendidas en la solicitud de seguro firmada por el Tomador y en las declaraciones firmadas por los Asegurados.

Esta Póliza, la solicitud de seguro, las declaraciones individuales de salud, los endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es

responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna condición de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente el personal autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Cualquier solicitud, notificación o evidencia exigida bajo esta póliza debe ser por escrito. Debe ser enviada o entregada a la Compañía a una persona autorizada.

La Póliza de Seguros de Vida Colectivo en Colones se rige mediante un contrato de Adhesión.

CLÁUSULA 3. - DEFINICIONES

Para los fines de la presente Póliza, los términos empleados en el mismo tendrán el significado que a continuación se expresa:

1. **ASEGURADO.-** Persona física que en sí misma está expuesta al riesgo, forma parte del grupo asegurado, tiene relación directa con el Tomador y está protegida bajo esta póliza por haber sido aceptada por la Compañía y por haber recibido la Compañía el pago de la prima correspondiente.
2. **CERTIFICADO DE SEGURO.-** Constancia emitida por la Compañía en la que se acredita la inclusión de uno o varios riesgos para su aseguramiento en la póliza colectiva emitida. Es el documento expedido por la Compañía a favor del Asegurado adherido a un contrato de seguro en modalidad colectiva, el cual recoge las condiciones particulares del asegurado, incluyendo las coberturas y beneficios que aplican para cada Asegurado.
3. **DOMICILIO DEL ASEGURADO.-** Dirección de residencia de los asegurados dentro de la República de Costa Rica.
4. **EDAD.-** Cualquier referencia al cumplimiento de una edad determinada se refiere a la edad del asegurado en la fecha en que la compañía emita el certificado o cuando se proceda a realizar el trámite de renovación.
5. **ESTADO ACTIVO.-** Si el Asegurado es empleado del Tomador, significa un Asegurado empleado de tiempo completo que trabaja regularmente. El Asegurado debe desempeñar las obligaciones propias de su trabajo durante

un mínimo de 40 horas a la semana. El trabajo puede ser desempeñado en las oficinas del Tomador o en cualquier lugar donde el Asegurado tenga que viajar por razón de su trabajo. Si el Asegurado no tiene relación laboral con el Tomador, significa un Asegurado quien desempeña las obligaciones propias de su trabajo de manera apropiada para tal trabajo. El Asegurado no se considera estar en estado activo cualquier día en el cual esté incapacitado totalmente.

6. **GRUPO ASEGURABLE.**- Grupo de personas físicas relacionadas con el Tomador y sobre la cual se hace la oferta de seguro colectivo.
7. **GRUPO ASEGURADO.**- Grupo de personas físicas que pertenecían al Grupo Asegurable y fueron aceptadas por la Compañía.
8. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA.**- Llamada también con contribución; el Asegurado contribuye en todo o en parte de la prima, que debe ser pagada por el Tomador a la entidad aseguradora.
9. **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA.**- Llamada también sin contribución; el Asegurado no contribuye en nada con la prima; es el Tomador quien de sus recursos paga la prima a la entidad aseguradora.
10. **SEGURO COLECTIVO.**- Es el suscrito entre un Tomador o Contratante y la Compañía con el propósito de cubrir, mediante un solo contrato o póliza de seguro, a múltiples asegurados que tengan una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.
11. **TOMADOR.**- Persona física o jurídica que, por cuenta ajena, contrata el seguro a la Compañía. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en el Tomador la figura de beneficiario del seguro.

CLÁUSULA 4. - CERTIFICADO DE SEGURO

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

CLÁUSULA 5. - DECLARACIÓN INCORRECTA DE EDAD Y SEXO

Si la fecha de nacimiento o el sexo del Asegurado ha sido declarado incorrectamente, la compañía

will change any payable amount under the policy for the corresponding amount to the premium paid according to age and sex correctos.

CLÁUSULA 6. - NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

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

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

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

CLÁUSULA 7. - VIGENCIA

Esta Póliza se emite como una póliza Anual Renovable siempre y cuando haya pagado la prima, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en esta Póliza y/o sus endosos, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo

menos treinta (30) días naturales antes del vencimiento.

El seguro entrará en vigor el último de las fechas descritas a continuación siempre que el Asegurado esté en estado activo en esa fecha:

- a. Cuando la Compañía exija evidencia de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que la Compañía apruebe la solicitud del propuesto asegurado.
- b. Si no se requiere evidencia de asegurabilidad, el propuesto asegurado será asegurado en la fecha en que sea elegible para el seguro.

Si el Asegurado no está en estado activo en la fecha cuando el seguro hubiese entrado en vigencia, el seguro entrará en vigor en la fecha en que el Asegurado regrese al trabajo activo.

CLÁUSULA 8. - RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de esta Póliza o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega de esta Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones de la póliza o de sus modificaciones, y el Tomador deberá entregar a la Compañía esta Póliza firmada en el mismo plazo anterior de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA 9. - SUMA ASEGURADA

La suma asegurada será aquella que conste en el Certificado y en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

En caso de requerirse un aumento o disminución de cualquier suma asegurada, el Tomador deberá solicitar por escrito dicho cambio a la Compañía. La modificación regirá desde la fecha en que la Compañía reciba la mencionada solicitud, la acepte y extienda el correspondiente endoso o se emita un nuevo certificado.

CLÁUSULA 10. - ELEGIBILIDAD Y ASEGURABILIDAD DE ASEGURADOS

Si el Grupo Asegurable consiste de empleados del Tomador, son elegibles como Asegurados aquellos que a la vigencia de esta Póliza y/o sus Aditamentos tengan una relación laboral estable con el Tomador. También son elegibles como Asegurados:

- a. Los propietarios, socios o miembros del directorio del Tomador, siempre y cuando

exista autorización expresa por parte de la Compañía.

- b. Las personas que con posterioridad a la fecha de vigencia de esta Póliza, se incorporen en forma laboral estable al Tomador.

Si el Grupo Asegurable no tiene relación laboral con el Tomador, y no tiene como objeto exclusivo la contratación de las coberturas provistas por ésta Póliza y/o sus Aditamentos, son elegibles como Asegurados aquellos que a la vigencia de esta Póliza y/o sus Aditamentos tengan una relación con el Tomador según las normas del grupo. También son elegibles como Asegurados, las personas que con posterioridad a la fecha de vigencia de esta Póliza, se incorporen al grupo.

Aquellos Asegurados que no ingresaren al grupo siendo elegibles, o que habiéndolo hecho se hayan retirado del mismo, no podrán ingresar sino al aniversario de esta Póliza, previa aceptación expresa de la Compañía, la misma que tiene la facultad de negar, limitar o condicionar dicho ingreso.

Las personas que se protegen por este contrato deberán ser mayores a 15 años al momento de suscripción de la póliza.

CLÁUSULA 11. - EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

La Compañía se reserva el derecho de exigir al Tomador evidencia de asegurabilidad satisfactoria para la Compañía, para todos o para algunos de los Asegurados elegibles.

CLÁUSULA 12. - BENEFICIARIOS

Son las personas naturales o jurídicas designadas por el Asegurado para recibir la suma asegurada en caso de fallecimiento de éste, y deberán ser consignadas en los formularios que para el efecto provea la Compañía.

La suma asegurada será pagada en las proporciones determinadas por el Asegurado; y, si no han sido determinadas esas proporciones se entenderá que cada beneficiario tendrá una participación igual. Si un beneficiario falleciere antes que el Asegurado, el beneficio será repartido en partes iguales a los beneficiarios restantes, salvo si el Asegurado nombrare un beneficiario reemplazante. Si los beneficiarios nombrados no pudiesen recibir la indemnización o si estos hubiesen fallecido, la suma asegurada será entregada únicamente a los herederos legales así designados por juez competente.

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios por él designados, salvo que la designación sea con carácter de beneficiario irrevocable o a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto únicamente cuando la solicitud de cambio se haya realizado en los formularios que para el efecto provea la Compañía y que la misma haya sido entregada en sus oficinas. Si el cambio no hubiere llegado a ser registrado por la Compañía, en caso de fallecimiento del Asegurado, el pago se hará a los que consten como beneficiarios al momento del fallecimiento.

En cuanto a la designación de beneficiarios serán de aplicación las normas contenidas en la Ley N°8956 Reguladora del Contrato de Seguros.

“Advertencia:

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguros 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 beneficiarios al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

CLÁUSULA 13. - MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse bajo cualquiera de las dos modalidades:

- Contributiva, donde el grupo asegurable contribuyen con parte o con la totalidad de la prima.
- No Contributiva, el Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

CLÁUSULA 14. - PAGO DE LA PRIMA

La prima es pagadera en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Adicionalmente, el Tomador puede escoger el pago fraccionado de la prima de acuerdo con la política de la póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima como notificación al Tomador del Seguro. Si el Tomador no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, o de cualquier prima, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima, debe contactar a la Compañía o a su sucursal.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

No serán aceptados los pagos en efectivo. Para que la prima sea considerada pagada, ésta debe haber sido recibida en nuestra Casa Matriz, en el domicilio de nuestra sucursal o bien en la cuenta bancaria que al efecto designe la Compañía y el Tomador debe haber recibido un recibo oficial de la Oficina Administrativa o la sucursal de la Compañía.

Los ajustes de prima originados por modificaciones a esta póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez (10) días naturales contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. Si la modificación origina devolución de prima, la compañía deberá efectuarla en un plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la solicitud.

CLÁUSULA 15. - DESCUENTOS SOBRE LA PRIMA

La Compañía podrá aplicar un descuento por volumen para determinados grupos de asegurados los cuales deberán ser mayores a 100 personas.

La Compañía analizará el nivel de riesgo que representa el grupo a asegurar según la actividad económica que desarrolle (profesión u oficio, así como el tipo de sector en la que realiza labores) y determinará la aplicación o no de dicho descuento.

CLÁUSULA 16. - RECARGO POR FRACCIONAMIENTO DE PRIMA

El Tomador puede escoger el pago fraccionado de la prima, según la siguiente tabla de recargos:

Tipo de Fraccionamiento	Recargo
Semestral	3,0%
Trimestral	5,0%
Mensual	9.0%

CLÁUSULA 17. -PERÍODO DE GRACIA

Si cualquier prima no es recibida por la Compañía antes de su fecha de vencimiento, la Compañía concederá un Período de Gracia de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento para que la prima pueda ser pagada. Si la prima no es recibida por la Compañía durante el Período de Gracia, la Póliza y todos sus beneficios caducarán, efectivos en la fecha de vencimiento de la prima. La Compañía no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras la prima no haya sido pagada.

La Rehabilitación del seguro de un Asegurado después que la cobertura ha sido terminada debido a no pagar la prima es a opción de la Compañía sujeto a sus requisitos de asegurabilidad en ese momento. La rehabilitación es efectiva cuando sea aceptada por escrito por la Compañía y firmada por un oficial de la Compañía. En caso de la compañía acepte rehabilitar una póliza que hasta ese momento se encontraba, por cualquier razón, extinta, volverán a correr los periodos de carencia cuando estos apliquen. De igual manera, cualquier beneficio hasta ese momento adquirido por la antigüedad de la póliza, independientemente de que la compañía acepte posteriormente su rehabilitación.

Si el Asegurado fallece durante el período de gracia, los beneficiarios serán pagados pero deduciendo cualquier pago de prima que no haya sido satisfecho.

CLÁUSULA 18. - REGISTRO DE ASEGURADOS

El Tomador debe suministrar mensualmente a la Compañía información relacionada con los Asegurados que se encuentren asegurados, como modificación de coberturas, inclusión de asegurados, exclusión de asegurados, terminación del seguro, y cualquier información que se considere razonablemente necesaria, con el fin de administrar debidamente la póliza.

CLÁUSULA 19. - TERMINACIÓN DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS ENDOSOS

Esta Póliza y/o sus endosos terminarán y la cobertura provista por esta póliza cesará en cualquiera de los siguientes casos:

1. Por vencimiento de la vigencia de esta Póliza.
2. Por decisión unilateral del Tomador, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación, mediante notificación escrita a la Compañía.
3. Por reducción en el cincuenta por ciento (50%) o más del número inicial de Asegurados, la Compañía notificará al Tomador con al menos treinta (30) días de anticipación.
4. Por no haber pagado las primas el Tomador dentro de los plazos estipulados en el CLÁUSULA 14.- Pago de la Prima de esta Póliza y según la metodología descrita en el artículo 37 de la Ley No. 8956.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente seguro después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios por él provistos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

El Tomador y la Compañía se comprometen a notificar a los Asegurados por lo menos treinta (30) días naturales de anticipación, mediante notificación escrita la cancelación del contrato.

CLÁUSULA 20. -REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

- a. Cuando el seguro es de modalidad No Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del cien por ciento (100%) de aquellos elegibles para el seguro.
- b. Cuando el seguro es de modalidad Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos elegibles para el seguro.

En ambos casos los Asegurados no deben ser menos de cinco (5).

CLÁUSULA 21. - EXCLUSIONES

El beneficio bajo esta Póliza y/o sus endosos terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos:

1. Si se desvincula del Tomador.
2. Si a la fecha de muerte de Asegurado, este dejó de pertenecer al grupo asegurable.

3. Si se termina esta Póliza.
4. Si obra de mala fe, fraude o dolo comprobado.
5. Por encontrarse las primas impagas. Cualquier prima que se pague después de la fecha establecida en el contrato, solo obliga a la Compañía a la devolución de la misma.
6. Si la muerte es debido a cualquiera de las siguientes causas:
 - a. Suicidio dentro de los dos años después de la fecha efectiva del seguro para el Asegurado, o la fecha de rehabilitación del seguro;
 - b. Prestar servicio en las fuerzas armadas o fuerzas de policía de cualquier país o cuerpos de bomberos.
 - c. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra.
 - d. Transportarse en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.
 - e. La participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.
 - f. Intervenir en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.
 - g. La participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.
 - h. Cualquier actividad de naturaleza ilegal o criminal, o la asociación con personas involucradas en dichas actividades.
 - i. El tomar cualquier veneno o la inhalación de cualquier gas o humos.
 - j. Sobredosis de drogas.

CLÁUSULA 22. - EXCLUSIÓN POR SIDA O VIH

La Compañía no pagará el monto contratado bajo esta póliza, si el fallecimiento del Asegurado ocurre a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

CLÁUSULA 23. - RENOVACIÓN

El presente seguro se considera prorrogado por otra anualidad, con las nuevas condiciones negociadas por las partes, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente dentro de los términos establecidos en la Póliza y la Compañía haya consentido la renovación. El Tomador deberá por escrito manifestar la continuación del seguro por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

CLÁUSULA 24. - MODIFICACIÓN DE LAS PRIMAS

La Compañía tiene el derecho de modificar las primas a cobrar: 1) en cualquier aniversario de la póliza; 2) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que las primas que entonces se cobren, hayan estado vigentes por doce (12) meses, y siempre que la Compañía notifique al Tomador y a los asegurados por lo menos con treinta y un (31) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento, con el fin de que estos manifieste su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo.

Las primas se determinan de acuerdo a los siguientes factores:

1. Las tarifas vigentes;
2. Los beneficios de la póliza;
3. Número de afiliados asegurados;
4. Experiencia previa del grupo asegurable;
5. Los factores de riesgo del grupo.

En la renovación, la Compañía tiene el derecho de modificar las primas si el número de asegurados

cambia respecto al número al cual fue suscrita la póliza.

CLÁUSULA 25. - NOTIFICACIÓN Y EVIDENCIA DE RECLAMO

El Tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria deberá comunicar a la Compañía, por escrito el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer. Para el caso de muerte, el beneficiario de la Póliza estará a lo dispuesto en la Cláusula 25 Prescripción.

La Compañía o el agente autorizado por la Compañía se reserva el derecho de exigir al beneficiario o a su representante legal a suministrar a costo propio, todos los documentos originales razonablemente exigidos en relación al reclamo y ordenar al doctor, hospital, etc. que ha tratado al Asegurado que proporcione tal información a la Compañía, y también cualquier información relacionada a la previa historia clínica del Asegurado cuando sea exigida.

La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver con la finalidad de comprobar la identidad del mismo, con gastos a cargo de la Compañía.

CLÁUSULA 26. - DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE RECLAMO

La cantidad pagadera al ocurrir el fallecimiento del Asegurado se abonará cuando se reciba prueba escrita, satisfactoria para la Compañía, de la reclamación.

La prueba de reclamación incluirá:

1. Certificado de defunción o fallecimiento del Asegurado en donde consta la causa de la muerte expedido por la autoridad competente en el país en donde ocurra el deceso.
2. Certificado de nacimiento del Asegurado.
3. Copia del documento de identidad del beneficiario y en caso de que éste sea menor de edad deberá aportarse certificación de nacimiento y copia del documento de identidad del padre, la madre sobreviviente o del tutor designado.
4. En caso de que no se haya designado beneficiarios deberá aportarse certificación notarial o resolución judicial de declaración de herederos.
5. Prueba de la edad del Asegurado.

6. El certificado emitido al Asegurado.
7. Formulario Certificación de Permanencia en el Grupo Asegurado, emitido por la Compañía, completado por el Tomador.
8. Formulario de Declaración del Reclamante – Reclamo por Fallecimiento, completado por el beneficiario.
9. Si el Asegurado al momento de fallecimiento era empleado del Tomador, última Orden Patronal emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social.
10. Cualquier otra documentación que la Compañía considere razonablemente necesaria.

Los documentos expedidos en el extranjero deberán estar debidamente apostillados o legalizados por el consulado respectivo.

La prueba de reclamación debe someterse a la Compañía dentro de los noventa (90) días naturales siguientes al fallecimiento del Asegurado. Una vez recibida su reclamación el Asegurado recibirá una contestación de la Compañía en un plazo no superior a treinta (30) días naturales. En caso de aceptarse su reclamación la Compañía pagará la indemnización en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales.

El incumplimiento de los plazos establecidos en la póliza de seguros por parte del Tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria no conllevará efecto adverso alguno a sus intereses económicos derivados de su solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión administrativa. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera ocurrido dolo o culpa grave.

CLÁUSULA 27. - PRESCRIPCIÓN

Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los cuatro (4) años, iniciándose dicho término desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo ejercita.

CLÁUSULA 28. - CESIÓN DE LA PÓLIZA

Los beneficios otorgados bajo esta Póliza son intransferibles.

CLÁUSULA 29. - JURISDICCIÓN Y ASUNTOS LEGALES

Serán competentes para ventilar cualquier disputa en relación con este contrato los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. No obstante, previo acuerdo, las partes del presente contrato así como cualquier otro tercero relevante podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta póliza. La Compañía y el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes pague sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el español, aunque se le haya proporcionado al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

CLÁUSULA 30. - MONEDA Y LUGAR DE PAGO

Las primas y los beneficios a que hubiere lugar, serán pagadas en la misma moneda en que se hayan establecido los límites asegurados para las diferentes coberturas de esta Póliza.

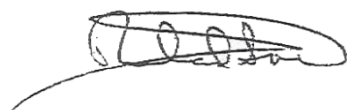
Para el cálculo de los beneficios de aquellos reclamos en otra moneda diferente a la moneda de suscripción, se tomará el tipo de cambio para la venta vigente a la fecha efectiva de pago de los beneficios.

Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Colón costarricense, a menos que se indique lo contrario.

Las cantidades pagadas a la Compañía podrán abonarse en la casa matriz o en la sucursal.

CLÁUSULA 31. - DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley N° 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley N° 8956, Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la información del Asegurado y el beneficiario que haya sido suministrado a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad y confidencialidad.



Representante Legal

CLÁUSULA 32. - PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no tiene derecho de participación. No participará en las utilidades ni en el superávit ganado de la Compañía.

CLÁUSULA 33. - COMISIÓN DE COBRO

Esta póliza no establece comisión por cobro de prima al Tomador o a terceros, a menos que se pacte en contrario y se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 34. - DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES AL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS


El Asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

CLÁUSULA 35. - PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Tomador del seguro, el Asegurado y el beneficiario se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información u otro documento que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales de ley la N° 8204.

CLÁUSULA 36. - NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley N° 8956, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley N° 7472, la normativa dictada por la Superintendencia General de Seguros, el Código de Comercio, el Código Civil y cualquier otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.



Presidente

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro P14-26-A10-585 número de fecha 24/11/2014.”

COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A PAGO DE PRIMA ADICIONAL

**VIGENTES SI APARECEN EN EL
CERTIFICADO DE LA PÓLIZA**

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
ADITAMENTO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - BENEFICIO

El beneficio contenido en el presente aditamento será aplicable toda vez que un asegurado quede imposibilitado de manera total, permanente e irreversible para ejercer las ocupaciones o empleos para los cuales esté razonablemente calificado, por causa atribuible a una enfermedad o accidente grave.

La Compañía le pagará la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza, en un sólo pago o en cuatro (4) pagos trimestrales, a elección del Asegurado, a partir de los noventa (90) días de comprobada la incapacidad total y permanente.

CLÁUSULA 2. - EXTENSIÓN DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

Si durante la vigencia de este Aditamento, ocurriese lo expresado en la Cláusula 1 de este Aditamento, el Asegurado quedará liberado de continuar pagando sus primas en la cobertura básica de muerte por cualquier causa durante doce (12) meses continuos e inmediatos de haberse producido la incapacidad y, si falleciere dentro de dicho período de doce (12) meses, se entregará a los beneficiarios el monto del seguro que les corresponda, siempre y cuando este Aditamento y la Póliza estén vigentes.

Transcurrido este período de doce (12) meses, el Asegurado quedará excluido automáticamente de la Póliza y todos sus aditamentos.

CLÁUSULA 3. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, este Aditamento no cubre la incapacidad resultante de o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

- a. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión autoinfligida o accidente deliberado, esté o no en uso de sus facultades mentales.
- b. Homicidio o su tentativa.
- c. Enfermedad mental de cualquier tipo.
- d. Lesiones a consecuencia del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.

- e. Participación en delitos o infracciones a las leyes o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- f. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier aditamento que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.
- g. Servicio activo en las fuerzas armadas, policía, empresas de seguridad o cuerpos de bomberos.
- h. Transporte en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.
- i. Accidentes en que el Asegurado se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas o motonetas.
- j. Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo. Motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.
- k. Intervención en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.
- l. Participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.
- m. Accidentes sufridos por el Asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos "x", o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente Aditamento.

Será también una causal de exclusión de este Aditamento, y por lo tanto no calificará para recibir el beneficio, si al momento en que acontece la Incapacidad Total y Permanente el Asegurado no se encontraba ejerciendo activamente las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentre razonablemente calificado a base de su educación, instrucción, entrenamiento o experiencia. Esto incluye pero no se limita a pensión por vejez, retiro voluntario o jubilación.

CLÁUSULA 4. - DEFINICIONES

INCAPACIDAD: Para efectos del presente Aditamento se entiende por Incapacidad cuando el Asegurado a causa de enfermedad o accidente queda imposibilitado de manera total, permanente e irreversible para ejercer todas y cada una de las ocupaciones o empleos remunerables para los cuales esté razonablemente calificado a base de su educación, instrucción, entrenamiento o experiencia.

ACCIDENTE: Salvo las exclusiones estipuladas en el presente contrato, se entiende por accidente, aquel suceso exterior, imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de este anexo, que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas, lesiones e indemnizaciones amparadas en el mismo.

LESIÓN: Es el daño o detrimento corporal que cause pérdida, inutilidad o funcionamiento anormal de un miembro, órgano o tejido, que incapacite para trabajar, producido como consecuencia de un accidente.

ENFERMEDAD: Dolencias o desórdenes funcionales que requieren tratamiento autorizado por un médico.

CLÁUSULA 5. - REVISIÓN MÉDICA

La Compañía podrá someter a exámenes médicos al Asegurado tantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago del beneficio con el fin de comprobar que la incapacidad continua.

CLÁUSULA 6. - DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTROS

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014.”

La Compañía pagará el beneficio bajo este Aditamento una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

1. Aviso de siniestro,
2. Copia de cédula,
3. Historia clínica del Asegurado,
4. Certificado del médico tratante, detallando causas, fechas y tiempo de la incapacidad.
5. Informe del médico auditor designado por la Compañía certificando la incapacidad.
6. Última Orden Patronal emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social, o Contrato de Servicios Profesionales vigente.
7. Constancia de Incapacidad Total y Permanente emitida por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), o Certificado Médico emitido por un profesional autorizado por la compañía que indique el nivel de incapacidad.

CLÁUSULA 7. - TERMINACIÓN DE ESTE ADITAMENTO

Este Aditamento terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Por decisión unilateral del Tomador y/o Asegurado, en cualquier tiempo mediante notificación escrita a la Compañía.
2. Por terminación de la Póliza.
3. Por el pago del beneficio otorgado por este Aditamento.
4. Por encontrarse las primas impagas, lo que ocurra primero.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente Aditamento, después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza o de sus Aditamentos quedan sin modificación.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
ADITAMENTO DE MUERTE Y/O DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - BENEFICIO

La Compañía pagará por concepto del beneficio otorgado por el presente Aditamento, la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza hasta el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza si el Asegurado, mientras esté amparado bajo este Aditamento, sufre lesiones corporales resultantes de un accidente (suceso imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado) y si dentro de noventa (90) días de ocurridas dichas lesiones y como consecuencia directa de las mismas falleciere o sufre la pérdida de los miembros detallados en el cuadro de coberturas y porcentajes de las Condiciones Particulares de la Póliza.

La ocurrencia de cualquier pérdida específica por la cual haya de pagarse el cien por ciento (100%) de la indemnización bajo este Aditamento, causará la terminación de toda cobertura bajo este Aditamento. Si sufre más de una pérdida a causa de un mismo accidente, la cantidad a pagarse no excederá del cien por ciento (100%) de la suma asegurada expresado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Si sobreviene la muerte después de haberse pagado cualquiera de las indemnizaciones antes mencionadas, dicha suma se considerará como parte de la indemnización por la pérdida de la vida y la Compañía solo estará obligada a pagar la diferencia hasta completar el cien por ciento (100%) de la suma asegurada expresada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, este Aditamento no cubre ninguna pérdida resultante de, o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

- a. Homicidio o su tentativa.
- b. Lesiones a consecuencia del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.

- c. Participación en delitos o infracciones a las leyes o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- d. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra.
- e. Servicio activo en las fuerzas armadas, policía, empresas de seguridad o cuerpo de bomberos.
- f. Transporte en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.
- g. Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo. Motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.
- h. Intervención en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.
- i. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión autoinfligida o accidente deliberado, esté o no en uso de sus facultades mentales.
- j. Participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.

CLÁUSULA 3. - REVISIÓN MÉDICA

La Compañía podrá someter a exámenes médicos al Asegurado cuantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago del beneficio.

CLÁUSULA 4. - DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía pagará el beneficio bajo este Aditamento una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

Muerte Accidental:

1. Todos los documentos requeridos en la Póliza para la cobertura básica de muerte por cualquier causa;
2. Informe médico legal original;
3. Acta original de levantamiento del cadáver; y,
4. Parte policial original.

Desmembramiento Accidental:

1. Informe del médico tratante que indique pormenores de la lesión que causa dicha desmembramiento,
2. Copia autenticada de la(s) Historia(s) Clínica(s) completa(s).

CLÁUSULA 5. - TERMINACIÓN DE ESTE ADITAMENTO

Este Aditamento terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Por decisión unilateral del Contratante y/o Asegurado en cualquier tiempo, mediante notificación escrita a la Compañía.
2. Por terminación de la Póliza.
3. Por el pago del beneficio otorgado por este Aditamento.
4. Por encontrarse las primas impagas, lo que ocurra primero.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente Aditamento, después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza o de sus Aditamentos quedan sin modificación.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014.”

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
ADITAMENTO DE GASTOS FUNERARIOS

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - BENEFICIO

Si la Póliza y este Aditamento están vigentes al momento del fallecimiento del Asegurado por cualquier causa cubierta por esta Póliza, se otorgará una indemnización adicional a la cobertura básica, para cubrir los gastos funerarios, por el monto citado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza.

La indemnización será pagada a los beneficiarios designados por el Asegurado.

Los beneficios contemplados en este aditamento están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este aditamento disponga otra cosa.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, este Aditamento no cubre la muerte resultante de o causada directa o indirectamente por:

- a. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión autoinfligida o accidente deliberado, esté o no en uso de sus facultades mentales.
- b. Homicidio o su tentativa.
- c. Enfermedad mental de cualquier tipo.
- d. Lesiones a consecuencia del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.
- e. Participación en delitos o infracciones a las leyes o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- f. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o

contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier aditamento que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.

- g. Servicio activo en las fuerzas armadas, policía, empresas de seguridad o cuerpos de bomberos.
- h. Transporte en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.
- i. Accidentes en que el Asegurado se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas o motonetas.
- j. Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo. Motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.
- k. Intervención en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.
- l. Participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.
- m. Accidentes sufridos por el Asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos "x", o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente Aditamento.

CLÁUSULA 3. - TERMINACIÓN DE ESTE ADITAMENTO

Este Aditamento terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Por decisión unilateral del Tomador y/o Asegurado, en cualquier tiempo mediante notificación escrita a la Compañía.
2. Por terminación de la Póliza.
3. Por el pago del beneficio otorgado por este Aditamento.
4. Por encontrarse las primas impagas, lo que ocurra primero.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente Aditamento, después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación.

Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza o de sus Aditamentos quedan sin modificación.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014.”

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO
PLAN ODONTOLOGÍA SIN Rx**

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - COBERTURA

Para efectos de este plan, se otorgará cobertura odontológica únicamente en los casos donde el paciente sufra una emergencia odontológica (Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerite atención odontológica paliativa urgente o apremiante) y que origine cualquiera de los procedimientos o servicios que se describen a continuación para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia:

- **Emergencias Endodónticas:** eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **Emergencias Periodontales:** curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **Emergencias Protésicas:** cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a) **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes:** cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en el Artículo No.3
- b) **Emergencias quirúrgicas mayores:** Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya

que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.

- c) **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 - Cobertura, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- d) **Defectos Físicos.**
- e) **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f) **Radioterapia o Quimioterapia.**
- g) **Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.**
- h) **Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.**
- i) **Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
- j) **Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.**

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 3. - PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 1- Cobertura, aun cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de

emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

CLÁUSULA 4. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula 1 - Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
- d) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- e) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos telefónicamente a un odontólogo de Guardia (Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

- f) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- g) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
- h) La Red de Proveedores podrá ser consultada en la dirección web <http://cr.sigmadental.net/>, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR(7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

CLÁUSULA 5. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios de los gastos facturados en

el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo "I.P.C"). o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será única y

exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

CLÁUSULA 6. - PRIMA

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

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

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014."

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO**

PLAN ODONTOLOGÍA CON Rx

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - COBERTURA

Para efectos de este plan, se otorgará cobertura odontológica únicamente en los casos donde el paciente sufra una emergencia odontológica (Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerite atención odontológica paliativa urgente o apremiante) y que origine cualquiera de los procedimientos o servicios que se describen a continuación para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

- i. **Emergencias Endodónticas:** eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- ii. **Emergencias Periodontales:** curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- iii. **Emergencias Protésicas:** cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.
- iv. **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a. **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes:** cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en Cláusula 1- Cobertura.

- b. **Emergencias quirúrgicas mayores:** Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.
- c. **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 - Cobertura, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- d. **Defectos Físicos.**
- e. **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f. **Radioterapia o Quimioterapia.**
- g. **Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.**
- h. **Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.**
- i. **Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia preescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
- j. **Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.**

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 3. - PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 1- Cobertura, aún cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

CLÁUSULA 4. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula 1 - Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
- d) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- e) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos telefónicamente a un odontólogo de Guardia

(Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

- f) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- g) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
- h) La Red de Proveedores podrá ser consultada en la dirección web <http://cr.sigmadental.net/>, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR(7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

CLÁUSULA 5. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo "I.P.C"). o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

CLÁUSULA 6. - PRIMA

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

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

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014."

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO**

PLAN EMERGENCIA SIN ENDODONCIA

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - COBERTURA

Ampara los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este plan que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia, originando los siguientes tratamientos:

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

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

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica de emergencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- **Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- **Emergencias:** Protésicas, Periodontales y Endodónticas.
- i. **Radiografías:** Periapicales y Corales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos

amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a. **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes:** cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en Cláusula 1- Cobertura.
- b. **Emergencias quirúrgicas mayores:** Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.
- c. **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 - Cobertura, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- d. **Defectos Físicos.**
- e. **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f. **Radioterapia o Quimioterapia.**
- g. **Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.**
- h. **Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.**
- i. **Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el**

odontólogo tratante para afecciones bucodentales.

- j. Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.**

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 3. - PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 1- Cobertura, aún cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

CLÁUSULA 4. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula 1 - Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
- d) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato,

deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.

- e) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos telefónicamente a un odontólogo de Guardia (Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- f) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- g) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
- h) La Red de Proveedores podrá ser consultada en la dirección web <http://cr.sigmadental.net/>, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR(7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

CLÁUSULA 5. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el

Proveedor de Servicios de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo "I.P.C"). o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

CLÁUSULA 6. - PRIMA

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

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

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014.”

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO**

PLAN EMERGENCIA COMPLETA

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - COBERTURA

Ampara los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este plan que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia, originando los siguientes tratamientos:

Cobertura de Emergencia sin Endodoncia:

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

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

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica de emergencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- **Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- **Endodoncia:** Tratamientos Endodónticos Monorradiculares y Multirradiculares,

Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos.

- **Emergencias:** Protésicas, Periodontales y Endodónticas.
- i. **Radiografías:** Periapicales y Coronales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

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

definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.

- h. Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.**
- i. Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia preescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
- j. Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.**

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 3. - PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 1- Cobertura, aún cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

CLÁUSULA 4. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula 1 - Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.

- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
- d) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- e) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos telefónicamente a un odontólogo de Guardia (Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- f) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- g) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
- h) La Red de Proveedores podrá ser consultada en la dirección web <http://cr.sigmadental.net/>, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR(7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

CLÁUSULA 5. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de

proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

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

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014.”

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo “I.P.C”). o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

CLÁUSULA 6. - PRIMA

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

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO**

PLAN EMERGENCIA Y PREVENCIÓN

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - COBERTURA

Para efectos de este plan, se otorgará servicio odontológico de:

a. **Emergencia:** en caso de que el paciente sufra una emergencia odontológica (Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerite atención odontológica paliativa urgente o apremiante) y que tal evento origine cualquiera de los procedimientos o servicios que se describen a continuación para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

Cobertura de Emergencia:

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica de emergencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- **Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- **Endodoncia:** Tratamientos Endodónticos Monorradiculares y Multirradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos.
- **Emergencias:** Protésicas, Periodontales y Endodónticas.
- **Radiografías:** Periapicales y Coronales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

b. **Prevención:** podrá ser usado por el asegurado en el momento que él así lo requiera y realizarse cualquiera de los tratamientos preventivos descritos a continuación:

Cobertura de Prevención:

- **Medicina Bucal:** examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento) una vez al año.
 - **Periodoncia:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
 - **Prevención:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor, enseñanza de las técnicas de cepillado e higiene bucal.
- i. **Radiografías:** Periapicales individuales y coronales de diagnóstico.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

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

- g. **Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.**
- h. **Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.**
- i. **Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia preescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
- j. **Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.**

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 3. - PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 1- Cobertura, aún cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

CLÁUSULA 4. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula 1 - Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

- a. Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b. Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c. Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
- d. Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- e. Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos telefónicamente a un odontólogo de Guardia (Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- f. Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- g. Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
- h. La Red de Proveedores podrá ser consultada en la dirección web <http://cr.sigmadental.net/>, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR(7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

CLÁUSULA 5. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de

proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

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

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014.”

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo “I.P.C”). o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

CLÁUSULA 6. - PRIMA

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

SEGURO DE VIDA COLECTIVO ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO

PLAN AMPLIO

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - COBERTURA

Para efectos de este plan, se otorgará servicio odontológico de:

a. Consulta: el asegurado podrá acudir al odontólogo en el momento que él así lo requiera y recibir cualquiera de los procedimientos que se describen a continuación; el uso del servicio no se limita a un evento de emergencia aun y cuando adicionalmente se ofrece en el plan, la atención de eventos de este tipo.

Cobertura de Consulta

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- **Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- **Endodoncia:** Tratamientos Endodónticos Monorradiculares y Multirradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos.
- **Radiografías:** Periapicales y Coronales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

b. Emergencia: en caso de que el paciente sufra una emergencia odontológica (Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerite atención odontológica paliativa urgente o apremiante) y que origine cualquiera de los procedimientos que se describen a continuación en la cobertura de emergencia odontológica para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

Cobertura de Emergencia:

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica de Emergencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- **Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- **Endodoncia:** Tratamientos Endodónticos Monorradiculares y Multirradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos.
- **Emergencias:** Protésicas, Periodontales y Endodónticas.
- **Radiografías:** Periapicales y Coronales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

c. Prevención: podrá ser usado por el asegurado en el momento que él así lo requiera y realizarse cualquiera de los tratamientos descritos a continuación:

Cobertura de Prevención:

- **Medicina Bucal:** examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento) una vez al año.
- **Periodoncia:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- **Prevención:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor, enseñanza de las técnicas de cepillado e higiene bucal.
- **Radiografías:** Periapicales individuales y coronales de diagnóstico.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra**

no contemplada específicamente en Cláusula 1- Cobertura.

- b. **Emergencias quirúrgicas mayores:** Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.
- c. **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 - Cobertura, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- d. **Defectos Físicos.**
- e. **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f. **Radioterapia o Quimioterapia.**
- g. **Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.**
- h. **Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.**
- i. **Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
- j. **Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.**

No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 3. - PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 1- Cobertura, aún cuando su origen

sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

CLÁUSULA 4. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula 1 - Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
- d) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- e) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos telefónicamente a un odontólogo de Guardia (Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

- f) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- g) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
- h) La Red de Proveedores podrá ser consultada en la dirección web <http://cr.sigmadental.net/>, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR(7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

CLÁUSULA 5. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una

vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo "I.P.C"). o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

CLÁUSULA 6. - PRIMA

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

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

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-585 de 24 de noviembre de 2014."



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EL TOMADOR

Fecha Solicitud: _____

N° Póliza Colectivo: _____

1. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social	Plan Seleccionado:	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Colectivo en Colones <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Colectivo en Dólares
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> Persona Física: <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Jurídica	Número de Identificación	Naturaleza del Negocio
Dirección Exacta Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Código Postal _____ Calle/Avenida/Otras Señas _____		
Números de Teléfono Oficina _____ Fax: _____	Representante Encargado	
¿Se incluye afiliadas/subsidiarias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es afirmativa, de nombres y direcciones)		
Dirección de Correo Electrónico	Sitio Web	

2. PLAN DE SEGURO

Suma Asegurada <input type="checkbox"/> Monto Único _____ <input type="checkbox"/> Salarios _____ <input type="checkbox"/> Monto Escalonado: Nivel I _____ Nivel II _____ Nivel III _____ Nivel IV _____	Vigencia solicitada de la Póliza Del ____/____/____ Hasta ____/____/____
Modalidad de Contratación <input type="checkbox"/> Contributiva % de Contribución _____ <input type="checkbox"/> No Contributiva	Moneda <input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares de los Estados Unidos de Norte América
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	

3. ADITAMENTOS OPCIONALES

<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente	<input type="checkbox"/> Muerte y/o Desmembramiento Accidental	<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios
<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico - Plan _____	<input type="checkbox"/> Ninguno	

4. DATOS DEL GRUPO A ASEGURAR

¿Existe una póliza de seguro colectivo en vigor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es afirmativa, de nombre de la compañía)	Número total de Asegurados Propuestos activos
_____	Número total de Asegurados Propuestos elegibles

¿Reemplazará esta póliza esa cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Inicio: ____/____/____
Nombre de la Empresa: _____	
Disposiciones Especiales: _____	

El Tomador suscrito reconoce haber leído la solicitud en su totalidad y que el agente de seguro le ha explicado las coberturas, limitaciones y exclusiones, otros detalles pertinentes a la cobertura solicitada y las reglas y regulaciones de selección de riesgos que aplica el asegurador.

El seguro no entra en vigor hasta que el Tomador suscrito reciba la aprobación por escrito del asegurador.

Ninguna acción se llevará a cabo en la solicitud de seguro colectivo del Tomador hasta que toda la información requerida en la solicitud y la información requerida de parte de los asegurados propuestos inscritos sea presentada a Best Meridian Insurance Company. Solamente un funcionario autorizado por Best Meridian Insurance Company puede cambiar o exonerar cualquiera de los términos de este contrato. Tales cambios o exoneraciones no serán válidos a no ser que consten por escrito.



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EL TOMADOR

Certifico que el dinero utilizado para pagar las primas de esta póliza proviene de fuentes lícitas.

Por la presente certifico, en nombre de la empresa, que todos los detalles necesarios para la emisión de la póliza colectiva han sido indicados, y a nombre de la empresa, solicito que se emita la póliza para todos los integrantes del grupo asegurable, a partir de la fecha indicada anteriormente.

Declaro, que la información aquí indicada es verdadera y completa.

Entiendo que un informe sobre el consumidor puede ser preparado en relación con esta solicitud y doy autorización a Best Meridian Insurance Company o a su(s) reasegurador(es) para que obtengan dicho informe.

Fecha en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma _____ Testigo _____

Escriba nombre y título _____

Agente _____ Número de código _____

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La Compañía resolverá la presente solicitud en un plazo no mayor de 30 días naturales, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros”.

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-500 de fecha 4 de febrero de 2014 y P14-26-A10-585 de fecha 24/11/2014.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
 8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
 Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
 e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA
San José, Costa Rica
 Tel. CR (506) 2228-6069 * Tel. USA (786) 536-3651



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO DE VIDA COLECTIVO

TOMADOR:	Plan	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Colectivo en Colones
	Seleccionado:	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Colectivo en Dólares

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO			
Apellido/Nombre			
Cédula de Identidad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento Día /Mes /Año	Edad
Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal	Números de Teléfono Casa _____	Fax: _____ Celular _____	
Dirección Correspondencia <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro _____		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Dirección de Correo Electrónico			

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA					
Apellidos	Nombres	Nº Identificación	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Beneficiarios contingentes: (Persona(s) designada(s) para recibir el beneficio por fallecimiento en caso de que el beneficiario fallezca antes o junto con el asegurado)					

“Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

Me reservo el derecho de cambiar el beneficiario arriba indicado sujeto a cualquier restricción establecida por la ley. Autorizo a mi patrono a que deduzca de mi pago cualquier contribución que me corresponda, si el plan de seguro colectivo así lo estipula.

Autorizo a cualquier médico, hospital o clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros o de reaseguros, MIB, Inc. o agencia de información sobre el consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental, o que posea información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a Best Meridian Insurance Company, o a su representante legal, toda la información que le sea solicitada. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.

Cualquier persona que con conocimiento e intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presenta una reclamación o una solicitud conteniendo información falsa o incompleta será culpable de un delito penal.

Fecha <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Día Mes Año	_____	_____
	Firma del Testigo/Agente	Firma del Asegurado Propuesto

PARA SER COMPLETADO POR EL TOMADOR

Fecha de incorporación <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Día Mes Año	Este Asegurado Propuesto ha sido miembro del Grupo Asegurable desde la fecha indicada.
_____	_____
	Firma autorizada por el Tomador
	Fecha (Día / Mes /Año)



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO DE VIDA COLECTIVO

DECLARACIÓN DE BUENA SALUD
(para ser llenado por el Asegurado Propuesto)

Ha sido diagnosticado usted de alguna de las siguientes enfermedades; están recibiendo actualmente tratamiento o han recibido alguna vez tratamiento para dicha condición?

1.- Cualquier desorden neurológico, respiratorio, gastrointestinal, endocrinólogos o genito-urinario; diabetes, hipertensión; trastornos de las arterias coronarias; problemas cardíacos o del sistema cardíaco de conducción; trastorno del sistema circulatorio, del sistema cardiovascular o los vasos sanguíneos, desorden de la sangre; problemas con la columna vertebral y/o los discos intervertebrales.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2.- ¿Cualquier tipo de quiste, tumores o cáncer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3.- ¿Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complete relacionado con el SIDA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4.- ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo; o han sido de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.- ¿Le han rechazado o aceptado en condiciones especiales alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6.- ¿Está embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7.- ¿Ha sido diagnosticado de cualquier otra enfermedad o accidente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

En caso de haber respuestas afirmativas, favor ampliar la información de acuerdo a lo solicitado en el siguiente cuadro.

DETALLE DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

Fecha de Inicio	Diagnóstico y Tratamiento	Lugar del tratamiento Médico que aplicó tratamiento

Fecha: _____ Firma del Asegurado Propuesto: _____
(Día / Mes / Año)

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo la fe de juramento entendido de las penas con que la Legislación Costarricense castiga el delito de falso testimonio que la información aquí consignada es real y verdadera, que no tengo conocimiento derivado de consultas o análisis médicos previos a esta fecha de que padezco alguna de las enfermedades o padecimientos que he indicado no padecer anteriormente. En virtud de lo cual firmo en la ciudad de San José, al ser las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____.

Nombre: _____ Firma: _____ Número de cédula: _____

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La Compañía resolverá la presente solicitud en un plazo no mayor de 30 días naturales, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros”.

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-26-A10-500 de fecha 4 de febrero de 2014 y P14-26-A10-585 de fecha 24/11/2014.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069 * Tel. USA (786) 536-3651