

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

Pan-American Acceso Preferencial

**Código de producto: P16-35-A06-292
(Versión 4)**

Fecha registro V4: 26-ago-2014

Oficio solicitud registro V4: sin número



**Condiciones Generales
PAN-AMERICAN ACCESO PREFERENCIAL**

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., cédula jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo el número **A-06** (en adelante denominada *La Compañía*), se compromete a pagar los beneficios que constan en esta Póliza a _____, (en adelante llamado *el Asegurado Principal*), y a las siguientes personas como miembros de sus Grupos Asegurados:

Esta póliza No. _____ es expedida al Asegurado Principal en consideración a su Solicitud de Seguro. La primera prima por la suma de (_____) vence en el aniversario de la Fecha Efectiva de la Póliza, el día _____ y las primas subsiguientes, durante la continuación de la Póliza, vencerán de acuerdo a la forma de pago pactada.

Esta Póliza estará vigente durante el período de seguro pactado. Al finalizar la vigencia del seguro estipulada en este Contrato, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. Las condiciones generales aplicables serán las que rijan para el contrato en la fecha de renovación y que están registradas ante la Superintendencia General de Seguros.

En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que resulte técnicamente sustentable, teniendo en cuenta entre otros, la edad del Asegurado y la cobertura ofrecida.

Ningún Asegurado será penalizado individualmente con la cancelación o modificación de esta Póliza, basado solamente en un historial desfavorable de reclamos

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Compañía, del Asegurado Principal, o de cualquier miembro de los Grupos Asegurados, se verificarán en la ciudad de San José, Costa Rica, **en dólares estadounidenses o en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.**

COBERTURA (Plan _____)

Cobertura Única:

Seguro de Gastos Médicos Mayores

Fecha Efectiva de la Póliza:

Lugar y fecha de emisión:

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO ARBITRAL

GERENTE GENERAL

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 número P16-35-A06-292 de fecha 11 de noviembre del 2011.

CONDICIONES GENERALES PAN-AMERICAN ACCESO PREFERENCIAL

Pan American Life Insurance de Costa Rica, S.A., (denominada en adelante "La Compañía"), es La Compañía de Seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley Reguladora del Mercado de Seguros de Costa Rica, responsable de pagar las indemnizaciones reguladas en este Contrato de Seguro y los demás elementos de la Póliza.

I. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones corresponden a los términos, condiciones y restricciones de esta Póliza:

ACCIDENTE: Evento que ocurre de manera repentina e inesperada, debido a un factor externo, que puede resultar en lesiones para el Asegurado.

ACCIDENTE GRAVE: Accidente que resulte en lesiones corporales que requieran hospitalización inmediata por un periodo de más de 23 horas para evitar la pérdida de la vida o la integridad física del Asegurado. La clasificación de "Accidente Grave" la determinan, por acuerdo mutuo, el médico que atiende al Asegurado y los profesionales médicos de la Compañía, después de haber recibido la información médica completa documentando el Accidente.

ADDENDUM: Documento emitido por La Compañía y aceptado por el Asegurado Principal en el cual se adiciona o modifica alguna condición de la Póliza. Una vez formalizado, el addendum será parte integral de la Póliza.

AMBULANCIA AÉREA: Aeronave con licencia para operar como ambulancia aérea, con el personal médico y equipada para proporcionar cuidados médicos durante una transportación de emergencia. Este servicio lo presta una entidad autorizada para dicho propósito.

AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia debidamente autorizado y equipado con personal médico para atender las necesidades que requiera la atención de una emergencia.

AÑO PÓLIZA: Es el período de doce meses consecutivos que inicia en la Fecha Efectiva de la Póliza.

ASEGURADO: Persona para la cual la Compañía ha aprobado cobertura de Seguro de Salud.

ASEGURADO PRINCIPAL: Es el solicitante que completa y firma la solicitud de Seguro de Salud y para quien se ha aprobado y emitido una Póliza. Dicha persona tiene la autoridad de solicitar cambios en la Póliza y puede recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos bajo esta Póliza, así como el reembolso de la Prima no devengada en el caso de que solicite la cancelación de la Póliza.

CARNÉT DE ASEGURADO: Documento de identificación otorgado por la Compañía al Asegurado Principal y a cada uno de los Asegurados bajo esta Póliza.

CERTIFICACIÓN MÉDICA: Documento emitido por un médico o por un Comité Médico, autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al evento, en el cual se incluye un diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el reclamo. En los casos en que aplique, el Comité estará conformado por el médico del Asegurado, un Perito Médico nombrado por la Compañía y un tercer Perito Médico nombrado por los dos primeros.

CIRUGÍA: Operación invasiva ejecutada por Médicos especialistas mediante la cual se pretende devolver la salud al Asegurado por la curación y restauración de órganos y procesos fisiológicos internos o externos.

Condiciones o Enfermedades Preexistentes: Cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por éste con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la compañía de seguros.

CUADRO DE BENEFICIOS: Documento que especifica las condiciones bajo las cuales la Póliza fue aprobada para cada uno de los Asegurados. Contiene la Fecha Efectiva de la Póliza, identifica el Plan que fue aprobado, así como cualquier cobertura adicional y cualquier restricción específica de la cobertura de algún Asegurado en particular o de la Póliza en general.

CUIDADOS DE CUSTODIA: Asistencia con las actividades cotidianas del Asegurado, que incluye, pero no está limitada a su higiene personal, su alimentación, y ayuda en el baño. Estos cuidados pueden ser prestados por personal que no ha recibido entrenamiento médico o de enfermería.

DEDUCIBLE: Monto establecido en el Cuadro de Beneficios que marca la suma límite a partir de la cual la Compañía asume responsabilidad por el pago de los Gastos Médicos Cubiertos producto de una reclamación procedente. Los Gastos Cubiertos generados antes de cubrir el Deducible deberán ser cancelados en su totalidad por el Asegurado. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.

DEFORMIDADES NASALES O DEL TABIQUE NASAL: Cuando sea necesaria para tratar una lesión sufrida durante un Accidente cubierto por esta Póliza, la cirugía para corregir una deformidad nasal o del tabique nasal tendrá cobertura, siempre y cuando dicho trauma sea evidenciado radiológicamente a través de Rayos-X o Tomografía ('CAT Scan'). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por La Compañía.

DEPENDIENTES: Cónyuge o Compañero(a) del Asegurado Principal, Hijos del Asegurado Principal; Hijos del(a) Cónyuge o Compañero(a) del Asegurado Principal; y Nietos para los cuales el Asegurado Principal ha sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales ejerce la patria potestad.

DEPORTES Y AFICIONES PELIGROSAS: Son las actividades que aumentan el riesgo de muerte o enfermedad de las personas que las practican. Los cargos resultantes de Accidentes relacionados con actividades peligrosas y la práctica no profesional de deportes serán cubiertos. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a: buceo, tauromaquia, escalada de rocas, paracaidismo, salto de gran altura en caída libre con una cuerda elástica atada al cuerpo, parapente, paravela, ciclismo de montaña y todoterreno. La práctica profesional de cualquier deporte debe ser declarada en la Solicitud de Seguro.

DONANTE: Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un asegurado de esta póliza.

EMBARAZO CUBIERTO: Embarazos de la Asegurada Principal o de la Cónyuge o Compañera del Asegurado Principal, en los que la fecha del parto ocurre al menos diez (10) meses después de la Fecha Efectiva de la cobertura de la Asegurada.

EMERGENCIA MÉDICA: Una condición médica súbita, seria y aguda que requiere tratamiento médico o quirúrgico inmediato. Esta condición médica pone en peligro inminente la vida del asegurado o la función de algún órgano.

ENFERMEDAD: La alteración de la salud de una persona, la cual afecta los funcionamientos normales del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de los exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico.

ENFERMEDADES DE ORIGEN INFECCIOSO: Alteración del estado de salud causada por agentes patógenos tales como priones, virus, bacterias, hongos, protozoarios y helmintos.

ENFERMERO(A): Persona autorizada para prestar servicios de enfermería en el país donde se está prestando el tratamiento médico.

EVENTO (también "Siniestro"): Hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o el Diagnóstico de una Enfermedad, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones y Hospitalizaciones que son derivadas del acontecimiento inicial.

FECHA EFECTIVA: Es la fecha en la que comienza la cobertura de esta Póliza para cada uno de sus Asegurados.

FECHA DEL ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la Póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: Es la fecha en la que la Prima correspondiente a esta Póliza tiene que ser efectivamente pagada por el Asegurado.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS: Cargos por servicios médicos y/u hospitalarios establecidos en el Cuadro de Beneficios que se encuentran contemplados dentro de las coberturas de esta Póliza y han sido expresamente aceptados por la Compañía para su indemnización.

GRUPO ASEGURADO: Cualquiera de los siguientes grupos que estén cubiertos bajo la misma Póliza: (i) Grupo 1: Asegurado Principal; Cónyuge o Compañero(a) del Asegurado Principal; y Dependientes; (ii) Grupo 2: Padres del Asegurado Principal. (iii) Grupo 3: Padres del Cónyuge o del Compañero(a) del Asegurado Principal.

HABITACIÓN ESTÁNDAR: Es una habitación de Hospital o Clínica privada o semiprivada, para el uso de uno o más pacientes.

HOSPITAL O CLÍNICA: Una institución legalmente autorizada por las autoridades competentes del país como centro médico y quirúrgico la cual provee, primordialmente, instalaciones que le permiten diagnosticar y tratar a personas lesionadas y enfermas bajo la supervisión de un personal médico. Para los efectos de esta Póliza, no se considerarán Hospitales las casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

HOSPITALIZACIÓN: Estancia continua de veintitrés (23) horas como mínimo, en internamiento y bajo supervisión médica, a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente en un Hospital o Clínica para recibir el tratamiento médico o quirúrgico que no pueda efectuarse de manera ambulatoria o en un consultorio médico externo.

LESIÓN: Daño infligido al cuerpo humano por una causa externa.

MATERNIDAD CUBIERTA: Embarazo del titular, cónyuge asegurada o compañera asegurada con opciones de deducibles I y II, en los que la fecha del nacimiento del recién nacido ocurriere 10 meses después de la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada.

MATERNIDAD NO CUBIERTA: Embarazo del titular, cónyuge asegurada, compañera asegurada o dependiente asegurada con opciones de deducibles III, IV y V o, en los que la fecha del nacimiento del recién nacido ocurriere dentro de los primeros 10 meses posteriores a la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada.

MÁXIMA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA: Monto máximo contratado por Año Póliza para cubrir todos los Eventos amparados por la Póliza. Este monto deberá ser renovado cada año. Dentro de cada período de Año Póliza este monto se irá reduciendo con cada reclamo presentado y efectivamente pagado.

MÁXIMA SUMA ASEGURADA POR BENEFICIO: Monto máximo y único contratado de por vida para cubrir determinados beneficios amparados en la Póliza, sin tener en cuenta si la cobertura de seguro de dicho asegurado ha sido interrumpida o no, o incluso si hubiese sido terminada y

subsecuentemente restablecida. Este monto irá reduciéndose con cada reclamo presentado y efectivamente pagado.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Tratamientos, servicios, procedimientos o suministros médicos que la Compañía, de mutuo acuerdo con el Médico del Asegurado, ha determinado necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. No existe necesidad médica si el servicio médico: (i) Es proporcionado por simple preferencia o deseo del Asegurado, su familia o el proveedor y no es indispensable para el bienestar físico del Asegurado; (ii) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la condición específica del Asegurado (iii) Excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o tratamiento de una condición específica; (iv) Está fuera del alcance de la práctica estándar normada por las instituciones correspondientes.

MÉDICO: Profesional autorizado para el ejercicio profesional de la medicina en el país donde ha establecido su práctica y que actúa dentro de los parámetros establecidos para el ejercicio de su profesión.

PAÍS DE RESIDENCIA: Es el país donde el Asegurado está autorizado legalmente a residir, debiendo presentar a la Compañía el documento que lo acredite.

PERÍODO DE ESPERA: Es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que cada Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza a partir de la Fecha Efectiva de la cobertura del Asegurado.

PERÍODO DE GRACIA: Período de diez (10) días después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza durante el cual la Compañía permite que se renueve la Póliza sin penalización.

PLAN: Hace referencia a la Póliza y su clasificación de costo, de acuerdo con el Deducible seleccionado por el Asegurado Principal.

La Compañía maneja cinco (5) Planes, dependiendo del monto del deducible escogido por el Asegurado Principal en la Solicitud de Seguro, los cuales se especificarán en el Cuadro de Beneficios.

PÓLIZA: Está constituida por estas Condiciones Generales, el Cuadro de Beneficios, las Solicitudes de Seguro, el *addendum* y los formularios suscritos por los Asegurados, en donde se establecen los derechos y obligaciones de los Asegurados.

PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTE: Es la práctica, en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de una organización o dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su fuente principal medio de ingreso.

PROVEEDORES PREFERIDOS: Son Instituciones Médico Hospitalarias de excelencia médica dedicadas al cuidado de la salud en los Estados Unidos de América, legalmente reconocidas que

pueden incluir Hospitales, Laboratorios, Centros Diagnósticos, Servicios de Atención en el Hogar, etc., y que han sido seleccionados y aprobados por la Compañía para brindar atención a sus asegurados y con los cuales la Compañía tiene contrato para el pago directo. La lista de proveedores preferidos puede cambiar en cualquier momento. Para encontrar la lista actualizada puede visitar el portal online de la Compañía.

RECEPTOR: Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un humano.

RECIÉN NACIDO: Persona desde el momento de su nacimiento hasta que cumple 31 días de vida.

RED DE TRASPLANTES: Grupo de instituciones médico-hospitalarias legalmente reconocidas en el país en donde se encuentren, las cuales han sido seleccionadas por la Compañía para realizar procedimientos de trasplante a los Asegurados.

SOLICITUD DE SEGURO: Declaración escrita contenida en el formulario diseñado por La Compañía y firmada por el Asegurado Principal y por los miembros de sus Grupos Asegurados que sean mayores de edad y tengan capacidad de actuar, la cual contiene información sobre el Asegurado Principal y sus Grupos Asegurados, para ser usada por la Compañía con el propósito de determinar la asegurabilidad de los posibles Asegurados.

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS: Servicios médicos que no requieren Hospitalización y que son prestados en un Hospital o clínica, centro o consultorio médicos dentro de un período máximo de duración de veintitrés (23) horas.

TRATAMIENTO MÉDICO PREVENTIVO: Procedimiento, medida, fármaco o programa diseñado para prevenir que se produzca una enfermedad.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Área del Hospital ó Clínica designada y autorizada por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes.

USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO (URA): Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad, lesión o enfermedad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

A. Cobertura Única: Seguro de Gastos Médicos Mayores

Si durante la vigencia de esta póliza, en Costa Rica y el Mundo, excepto en los países que se indican en el Anexo A de este contrato, como consecuencia de un Accidente o una Enfermedad cubiertas o de un Evento específicamente señalado como amparado en este contrato, que no sea una Condición o Enfermedad Preexistente ni forme parte de las Exclusiones, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico médicaamente justificado para el restablecimiento o preservación de su salud, la Compañía se obliga a reembolsar los Gastos Cubiertos en que incurra, ajustando éstos en su caso a la Máxima Suma Asegurada, Deducible, y toda delimitación que específicamente sea consignada en la Póliza o en el Cuadro de Beneficios específico de esta Póliza, procurando que se preserven tanto los derechos como el cumplimiento de las obligaciones que en el cuerpo de estas Condiciones Generales se especifiquen tanto para el Asegurado como para la Compañía.

La Compañía reembolsará o pagará los gastos por los siguientes conceptos hasta el agotamiento de la Suma Máxima Asegurada de la Póliza contratada anualmente, considerándose en cada caso toda delimitación en algún servicio por Máxima Suma Asegurada por Beneficio, o Deducible, que se señalan de manera específica en el Cuadro de Beneficios.

Los beneficios de la Cobertura Básica que se indican a continuación son por Asegurado y están sujetos a los términos y límites de la Póliza y al deducible correspondiente. Los gastos y honorarios a reembolsar serán los Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) por servicios médicos o quirúrgicos proporcionados en determinada zona geográfica.

Área de cobertura	Costa Rica y Mundial
Máxima Suma Asegurada de la Póliza	US\$2,000,000.00

1. Hospitalización

Habitación y alojamiento (por día)	100%
Unidad de cuidados intensivos (por día)	100%
Acompañante de un menor hospitalizado.	Hasta US\$ 100.00 Cobertura máxima por noche
Honorarios del Cirujano y del Médico Asistente	100%
Honorarios del Anestesiólogo	100%
Medicamentos recetados	100%
Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes	100%
Tratamiento de cáncer	100%
Diálisis	100%
Prótesis e instrumentos correctivos	100%
Trasplante de órganos (Incluye: Etapa previa al Trasplante; Etapa del Trasplante; y Etapa posterior al Trasplante)	Hasta US\$500,000.00 Máxima Suma Asegurada por Beneficio vitalicio, mientras la póliza esté vigente

Gastos del proceso de donación de órganos	Hasta US\$25,000.00 (ESTE VALOR, QUE SE DESCUENTA DEL VALOR TOTAL ASEGURADO POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ESTÁ DESTINADO SÓLO A CUBRIR LOS GASTOS DE PROCESO DE DONACIÓN)
---	--

2. Tratamientos Ambulatorios	
Visitas a médicos y especialistas	100%
Visitas a la sala de emergencia	100%
Tratamiento de cáncer	100%
Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes	100%
Diálisis	100%
Medicamentos recetados	Hasta US\$6,000.00 por Año Póliza por Asegurado
Terapia física y rehabilitación.	Hasta US\$6,000.00
Cuidados de salud en el hogar.	Hasta US\$6,000.00
Equipo médico duradero	Hasta US\$6,000.00 por Año Póliza por Asegurado

3. Otros beneficios	
Maternidad y Cuidados del Recién Nacido Sano (No aplica deducible) Únicamente para Planes I y II. * Las hijas dependientes mayores de 18 años de edad que estén aseguradas bajo la póliza del Asegurado principal podrán optar por su propia póliza a fin de contar con el beneficio de maternidad según la cláusula II.B.7. Cuidado de Maternidad.	Hasta US\$4,000.00 por evento
Complicación del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido enfermo (No aplica deducible) Únicamente para Planes I y II.	Hasta US\$500,000.00 Máxima Suma Asegurada por Beneficio, vitalicio, mientras la póliza esté vigente
Ambulancia aérea y terrestre (No aplica deducible)	Hasta US\$50,000.00 por Año Póliza por Asegurado
Condiciones congénitas y hereditarias detectadas antes de los 18 años de edad	Hasta US\$300,000.00 Máxima Suma Asegurada por Beneficio, vitalicio, mientras la póliza esté vigente

Condiciones congénitas y hereditarias detectadas a partir de los 18 años de edad	Hasta US\$1,000,000.00 Máxima Suma Asegurada por Beneficio, vitalicio, mientras la póliza esté vigente
Pasatiempos Riesgosos y Deporte Aficionado	Hasta US\$250,000.00 Máxima Suma Asegurada por Beneficio, vitalicio, mientras la póliza esté vigente
Tratamiento Dental de Emergencia	100%
Cuidados con fines paliativos	100%
Tratamiento médico de emergencia	100%
Extensión de las Coberturas	Un (1) año de cobertura bajo esta Póliza para los asegurados que pertenezcan al Núcleo familiar del Asegurado Principal en el momento del fallecimiento del Asegurado Principal por cualquiera de las causas cubiertas bajo esta Póliza.

Esta póliza proporciona cobertura en cualquier hospital del mundo. No obstante, La Compañía ha conformado una Red de Proveedores Preferidos, donde los Asegurados podrán acceder una amplia gama de servicios dentro de los Estados Unidos de América con la limitación señalada en el siguiente párrafo. Los Proveedores de la Red han acordado contractualmente aceptar el pago directo de la Compañía por los servicios cubiertos en la Póliza y prestados a los Asegurados a los costos negociados previamente. En todo caso, el Asegurado debe obtener la preautorización de los procedimientos y hospitalizaciones de conformidad con la presente Póliza.

Cuando el Asegurado requiera tratamiento electivo en los Estados Unidos de América el servicio estará limitado a los PROVEEDORES PREFERIDOS dispuestos por la Compañía. Dicha regla no aplica a los casos de Tratamientos de Emergencia, lo cual significa que si el Asegurado recibe Tratamiento de Emergencia en los Estados Unidos de América tendrá acceso a cualquier hospital.

La compañía se encargara de efectuar el pago directo a los Proveedores por los servicios cubiertos en la Póliza y prestados a los Asegurados a los costos negociados previamente siempre que sea posible, teniendo en cuenta los costos usuales, razonables, y acostumbrados.

En todo caso, el Asegurado debe obtener la autorización previa de los procedimientos y hospitalizaciones que así determine la Compañía en esta póliza y en el Cuadro de Beneficios, de conformidad con la cláusula **III.D.3. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios**.

En la ejecución de esta cobertura, se cumplirán las siguientes reglas y disposiciones:

1. Hospitalización:

- a. **Habitación y alojamiento.** Corresponde a la habitación privada o semiprivada estándar de un Hospital o Clínica, el cual incluye los gastos de habitación, alimentos y cuidados generales de enfermería recibidos durante la hospitalización. Se cubrirá el 100% por día, cuando el Asegurado reciba tratamiento en un hospital de los Proveedores Preferidos de la Compañía, en caso de recibirse la atención en los Estados Unidos de América. En caso contrario, se cubrirá hasta el valor indicado en el Cuadro de Beneficios, limitado al costo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA) según la zona geográfica donde se utilicen los servicios. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- b. **Unidad de Cuidados Intensivos.** Área del Hospital o Clínica designada y autorizada por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes. Se cubrirá al 100% por día, cuando el Asegurado sea tratado en un hospital o clínica de los Proveedores Preferidos de la Compañía, en caso de recibirse la atención en los Estados Unidos de América. En caso contrario, se cubrirá hasta el valor indicado en el Cuadro de Beneficios, limitado al costo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA) según la zona geográfica donde se utilicen los servicios. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- c. **Honorarios del Cirujano y del Médico Asistente.** Son los cargos del Médico Cirujano y del Médico que asiste al cirujano principal para efectuar un procedimiento quirúrgico complejo. Cuando sea médicaamente necesario, los honorarios del Cirujano y del Médico Asistente se cubrirán de acuerdo a las tarifas Usuales, Razonables y Acostumbradas (URA) que se cobren en un área geográfica particular, por los procedimientos quirúrgicos que se presenten en la misma. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- d. **Honorarios del anestesiólogo.** Son los cargos de la administración de anestesia durante un procedimiento quirúrgico o los servicios requeridos para el control del dolor. Serán cubiertos de acuerdo a los honorarios Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) de un Anestesiólogo en un área o país determinado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

- e. **Medicamentos recetados.** Serán cubiertos si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por la Póliza. Se pagará el monto máximo indicado en el Cuadro de Beneficios, por Asegurado. Esto aplica solamente a los medicamentos que hayan sido recetados durante una Hospitalización y durante o después de una cirugía ambulatoria. Se cubrirá además, el medicamento recetado por una condición cubierta, tratada en forma ambulatoria. Será necesario enviar una copia de la receta médica a la Compañía, junto con el Reclamo. La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por el Ministerio de Salud (en Costa Rica) o por la autoridad competente para tal efecto. Para el caso de la cobertura internacional de este beneficio, la efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América ("FDA") y por la agencia europea equivalente si el servicio es prestado en un país de Europa.
- f. **Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes.** Se cubrirán estos procedimientos, ya sean cubiertos en un Hospital o de manera ambulatoria, hasta los límites señalados en la Póliza, siempre que sean prescritos por el Médico del Asegurado.
- g. **Tratamiento de cáncer.** El Asegurado recibirá cobertura para los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia y costos del hospital o clínica que se incurran en el tratamiento del cáncer. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- h. **Diálisis.** Se cubrirá la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, ya sea realizada en el Hospital o de manera ambulatoria, hasta los límites de la Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- i. **Prótesis e instrumentos correctivos.** Serán cubiertos hasta los límites establecidos en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, siempre que sean médicalemente necesarios e implantados durante una cirugía. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- j. **Acompañante de un menor hospitalizado.** Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, por noche, por cargos incluidos en la factura del hospital o clínica, por la estancia durante la noche de un acompañante en la misma habitación que ocupe un Asegurado menor de dieciocho (18) años que esté hospitalizado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la

Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

- k. **Trasplante de órganos.** Procedimiento en el que un órgano, tejido o las células de un donante humano son implantados en un receptor humano. En el caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funciona como donante y como receptor.

Los trasplantes de órganos se cubrirán únicamente cuando sean prestados en instalaciones dentro de la Red de Trasplantes de la Compañía.

Compañía. La Máxima Suma Asegurada por Beneficio es la señalada en el Cuadro de Beneficios por Asegurado, vitalicio, mientras la Póliza esté vigente. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**, quien puede solicitar una segunda opinión médica, una vez que un Médico ha determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano o tejido humano. La Máxima Suma Asegurada por Beneficio para procedimientos de trasplantes incluye las tres etapas siguientes: (i) Etapa previa al trasplante: Esta incluye la asistencia médica y los exámenes médicos necesarios para obtener un diagnóstico, así como la evaluación y preparación del Asegurado que va a recibir el trasplante de órgano o de tejido. Para los costos de los procedimientos médicos y quirúrgicos relacionados con la donación de los órganos, tejidos o células, todos de origen humano, incluyendo los costos en que incurra el donante humano vivo, así como el transporte y almacenamiento de los órganos, tejidos o células donadas, la Compañía cubrirá hasta US\$25,000.00 por Trasplante, vitalicio, mientras la Póliza esté vigente, cantidad que se rebaja de la Máxima Suma Asegurada por Beneficio el beneficio máximo de Trasplante de órganos. El donante humano vivo no necesita estar asegurado por la Compañía; (ii) Etapa del trasplante: Incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos realizados durante el trasplante; (iii) Etapa posterior al trasplante: Incluye los procedimientos de seguimiento médico o quirúrgico posteriores al trasplante y cualquier tratamiento que se haga necesario debido a complicaciones del mismo, así como los medicamentos necesarios para mantener el buen funcionamiento del órgano o tejido transplantado, tales como drogas inmuno-reguladoras. **Sin embargo todo tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la condición médica que generó la necesidad del trasplante quedará excluido de cobertura una vez agotado el beneficio máximo vitalicio de trasplante de órgano.**

2. Tratamientos Ambulatorios:

- a. **Visitas a médicos y especialistas.** Los honorarios por visitas en el Hospital o Clínica y ambulatorias de médicos y especialistas serán pagadas hasta los límites que se indican en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

- b. **Visitas a la sala de emergencia.** Cuando sea médicaamente necesario, debido a la severidad de una enfermedad o lesión, las visitas a la sala de emergencia serán cubiertas, hasta los límites que se indican en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.
- c. **Tratamiento de cáncer.** Se cubrirán los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia y costos del Hospital o Clínica que se incurran en el tratamiento del cáncer. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3.
Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.
- d. **Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes.** Se cubrirán estos procedimientos, ya sean cubiertos en un Hospital o de manera ambulatoria, hasta los límites señalados en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, siempre que sean prescritos por el Médico del Asegurado.
- e. **Diálisis.** Se cubrirá la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, ya sea realizada en el Hospital o de manera ambulatoria, hasta los límites indicados en el Cuadro de Beneficios de la Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3.
Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.
- f. **Medicamentos recetados.** Serán cubiertos si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por la Póliza. Se pagará el monto máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, por Asegurado. Esto aplica solamente a los medicamentos que hayan sido recetados durante una Hospitalización y durante o después de una cirugía ambulatoria. Se cubrirá además, el medicamento recetado por una condición cubierta, tratada en forma ambulatoria. Será necesario enviar una copia de la receta médica a la Compañía, junto con el Reclamo.
La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por el Ministerio de Salud (en Costa Rica) o quien haga sus veces. Para el caso de la cobertura internacional de este beneficio, la efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la **Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América ("FDA")** y por la agencia europea equivalente si el servicio es prestado en un país de Europa.
- g. **Terapia física y rehabilitación.** Procedimientos practicados por un profesional acreditado con el propósito de recuperar las funciones motoras y sensitivas afectadas por una lesión, enfermedad o tratamiento quirúrgico cubiertos por la Póliza, así como tratamientos para controlar el dolor. Se cubrirá hasta el límite señalado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza. **Para su aprobación, debe presentarse un plan de tratamiento por parte de un médico a La Compañía.** Si se considera médicaamente necesario, la Compañía puede aprobar

una extensión del plan de tratamiento. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3.

Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.

- h. **Cuidados de salud en el hogar.** Cuidados prestados al Asegurado en su hogar por un profesional licenciado (médico, enfermero o terapeuta). Se cubrirá hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza. **Para su aprobación, debe presentarse un plan de tratamiento a La Compañía.** Puede aprobarse una extensión si se considera médicaamente necesaria. Este beneficio y cualquier extensión otorgada deben ser coordinados y aprobados con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- i. **Equipo médico duradero.** Cuando sea médicaamente necesario, se cubrirán aditamentos, órtesis, prótesis, ayudas técnicas en rehabilitación y sistemas de movilidad, equipos médicos duraderos que incluyen, pero sin limitarlos, a sillas de ruedas, bastones, muletas, respiradores, colchones de presión y caminadores. Se cubrirá hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, por Año Póliza, por Asegurado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

3. **Otros beneficios:**

- a) **Maternidad y Cuidados del Recién Nacido Sano.** La Compañía pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, por Evento, para un parto normal, cesárea electiva y cuidados prenatales. Dentro de este beneficio también se pagarán hasta tres visitas de rutina para el bebé sano por cada Recién Nacido. **Existe un Periodo de Espera de diez (10) meses para este beneficio, contados desde la Fecha Efectiva de la Cobertura de la Asegurada.** Este Periodo de Espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por la Compañía. **Esta cobertura sólo está disponible para los Planes I y II.** Para este beneficio no aplica deducible.
- b) **Complicación del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido enfermo.** La Compañía pagará la Máxima Suma Asegurada por Beneficio, vitalicio, mientras la póliza esté vigente, que indica el Cuadro de Beneficios de la Póliza por complicaciones del embarazo y los gastos médicos por lesiones y enfermedades del Recién Nacido, que hayan sido diagnosticadas durante los primeros (treinta) 30 días de vida. **No se cubrirán lesiones ni enfermedades de Recién Nacido que estén relacionadas con condiciones congénitas y hereditarias.**

Existe un periodo de espera de 10 meses para este amparo, contados desde la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada bajo esta póliza. Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por la Compañía. **Esta cobertura solo está disponible para los Planes I y II.** Para este beneficio no aplica deducible.

- c) **Ambulancia (área o terrestre).** Se pagará un máximo de hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza por Año Póliza por Asegurado por la transportación aérea o terrestre de emergencia del Asegurado cuando: (i) El diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza; (ii) Las necesidades técnico-científicas y la complejidad del tratamiento requerido exceden la capacidad técnico-científica del sitio donde se encuentre el asegurado en el momento que se requiera el beneficio; (iii) El transporte por cualquier otro medio puede poner en riesgo la vida o la integridad física del Asegurado; (iv) El transporte lo presta una entidad autorizada para dicho propósito; (v) El Asegurado es transportado a la instalación médica más cercana donde se pueda proporcionar el tratamiento adecuado para su condición médica.
- i. Toda transportación vía ambulancia aérea debe ser coordinada y aprobada con anterioridad por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.** Cuando un Asegurado ha sido originalmente transportado fuera de su país de residencia por medio de una ambulancia aérea pagada por la Compañía, ésta última, a su juicio, y sólo cuando sea médicaamente necesario, podrá aprobar el retorno del Asegurado a su país de residencia vía ambulancia aérea. **La Compañía no pagará indemnizaciones por Ambulancia (área o terrestre) cuando el Servicio no haya sido previamente autorizado por ésta.** Para este beneficio no aplica deducible.
- ii. La Compañía no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo.

- d) **Condiciones congénitas y hereditarias.** Patología o condición médica existente antes del nacimiento que puede ser diagnosticada antes o después del mismo. Se pagará hasta la Máxima Suma Asegurada por Beneficio señalada en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, por Asegurado, vitalicio, mientras la póliza esté vigente, por enfermedades congénitas y hereditarias que se manifiesten por primera vez antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad. Las condiciones congénitas y hereditarias que se manifiesten a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla dieciocho (18) años se pagarán hasta un máximo del monto señalado en el Cuadro de Beneficios, por asegurado, de por vida, mientras la póliza esté vigente. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anterioridad por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- e) **Pasatiempos Riesgosos y Deporte Aficionado.** Actividades que aumentan el riesgo de muerte o enfermedad de las personas que las practican. Ejemplos de pasatiempos riesgosos incluyen, pero no se limitan a: buceo, alpinismo, paracaidismo, salto en bungee, parapente, paravela, ciclismo de montaña y todoterreno. Los costos por lesiones relacionadas con Pasatiempos Riesgosos y Deporte Aficionado serán cubiertos hasta la Máxima Suma Asegurada por Beneficio señalada en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, por Asegurado, vitalicio, mientras la póliza esté vigente.
- f) **Tratamiento dental de emergencia.** Esta Póliza solamente cubrirá tratamientos dentales médicamente necesarios para restaurar dientes dañados debido a un accidente cubierto. **El tratamiento deberá iniciar dentro del período de (ciento veinte) 120 días naturales siguientes a la fecha del Accidente cubierto.**
- g) **Cuidados con fines paliativos.** Cuando sea médicaamente necesario, todos los gastos serán cubiertos hasta los límites de la póliza para gastos relacionados con el cuidado de fines paliativos, lo cual implica el cuidado físico, la atención psicológica y de enfermería. Este beneficio se considera que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula III.D.3. **Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- h) **Tratamiento médico de emergencia.** La Compañía cubrirá todo costo proveniente de procedimientos médicos o quirúrgicos de emergencia.
- i) **Extensión de las Coberturas.** En caso de Fallecimiento del Asegurado Principal, la Compañía extenderá los beneficios previstos en la Póliza por un (1) año para los Asegurados que pertenezcan a su Núcleo Familiar en el momento de la muerte del Asegurado Principal. Para que este beneficio surta efectos, la muerte del Asegurado

Principal deberá haber sido causada por una Lesión, condición o Enfermedad elegible para un Gasto Médico Cubierto. Este beneficio terminará automáticamente para el cónyuge o compañero (a) sobreviviente, y para sus descendientes, si el cónyuge o compañero contrae matrimonio o entra en estado de unión libre; y para el caso de otros Asegurados que pertenezcan a su Núcleo Familiar, en el momento en que dejen de ser elegibles. En caso de Reembolso, la Compañía pagará los Gastos Médicos Cubiertos al Asegurado que haya generado dichos gastos. Cuando los gastos le correspondan al Asegurado Principal y este hubiere fallecido, dichos gastos deberán ser rembolsados al último Beneficiario designado y en caso que el anterior no existiere se realizará el Reembolso atendiendo al procedimiento sucesorio establecido por la legislación aplicable.

En el caso que en el núcleo del Asegurado Principal sobrevivan únicamente hijos dependientes menores de edad, se requerirá que el Representante Legal o Tutor del o los menores pase a ser el Contratante en la póliza para que los dependientes puedan ser elegibles para este beneficio. Si el Representante Legal o Tutor que se convierta en el Contratante no hubiera estado previamente asegurado en la póliza y él mismo quisiera contar con cobertura, deberá enviar una solicitud de cobertura y pasar por evaluación de riesgo.

B. Reglas especiales con respecto a la cobertura por Maternidad y Recién Nacidos: La Póliza provee cobertura para cuidados normales del embarazo y del recién nacido y sus complicaciones, así como Cuidados de Rutina del Recién Nacido, bajo las siguientes reglas:

- 1. Esta cobertura se ofrece solamente para el Asegurado Principal de sexo femenino, o la cónyuge o compañera doméstica del Asegurado Principal de sexo masculino.**
- 2. Existe un período de espera de diez (10) meses para este beneficio a partir de la Fecha Efectiva de la Cobertura de la Asegurada.** Este Período de Espera podrá ser exonerado por escrito por la Compañía a su entera discrecionalidad.
- 3. Los beneficios cubiertos no tienen Deducible.**
- 4. Embarazos normales y recién nacidos sanos:** Se pagará un máximo de cuatro mil dólares exactos (US\$4,000.00) por Evento para un parto normal, una cesárea electiva y tratamientos prenatales. Asimismo, se pagará un máximo de tres visitas para el recién nacido bajo el beneficio del Cuidado Rutina del Recién Nacido.
- 5. Complicaciones del embarazo y recién nacidos enfermos:** Se pagará hasta una Máxima Suma Asegurada por Beneficio, vitalicio, mientras la póliza esté vigente, de quinientos mil dólares exactos (US\$500,000.00), por Póliza, en caso de complicaciones del embarazo, y

complicaciones del recién nacido al nacer (no causadas por Enfermedad Congénita o Hereditaria) tales como dificultades respiratorias, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y trauma del nacimiento.

6. Cuidados del recién nacido: Adición automática: Un niño que haya nacido de una Maternidad Cubierta, únicamente para Planes I y II y de acuerdo a la definición en esta póliza, podrá ser adicionado a la Póliza como Dependiente sin pasar por evaluación de riesgo. Para dicho propósito, la Compañía habrá de recibir una nota que contenga el nombre del niño, el sexo y la fecha de nacimiento del mismo dentro de un período de 90 días después de su fecha de nacimiento, junto con el pago de la prima correspondiente.

La cobertura del recién nacido cobrará efecto a partir de su fecha de nacimiento, sin que exista período de espera. Los gastos médicos por Lesiones y Enfermedades del Recién Nacido no relacionadas con Condiciones Congénitas y Hereditarias, tal como insuficiencia respiratoria, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y traumatismos del parto que hayan sido diagnosticadas durante los primeros 31 días naturales de vida, recibirán cobertura hasta un máximo de \$500,000 de por vida, bajo el beneficio de complicaciones del embarazo y el **cuidado del Recién Nacido enfermo, descrito previamente en "Cuidados de Maternidad".** Las condiciones diagnosticadas después de los primeros 31 días naturales de vida del niño recibirán cobertura de acuerdo con los términos y limitaciones de esta Póliza.

Para que la Compañía provea dichos beneficios, el niño debe haber sido adicionado a la Póliza y la prima correspondiente pagada.

7. Cuidado de Maternidad: La cobertura para el cuidado de maternidad estará disponible únicamente para los Planes I y II (con opciones de \$1,000 y \$2,000 de deducible) y solo cuando se haya cumplido el período de espera de 10 meses para la maternidad y del recién nacido. Este período de espera comienza a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de la madre asegurada.

Se pagará hasta un máximo de \$7,000 por evento, para un parto normal, cesárea electiva y cuidados prenatales. Dentro este beneficio máximo, la Compañía pagará hasta 5 visitas médicas para el Recién Nacido sano.

Para las complicaciones del embarazo y el cuidado del Recién Nacido enfermo, la Compañía pagará hasta \$1,000,000 de por vida.

El Deducible no es aplicable a este beneficio.

El recién nacido que nazca de una maternidad cubierta por la póliza será elegible para la adición automática a la póliza, si cumple con el requisito de solicitarlo a la Compañía dentro de los 90 días después de la fecha de nacimiento.

El cuidado y tratamiento médico de Condiciones Congénitas del recién nacido estará limitado al beneficio de condiciones congenita de esta póliza.

Para las hijas dependientes en la póliza del Asegurado Principal, entre las edades de dieciocho (18) y veinticuatro (24) años cumplidos, el beneficio de Maternidad sólo aplicará si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- a) Que el plan actual bajo la póliza del Asegurado Principal ofrece beneficio de maternidad, es decir Planes I y II;
- b) Que la dependiente ha estado asegurada en la póliza de los padres por al menos 10 meses;
- c) Que la hija dependiente del asegurado principal hubiera estado pagando prima de adulto durante los 10 meses anteriores a la fecha en que ocurriera el parto;
- d) Notificar el embarazo de la dependiente por escrito a la Compañía dentro de los primeros tres meses del mismo.

Para obtener el beneficio de maternidad, la hija dependiente estará obligada a obtener su propia póliza individual antes de que ocurra el nacimiento, la cual será emitida con las mismas restricciones y condiciones de la póliza previa, la nueva póliza será aprobada sin pasar por evaluación de riesgo, siempre y cuando la dependiente optara por un producto de igual o menores beneficios.

Para contar con el beneficio de maternidad la dependiente debe optar por el Plan I o II, en caso de escoger optar por un plan de mayores beneficios, la Compañía se reserva el derecho de aprobarlo o no y de ser aprobado estaría sujeto a Selección de Riesgo. En adición a pasar por evaluación de riesgo, la cobertura de los cuidados de maternidad, las complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

8. Adición no automática del Recién Nacido: La adición de un Recién Nacido a la póliza estará sujeta a evaluación de riesgo cuando ocurre lo siguiente:

- a) Cuando la compañía reciba la notificación de un nacimiento o el pago de la prima después de los 90 días siguientes a la fecha del nacimiento; o
- b) cuando el Recién Nacido nazca de un embarazo no cubierto por la Póliza; o
- c) cuando el Recién Nacido sea producto de un embarazo concebido bajo métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida, o de tratamiento de infertilidad.

Un Recién Nacido que no haya nacido de una maternidad cubierta por esta póliza, no es elegible para la cobertura de condiciones congénitas y hereditarias y su adición en la póliza estará sujeto a evaluación de riesgo.

9. Estarán excluidos de esta cobertura los siguientes Eventos:

- a) Cuidados de maternidad o del recién nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por la Póliza;**
- b) Complicaciones de la maternidad o del recién nacido en embarazos resultantes de métodos de fertilización asistida o de tratamientos por infertilidad;**
- c) Terminación voluntaria del embarazo, excepto cuando éste ponga en peligro la vida de la Asegurada;**

- d) Complicaciones relacionadas con cualquier condición excluida o no cubierta por esta Póliza.**

C. Exclusiones de la cobertura: Estarán excluidos de esta cobertura los siguientes Eventos:

1. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de enfermedad o lesión que no sea:

- a) Médicamente necesario o no tenga relación con el diagnóstico de base;**
- b) Indicado por un médico;**
- c) Prestado por un médico licenciado o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica; y**
- d) Probado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa, o experimentación en seres humanos, o en proceso de ensayo clínico, así como aprobado por el Ministerio de Salud (en Costa Rica) o quien haga sus veces, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) o por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas, en caso de que el servicio sea prestado en Europa. La aprobación de la FDA y de las Agencias Europeas se requiere para el caso de cobertura internacional.**

2. Condición o Enfermedad Preexistente según definición. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas condiciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En base a ello la Compañía establecerá las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable.

Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la Solicitud de Seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad, producirá la nulidad relativa o absoluta del contrato de seguro según corresponda.

3. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza.

4. Condiciones diagnosticadas dentro de los primeros 60 días posteriores a la fecha efectiva de la poliza no relacionadas con una enfermedad de origen infeccioso o con lesiones originadas por accidentes ocurridos a no ser que

el período de carencia haya sido expresamente exonerado por LA COMPAÑÍA.

5. Cuidados de maternidad o del Recién Nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza.

6. Complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.

7. Terminación voluntaria de un embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre, o sea permitido legalmente.

8. Exámenes médicos de rutina.

9. Costos que excedan lo usual, razonable y acostumbrado (URA) y por un servicio o suministro médico determinado, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia del mismo.

10. Tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas causadas por participar en guerras, motines, conmoción civil, huelgas o actividades ilegales, incluyendo el encarcelamiento resultante.

11. Tratamiento de lesiones y sus complicaciones y secuelas sufridas por un Asegurado mientras es miembro activo de una unidad de seguridad pública policial o militar.

12. Tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.

13. Tratamiento por VIH/SIDA, enfermedades relacionadas con los mismos y sus complicaciones.

14. Tratamiento por lesiones o enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, las drogas, las sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.

- 15. Cuidados de podología para el tratamiento de desórdenes del pie, incluyendo pero no limitado a fascitis plantar, juanetes, trauma, tumores, verrugas plantares, Hallux valgus, neuroma de Morton, pies planos, y dedo de martillo, debilidad de los pies, “pedicure” y zapatos especiales o plantillas.**
- 16. Servicios médicos efectuados en una institución gubernamental en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita o cuando un tercero sea responsable de cubrir los gastos médicos del Asegurado, ya sea por un contrato o por responsabilidad civil extracontractual. Esto incluye el tratamiento de epidemias que estén bajo el control y dirección del gobierno correspondiente.**
- 17. Gastos médicos incurridos en los países indicados en el Addendum A de la Póliza.**
- 18. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria u hospitalizaciones de más de 23 horas previas a una cirugía programada.**
- 19. Cuidados de custodia y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar.**
- 20. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que LA COMPAÑÍA los apruebe expresamente.**
- 21. Suplementos alimenticios, a no ser que se requieran para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.**
- 22. Medicamentos de venta libre o sin receta médica.**
- 23. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta póliza.**
- 24. Exámenes auditivos de rutina, dispositivos para la audición, exámenes oculares, anteojos, lentes de contacto, y/u otros procedimientos o dispositivos para corregir desórdenes de la refracción visual.**

- 25. Tratamiento quiropráctico u homeopático o cualquier tipo de medicina alternativa.**
- 26. Tratamiento dental no relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza o cuando un tratamiento dental cubierto por la Póliza comienza después de 120 días de la fecha del accidente cubierto por la póliza.**
- 27. Tratamientos del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de cáncer o un accidente cubierto por esta Póliza.**
- 28. La esterilización masculina o femenina, la reversión de la esterilización, tratamiento de infertilidad, el control de la natalidad, métodos anticonceptivos o micro abortivos, los procedimientos para el cambio de sexo, tratamiento de disfunción eréctil, aun cuando los mismos sean secundarios a una condición cubierta por la Póliza.**
- 29. Desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano ('VPH') y las enfermedades de transmisión sexual.**
- 30. El tratamiento médico o quirúrgico por Lesiones o Condiciones Médicas, sus complicaciones y secuelas, relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica profesional de deportes por la que reciba compensación que constituya la mayor parte de su fuente de ingreso.**
- 31. Tratamiento por trastornos del sueño, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, y trastornos de conducta o de aprendizaje.**
- 32. Trastornos psiquiátricos o psicológicos, excepto si los mismos son necesarios para tratar la complicación de una condición médica cubierta por la Póliza según definen los términos y limitaciones de la misma.**
- 33. Tratamiento para obesidad o para el control del peso corporal y sus complicaciones y secuelas.**
- 34. Cirugía electiva de carácter cosmético o reconstructivo y sus complicaciones y secuelas; o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético, y sus complicaciones y secuelas, con la excepción de los casos en que dichos tratamientos sean médicaamente indicados durante o después del tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta por**

la Póliza, siempre y cuando dicha lesión o enfermedad haya ocurrido posteriormente a la fecha efectiva de la Póliza. Esto incluye cualquier tratamiento por deformidades nasales o del tabique nasal que no esté relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza.

35. Tratamientos con estimuladores del crecimiento óseo o con hormonas de crecimiento y sus complicaciones y secuelas.

36. Servicios médicos proporcionados por cónyuges o por parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.

37. Tratamientos relacionados con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. Los costos de la criopreservación por espacio de más de 24 horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula, excepto según provea esta Póliza bajo sus términos y restricciones.

38. Cualquier tratamiento médico quirúrgico relacionado con la condición médica que generó el trasplante de órgano, una vez agotado el beneficio máximo vitalicio del trasplante.

III. CLÁUSULAS GENERALES

A. De los Asegurados:

1. Elegibilidad: Serán elegibles para cobertura dentro de esta Póliza como Asegurado Principal las personas a partir de los dieciocho (18) años de edad cumplidos en la Fecha Efectiva de la Póliza, residentes legalmente en Costa Rica y que no pertenezcan a ningún cuerpo policial.

El Asegurado Principal podrá solicitar a La Compañía la inclusión dentro de su Póliza, previo pago de las primas correspondientes, a otras personas relacionadas que se encuentren dentro de los siguientes grupos:

- a)** Grupo 1: Asegurado Principal; Cónyuge o Compañero(a) del Asegurado Principal; y Dependientes.;
- b)** Grupo 2: Padres del Asegurado Principal;
- c)** Grupo 3: Padres del Cónyuge o Compañero(a) del Asegurado Principal.

Bajo una misma Póliza se podrán asegurar hasta un máximo de tres (3) grupos asegurados.

Los Dependientes del Asegurado Principal y su Cónyuge o Compañero(a) Permanente son elegibles para solicitar cobertura bajo la Póliza del Asegurado Principal.

No existe edad máxima para la renovación de ningún Asegurado. Al cumplir dieciocho (18) años de edad, los Dependientes son elegibles para cobertura bajo su propia Póliza sin selección de riesgos, pagando la prima correspondiente, con un Deducible igual o mayor al de la Póliza bajo la cual estaban cubiertos, según el Plan que escojan, con las mismas condiciones y restricciones de la Póliza anterior. Si el Dependiente desea cambiar a un Deducible más bajo o desea aumentar los beneficios, requerirá una nueva evaluación de riesgos. La Solicitud para una nueva Póliza debe ser recibida por la Compañía mientras se encuentre vigente la Póliza bajo la cual estaban cubiertos los Dependientes.

2. Elegibilidad del recién nacido: Los costos médicos por lesiones y enfermedades resultantes de cualquier complicación del parto que sean diagnosticadas durante los primeros 30 días de vida del Recién Nacido y que no estén relacionadas con condiciones congénitas y hereditarias, se cubrirán bajo el beneficio de Complicaciones del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido Enfermo. Las condiciones diagnosticadas después de los primeros 31 días de vida del Recién Nacido serán cubiertas de acuerdo a los términos y límites de esta Póliza. Para que la Compañía provea dichos beneficios, debe agregarse al Recién Nacido a la Póliza, y pagar la prima correspondiente.

Un recién nacido puede ser elegible para la cobertura de la Póliza de dos formas diferentes:

- a)** Adición automática: La persona nacida de un embarazo cubierto por la Póliza, será agregada a la Póliza como Dependiente desde su nacimiento, sin evaluación de riesgos ni Período de Espera, siempre y cuando la Compañía reciba una notificación en la cual se detalle su nombre, sexo y fecha de nacimiento, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, junto con el pago de la prima correspondiente. La notificación puede hacerse en línea, a través del portal (sitio Web) de la Compañía que se indicará en el Cuadro de Beneficios, o mediante comunicación escrita en las oficinas de la Compañía.
- b)** Adición sujeta a evaluación de riesgos: Cuando la notificación de un nacimiento o el pago de la Prima sean recibidos por la Compañía después de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, o cuando el Recién Nacido nazca de un embarazo no cubierto por la Póliza, se requerirá una Solicitud de Seguro para procesar la adición del Recién Nacido a la Póliza, y la adición estará sujeta a evaluación de riesgos. **Si la cobertura del Recién Nacido es aprobada, la misma tendrá un Período de Espera de sesenta (60) días después de su Fecha Efectiva.** Durante este Período de Espera, sólo aquellos Eventos resultantes de accidentes o enfermedades infecciosas tendrán cobertura.

3. Incorporación de Asegurados: En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Asegurado Principal podrá incorporar nuevos Asegurados mediante la presentación de la Solicitud de Seguro y el pago de la Prima adicional correspondientes. Los nuevos Asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación. La Compañía notificará al Asegurado Principal la aceptación o rechazo de su Solicitud dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su recepción. En caso de aceptación, emitirá un Carnet que identificará al Asegurado como beneficiario de la Póliza.

Cualquier ingreso al Grupo Asegurado durante la vigencia de la Póliza deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por esta Póliza.

4. Baja de Asegurados: Las personas que se separen definitivamente de la Póliza dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que notifiquen por escrito esta situación a la Compañía, quedando sin validez alguna el Carnet de Asegurados expedido respecto de esa(s) persona(s). En este caso, la Compañía restituirá al Asegurado Principal la parte de la Prima no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, deduciendo únicamente los gastos administrativos correspondientes a esa devolución. El reembolso correspondiente se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales a su solicitud.

En caso que un Asegurado no estuviese satisfecho por cualquier motivo con su cobertura, podrá solicitar a La Compañía su exclusión de la Póliza dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al día en que fue notificado de su aceptación, y se rembolsará cualquier Prima facturada a la cuenta del Asegurado Principal, en cuyo caso la cobertura para ese Asegurado será anulada desde la Fecha Efectiva correspondiente. El reembolso de la Prima se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales a su solicitud.

5. Edad de Aceptación: El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en su Solicitud de Seguro. No obstante lo anterior, la Compañía podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha Efectiva o la de la renovación posterior de la Póliza.

Si se comprueba con posterioridad a la Fecha Efectiva de la Póliza que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- a.** Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Compañía asumirá el riesgo, pero el Asegurado deberá reembolsar a la Compañía los montos correspondientes a las Primas dejadas de percibir por la Compañía. Si el Asegurado no lo hiciere, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza por falta de pago apropiado de la Prima. En caso de que el error fuere descubierto sucedido ya el siniestro, la Compañía podrá deducir de la suma indemnizada las Primas dejadas de percibir.
- b.** Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la obligación de la Compañía no se modificará, y la Compañía reembolsará en sus oficinas la diferencia entre la reserva existente

y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de recepción de la solicitud escrita correspondiente. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del contrato o de su última renovación.

B. De la Póliza:

1. Fecha Efectiva de la Póliza: La Póliza se considera emitida y entregada al ser recibida por el Asegurado Principal. La Póliza será efectiva a las 00.01 horas de la Fecha Efectiva y no en la fecha en que la Solicitud de Seguro fue firmada.

2. Período de Espera: El Período de Espera es de sesenta (60) días naturales contados a partir del momento de la Fecha Efectiva de la cobertura del asegurado. Durante este término sólo se cubrirán Emergencias Médicas por Accidentes o Enfermedades de Origen Infeccioso.

Asimismo, la Compañía exonerará al Asegurado del Período de Espera en los siguientes casos:

- a)** Si el Asegurado ha tenido cobertura bajo una Póliza de Seguro de Salud (individual o grupal) durante un periodo ininterrumpido de doce (12) meses antes de la Fecha Efectiva de la Póliza; y
- b)** Si la Fecha Efectiva de esta Póliza ocurre dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la Fecha de Vencimiento de la Póliza anterior. Una copia del Cuadro de Beneficios o de la Póliza anterior, así como la prueba de los pagos de la prima correspondiente por los doce meses anteriores deberán ser enviados a la Compañía junto con la Solicitud de Seguro correspondiente a la nueva Póliza, antes de la fecha de aprobación de la misma.

Si el Período de Espera no es exonerado, toda condición diagnosticada durante el mismo será permanentemente excluida, a excepción de accidentes y enfermedades infecciosas.

3. Deducible: Es la porción predeterminada de dinero que asume el Asegurado por las prestaciones médicas y hospitalarias cubiertas por la Póliza y que debe cancelarse directamente al proveedor médico o que será deducida de la indemnización otorgada por La Compañía, en caso de reembolso. El Deducible se aplicará de la siguiente forma:

- a)** Un Deducible por Asegurado por Año Póliza, de acuerdo al Plan aprobado. Se aplicará un máximo de dos deducibles por Grupo Asegurado, por Año Póliza;

- b)** Los gastos médicos cubiertos en que incurra el Asegurado durante los últimos 3 meses del año Póliza serán aplicados al Deducible en ese año póliza y trasladados y aplicados al Deducible del Asegurado del siguiente año;
- c)** No se aplicará Deducible alguno a la primera hospitalización debida a un Accidente Grave;
- d)** El Deducible está indicado en el Cuadro de Beneficios. Algunos beneficios de la Póliza estarán exentos del Deducible, tal y como se indica en ésta póliza y lo cual se indicará en el Cuadro de Beneficios;

Para esta póliza no aplica Coaseguro ni Copago.

Reducción del deducible: Cada Asegurado que se mantenga sin Reclamos cubiertos por un período de tres (3) Años Póliza consecutivos, tendrá el derecho a una reducción del 50% del Deducible correspondiente a su primer Reclamo cubierto. Los Reclamos subsiguientes estarán sujetos al Deducible total. El beneficio de reducción del Deducible se hará disponible al Asegurado al mantenerse sin Reclamos cubiertos cada período de tres (3) Años Póliza consecutivos.

Los Reclamos no compensables, así como los Reclamos por Exámenes Médicos de Rutina no se tomarán en cuenta respecto a la regla anterior. **Este beneficio sólo está disponible en los Planes I, II y III.**

4. Coexistencia de indemnizaciones: El pago de las indemnizaciones de esta Póliza no se duplicará con las indemnizaciones de ninguna otra póliza de seguros para la cual un Asegurado pueda ser elegible.

Si un Asegurado elegible para recibir indemnizaciones bajo esta Póliza, también resulta elegible para recibir indemnizaciones bajo cualquier otra póliza de seguro emitida por cualquier otra compañía que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) para el tratamiento de un Evento, la suma de las indemnizaciones pagaderas por esta Póliza y cualquier otra póliza de seguros será coordinada y proporcional entre ambas, de manera que el total pagado no sobrepase el total de los gastos elegibles en esta Póliza. En ningún caso, la cantidad de indemnizaciones pagaderas por esta Póliza podrá exceder la cantidad máxima estipulada para las indemnizaciones de que se trate.

5. Modificaciones a la Póliza:

Modificaciones y cambio de Plan: Por parte de La Compañía solamente el Presidente o el Gerente General de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones de las condiciones particulares de esta Póliza y modificar el Addendum A de estas condiciones generales en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un addendum firmado que contenga el consentimiento del Asegurado Principal. La Compañía no quedará obligada

con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por ningún Corredor, Sociedad Corredora, Sociedad Agencia o Agente de Seguros o ninguna otra persona que no sea alguna de las mencionadas en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni los Corredores o Sociedades Corredoras ni las Sociedades Agencias o Agentes de Seguros actuarán en nombre de la Compañía, sino únicamente por cuenta de ésta.

El Asegurado Principal deberá informar a La Compañía cualquier situación que pueda implicar una modificación a la Póliza, tales como ingresos o retiros a los Grupos Asegurados, cambios de residencia, nacimientos, adopciones, fallecimientos, cambios de profesión u oficio, de estado civil o situaciones de convivencia, así como datos generales de los miembros de los Grupos Asegurados, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la ocurrencia de la situación.

El Asegurado Principal puede solicitar por escrito a la Compañía cambios de Plan después de que la Póliza entre en vigencia. Todo cambio de plan surtirá efectos a partir del momento en que el Asegurado Principal reciba la comunicación de aceptación por parte de la Compañía.

6. Periodo de espera cuando se solicita cambio de plan: El Asegurado Principal puede solicitar cambio de Plan o de Producto en la fecha de Aniversario de la Póliza. La solicitud de cambio de Plan o de Producto debe ser recibida por escrito antes del día del Aniversario de la Póliza y la aprobación de la solicitud estará sujeta a la aprobación del Departamento de Selección de Riesgo.

Durante los primeros sesenta (60) días calendarios posteriores al cambio, los beneficios pagables por cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente o enfermedad de origen infeccioso, estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros (10) meses después de la fecha de efectividad del cambio, la cobertura de: los cuidados de maternidad, las complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros (12) meses posteriores a la fecha de efectividad del cambio, la cobertura del HIV/SIDA y sus complicaciones va a estar limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros seis (6) meses después de la fecha de efectividad del cambio, el beneficio de Trasplante de Órgano estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

C. De la Prima:

1. Pago de la Prima: El Asegurado Principal pagará por adelantado la prima correspondiente para la emisión y renovaciones posteriores de la Póliza, así como las primas necesarias para la adición de sus Dependientes a la Póliza. Los pagos se podrán efectuar mediante tarjeta débito, tarjeta de crédito, cheque o transferencia directa en una cuenta de la Compañía.

Las partes podrán acordar el pago fraccionado de las primas, sea en forma mensual, trimestral o semestral. En caso de siniestro, cuando el pago de la prima sea fraccionado, la Compañía tendrá derecho a exigir el pago del saldo de la prima anual de previo al reembolso.

Mediante petición escrita, el Asegurado Principal puede solicitar modificación en el plazo de pago de la Prima, con el ajuste apropiado del caso, aunque ningún pago de prima podrá conservar esta Póliza en vigencia más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

Para la inclusión de un Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de la Compañía, hasta el vencimiento de la anualidad de la Póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás Asegurados.

2. Reembolso de Primas: Durante los primeros treinta (30) días calendario después de haber recibido la póliza, el Asegurado Principal es responsable de revisar toda la información proporcionada por la Compañía en relación con su póliza y de no estar de acuerdo con la misma puede cancelar dicha Póliza y devolverla a la Compañía dentro de ese mismo plazo. Si no se hubieran hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Prima pagada, menos los costos administrativos de conformidad con el cuadro siguiente, y se anulará la Póliza, como si nunca hubiese sido emitida:

Nivel de Deducible	1,000.00	2,000.00	5,000.00	10,000.00	20,000.00
Gastos Administrativos	16.20%	11.00%	10.40%	9.85%	9.75%

De igual forma se procederá con el reembolso de la prima no devengada si la Póliza es cancelada por el Asegurado después del plazo indicado en el párrafo anterior, o en caso de fallecimiento del Asegurado Principal. La porción no devengada de la Prima se calcula con base en el número de días que el Asegurado no esté cubierto por la Póliza. El número de días se determina desde la Fecha Efectiva de la cancelación de la Póliza hasta su siguiente fecha de renovación.

El Asegurado Principal debe revisar el contenido y términos de esta póliza en su integridad y de no estar de acuerdo con los términos y condiciones de la misma puede solicitar la cancelación de la misma de conformidad con lo indicado en el párrafo anterior.

3. Modificación de la Prima: La Compañía se reserva el derecho, en cualquier aniversario de la Póliza, de modificar el monto de la Prima, para lo cual se dará aviso al Asegurado Principal con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la Fecha de Vencimiento de la Póliza, con el fin de que el Asegurado Principal manifieste por escrito su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo.

4. Período de Gracia: A partir de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, el Asegurado Principal gozará de un Período de Gracia de diez (10) días hábiles para pagar la Prima de renovación

pactada. Si la prima no se recibe en la Compañía al final del período de gracia, la Compañía podrá tomar una de las dos siguientes acciones:

- a) Dar por terminado el contrato, quedando liberada de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro ocurrido a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Asegurado Principal dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,
- b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que la Compañía escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.

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

5. Rehabilitación: No obstante lo dispuesto por la cláusula **III.D.1. Terminación de la Póliza**, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, el Asegurado Principal podrá rehabilitarla presentando pruebas de asegurabilidad sujetas a la evaluación de la Compañía y pagando la Prima adeudada, siempre que no hayan transcurrido más de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha de la terminación del seguro. En este caso, sólo se cubrirán aquellas pérdidas que resulten de un siniestro ocurrido a partir de la fecha de su rehabilitación, considerando siempre lo estipulado en la cláusula **II.C.1. Exclusiones** de esta Póliza.

6. Impuestos y Contribuciones: Salvo disposición legal en contrario, todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente Póliza y el pago de sus primas y beneficios serán responsabilidad del Asegurado Principal.

D. Del proceso de reclamo:

1. Conocimiento del Siniestro: Dentro de un periodo de ciento ochenta (180) días naturales a partir de la fecha de ocurrencia del Evento, el Asegurado deberá enviar los siguientes documentos a la Compañía para comenzar el proceso de Reclamo:

- a)** Todas las facturas originales y desglosadas de cada Proveedor. Para el pago del beneficio de medicamentos por prescripción, se debe presentar además el original de la receta médica de la medicina expedida por un Médico.
- b)** Fotocopia de los expedientes médicos correspondientes;
- c)** Un formulario de Reclamación por cada Evento, debidamente cumplimentado y firmado. El formulario está disponible para los Asegurados en las oficinas de la Compañía y en el portal (sitio Web), cuya dirección es informada al Asegurado Principal en el Cuadro de Beneficios al momento de contratar la póliza.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que la ocurrencia del Evento se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible. En caso de que, por cualquier motivo, no sea posible la entrega de los documentos originales en las oficinas de la Compañía, copia de los documentos indicados pueden ser enviados a la dirección electrónica suministrada por la Compañía en el Cuadro de Beneficios al momento de contratar la Póliza, con la intención de iniciar el trámite a la mayor brevedad. La Compañía se reserva el derecho de solicitar la presentación de los documentos originales en sus oficinas de previo a efectuar el pago de la indemnización correspondiente.

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario con el objetivo de determinar si procede o no el reclamo. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado y/o terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de los reclamos, y será mantenida en total confidencialidad.

2. Pago o reembolso de Indemnizaciones: La Compañía efectuará el pago de las indemnizaciones debidas a quien acredite legalmente su derecho. En caso de que el Asegurado no utilice la Red de Proveedores Preferidos para la atención exclusiva de casos de Emergencia en los Estados Unidos de América, deberá cancelar la totalidad de los gastos elegibles de conformidad con esta póliza y posteriormente diligenciar el Formulario de Reclamación de La Compañía por cada Evento. Todos los pagos o reembolsos que La Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado con motivo de esta Póliza, se efectuarán en las Oficinas de la Compañía en la dirección consignada en el Cuadro de Beneficios. La Compañía hará los pagos de Reclamos directamente a los Proveedores siempre que esto sea posible.

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

El asegurado autoriza a La Compañía para solicitar toda la información que considere necesaria a la institución y/o médicos, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para análisis de siniestros, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, podrá divulgar la información confidencial cuando se requerida judicialmente.

3. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios: En el caso de los Eventos cubiertos por la Póliza que requieran autorización previa por parte de la Compañía, se seguirá el siguiente procedimiento:

- a)** El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su intención de someterse al tratamiento u obtener el servicio correspondiente. Dicha comunicación deberá efectuarse por escrito en las oficinas de la Compañía, o mediante el número telefónico o dirección electrónica suministrados por la Compañía en el Cuadro de Beneficios al momento de contratar la Póliza, informando sobre el servicio requerido, con una anticipación mínima de setenta y dos (72) horas.
- b)** La Compañía podrá requerir una segunda opinión para evaluar la necesidad e idoneidad de los procedimientos quirúrgicos electivos, no de urgencia;
- c)** La Compañía emitirá una autorización del servicio directamente al proveedor médico, si se trata de un Proveedor Preferido. En caso contrario, es decir, en caso de que se opte por un proveedor que no haga parte de la red, se emitirá la autorización directamente al Asegurado.

Una vez se obtenida la Autorización Previa, el Asegurado podrá recibir los servicios médicos u hospitalarios a los cuales se refiera su solicitud.

4. Reclamante Sustituto: Cuando se demuestre fehacientemente mediante un dictamen médico verificado por la Compañía, que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación la persona denominada como Reclamante Sustituto.

El Reclamante Sustituto deberá designarse en el formulario que para este fin proporcionará la Compañía, teniendo el Asegurado en todo momento la opción de modificar su designación y comunicar por escrito esta nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

La designación del Reclamante Sustituto le autoriza únicamente para realizar los trámites de reclamo, ya que el pago de reembolsos se efectuará siempre a nombre del Asegurado, por lo que al efectuar el pago atribuible al Asegurado la Compañía habrá satisfecho la indemnización correspondiente a ese reclamo específico.

5. Reembolso de servicios obtenidos fuera de la Red de Proveedores Preferidos para el caso de atención médica de Emergencia en los Estados Unidos de América:

Bajo esta Póliza los Asegurados tendrán la posibilidad de no utilizar los servicios de los Proveedores Preferidos en los Estados Unidos de América única y exclusivamente en caso de Emergencia según lo define esta Póliza.

6. Revisión de reclamos: Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviará por escrito una solicitud de revisión a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días naturales la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el reclamante podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el proceso de conciliación y compromiso arbitral contenido en la cláusula **III.F.4 Arbitraje** de este contrato.

Quedan a salvo en caso de desacuerdo las acciones administrativas que correspondan ante la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica o el órgano que para el efecto ésta designe.

7. Subrogación: El Asegurado Principal transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos efectuados al Asegurado Principal y/o a cualquier miembro de los Grupos Asegurados por cualquier beneficio cubierto por esta Póliza, resultantes de pérdidas, lesiones o daños que hubieren sido declarados responsabilidad de un tercero. En virtud de este Derecho de Subrogación, la Compañía podrá recuperar los montos desembolsados directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños, o del Asegurado Principal y/o cualquier miembro de los Grupos Asegurados, en caso de que éstos últimos, habiendo sido indemnizados por la Compañía de conformidad con esta Póliza, hubieren además recibido de dichos terceros el resarcimiento de los daños causados.

Lo anterior aplica únicamente en caso de que los pagos realizados por la Compañía tengan un carácter indemnizatorio.

E. Terminación de la Póliza:

1. Terminación del Seguro: La cobertura indicada en esta Póliza terminará a las 24:00 hrs. del día en que se declare la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales:

- a)** Falta de pago de la Prima pactada al vencimiento del Período de Gracia, de conformidad con la cláusula **III.C.4. Período de Gracia**;
- b)** Fallecimiento del Asegurado y la terminación del beneficio de extensión de las coberturas;
- c)** Pérdida del Asegurado de cualquiera de sus condiciones de elegibilidad, de conformidad con la cláusula **III. A. 1. Elegibilidad** de esta Póliza;
- d)** Traslado definitivo del Asegurado a un nuevo País de Residencia;
- e)** La falsedad en la información suministrada a la Compañía, tal y como se especifica en la cláusula **III.E.2 Declaraciones Falsas e Inexactas** siguiente.
- f)** Por el agotamiento de la Máxima Suma Asegurada de la Póliza.
- g)** Cuando el Asegurado decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza. La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al Asegurado la prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente.

La Compañía también podrá rescindir y dar por terminada la Póliza en cualquiera de los casos indicados en el aparte **III.E.2, Declaraciones Falsas e Inexactas** así como en todos aquellos demás casos en que la legislación costarricense lo autorice.

2. Declaraciones Falsas e Inexactas: Los solicitantes están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de conformidad con la Solicitud del Seguro para la contratación del Seguro, los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean del conocimiento o deban ser conocidas al momento de la celebración del Seguro.

La omisión o inexacta declaración intencional de la información que conste en la Solicitud de Seguro, en el caso de que si se hubiera conocido la condición real del riesgo no se hubiera dado el aseguramiento, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Seguro. La Compañía comunicará de forma automática al Contratante o Asegurado Principal la rescisión del Seguro dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a que la Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de alguna omisión, inexacta declaración, reticencia o negligencia en la solicitud de seguro o al efectuar una reclamación por parte del Contratante o del Asegurado Principal deberá ser reintegrado inmediatamente a la Compañía por el Contratante.

Esta Póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por los Asegurados en las solicitudes o reclamaciones correspondientes. En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Contratante y los Asegurados fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento de tal circunstancia.

Si la información falsa o inexacta hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Asegurado, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Asegurado una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Asegurado podrá aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Asegurado, o su negativa a aceptar el ajuste, darán derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el Seguro, dentro de los siguientes (15) quince días hábiles, conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el Seguro devolviendo al Asegurado el 100% de la prima no devengada menos los costos administrativos, según se indica en la cláusula **III.C.2.**

Reembolso de primas, al momento de dicha rescisión.

En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado Principal, sus Asegurados Dependientes, sucesores o cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido de cualquiera Contratante, los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el periodo máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encuentre vigente.

3. Prescripción: Cumpliéndose el plazo de cuatro (4) años después de la fecha del Evento, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización correspondiente al Asegurado, a menos que estuviere en trámite un Reclamo o un proceso judicial relacionado con el mismo.

F. Disposiciones Legales:

1. Limitación de Responsabilidad: La Compañía pondrá a disposición de sus Asegurados una Red de Proveedores Preferidos en la dirección electrónica que se les indique en el Cuadro de Beneficios. Los Proveedores Preferidos son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y la prestación de servicios asistenciales y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones, por lo que la Compañía no asume más responsabilidad legal respecto de dichas personas que la impuesta por la legislación costarricense de protección al consumidor.

2. Confidencialidad: La información de carácter confidencial que el Asegurado brinde a la Compañía, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificada, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

3. Moneda: Los valores de este contrato, tanto los beneficios de cobertura o indemnizaciones como de primas se expresan en dólares de los Estados Unidos de América. Sin embargo, los pagos correspondientes a los reembolsos o indemnizaciones, así como a las primas de esta Póliza, podrán efectuarse tanto en dólares de los Estados Unidos de América, como en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

4. Conciliación y Arbitraje: Las partes acuerdan, en forma expresa e irrevocable que toda controversia, diferencia, disputa o reclamo que pudieran derivarse del presente contrato, o del negocio y la materia a que éste se refiere, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez serán sometidas al siguiente procedimiento:

- a)** Dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes al acto, omisión o resolución que hubiese generado el diferendo, se iniciará un proceso de conciliación de conformidad con los reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, a cuyas normas las partes se someten en forma voluntaria e incondicional. El conflicto se dilucidará de acuerdo con la legislación costarricense. El lugar del proceso de conciliación será el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. Las partes y el árbitro conciliador nombrarán de mutuo acuerdo un perito que deberá presentar su informe en un plazo máximo de treinta (30) días naturales;
- b)** En caso de que la conciliación no sea posible, se procederá con un arbitraje de derecho que será resuelto por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. Cada parte designará un árbitro, y estos dos árbitros designarán al tercero quien fungirá como Presidente del tribunal arbitral. El laudo arbitral se dictará por escrito, será definitivo, vinculante para las partes e inapelable, salvo recurso de revisión o de nulidad. Una vez que el laudo se haya dictado y haya adquirido firmeza, producirá los efectos de cosa juzgada material y las partes deberán cumplirlo sin demora;

Los procesos y su contenido serán absolutamente confidenciales. Los gastos relacionados con los procesos de conciliación y arbitraje, incluyendo los honorarios del perito y los árbitros, los asumirán las partes en igual proporción. Cada una de las partes cubrirá los honorarios de sus abogados y asesores.

5. Comunicaciones: Cualquier comunicación que se transmita entre La Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a La Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas la dirección que se indica en el Cuadro de Beneficios. Las

comunicaciones que la Compañía dirija a los Asegurados serán efectuadas en el domicilio consignado en sus respectivas Solicitudes de Seguro.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

6. Jurisdicción y Competencia: El presente Contrato se rige por las Leyes de la República de Costa Rica.

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 número P16-35-A06-292 de fecha 11 de noviembre del 2011.

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD



Elección del producto: Pan-American Acceso Mundial

Pan-American Acceso Preferencial

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.

Póliza nueva Adición de dependientes Cambio de plan Rehabilitación

I- INFORMACIÓN DEL (LOS) SOLICITANTE(S)

Nombre de solicitantes (Apellidos, Nombres)

Fecha de nacimiento
Mes/Día/Año Parentesco Estado civil* Sexo Peso
O lb O kg Estatura
O pulg O m

Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido		<i>Solicitante Principal</i>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		

*S: Soltero(a) C: Casado(a) D: Divorciado(a) V: Viudo(a) U: Union Libre (Union de Hecho)

II- INFORMACIÓN DEMOGRAFICA

Dirección residencial

Dirección			
Ciudad	Estado o Departamento	Código postal	País de Residencia

Dirección postal

Dirección (si es diferente de la anterior)			
Ciudad	Estado o Departamento	Código postal	País de Residencia

Teléfono de la casa	Celular
Fax	Correo electrónico

¿Desea que la empresa se comunique con usted por correo electrónico?

Si (se requiere una dirección de correo electrónico) No

III- COBERTURA SOLICITADA

Por favor seleccione un Plan de Deducible: **Plan I - \$1,000** **Plan II - \$2,000** **Plan III - \$5,000** **Plan IV - \$10,000** **Plan V - \$20,000**

Fecha de efectividad que solicita para la cobertura:

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte en forma profesional?

Si **No** en caso afirmativo, indicar quien

IV- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

1. ¿La cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente?

Si **No**

En caso afirmativo, por favor adjunte una copia:

- Certificado de Cobertura
- Recibo del último pago

2. ¿Después que comience la cobertura, usted o alguno de sus dependientes tendrá otro seguro médico? **Si** **No** En caso afirmativo, favor proporcionar la siguiente información:

• Nombre de la Compañía

• Producto y Deducible

• Número de Póliza

3. ¿Alguna solicitud de seguro de salud o vida, ha sido denegada, aceptada con restricciones o con un recargo a la prima estándar para alguno de los solicitantes?

Si **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

V - RECLAMANTE SUSTITUTO

Nombre

Parentesco

Fecha de nacimiento
Mes/Día/Año

Cédula de Identidad

Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			

VI- INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico tratante o ha consultado a un especialista en el último año?

Si **No** (en caso afirmativo, favor llenar los siguientes espacios:)

Solicitante

Nombre del Médico

Especialidad

Teléfono

VII- EXAMENES MÉDICOS DE RUTINA

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o rutinario en los últimos 5 años?

Si **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante

Tipo de examen

Fecha

Resultado (Si fue anormal, favor explicar)

			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal

VIII- ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha padecido de:

<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	1. ¿Infecciones?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	2. ¿Síntomas de los ojos, oídos, nariz o garganta?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	3. ¿Alguna vez ha estado usted internado en un centro de rehabilitación o psiquiátrico?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	4. ¿Convulsiones, migraña, parálisis u otros síntomas neurológicos?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	5. ¿Alergias, asma, bronquitis u otros síntomas pulmonares?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	6. ¿Síntomas del corazón o circulatorios, presión arterial alta, colesterol o triglicéridos elevados?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	7. ¿Síntomas del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis u otros síntomas del hígado o del sistema digestivo?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	8. ¿Síntomas de los riñones o del tracto urinario?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	9. ¿Síntomas de la columna vertebral, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, reumatismo, artritis, gota u otros síntomas de los músculos, huesos o articulaciones?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	10. ¿Tumores benignos o cáncer?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	11. ¿Diabetes, síntomas de la tiroides u otros síntomas hormonales o endocrinológicos?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	12. ¿Síntomas de la próstata?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma del aparato reproductor?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	14. ¿Síntomas de las mamas, ovarios o útero, u otros síntomas o signos ginecológicos?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	15. ¿Síntomas de la piel?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	16. ¿Síntomas, enfermedades congénitas, hereditarias o autoinmunes?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	17. ¿VIH o SIDA?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	18. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente?

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada “Si”, favor proporcionar los detalles

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo
------------	-------------	-----------	---------

			Desde: Hasta:
--	--	--	------------------

Tratamiento y resultados	Información del Médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo
------------	-------------	-----------	---------

			Desde: Hasta:
--	--	--	------------------

Tratamiento y resultados	Información del Médico
--------------------------	------------------------

--	--

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo
------------	-------------	-----------	---------

			Desde: Hasta:
--	--	--	------------------

Tratamiento y resultados	Información del Médico
--------------------------	------------------------

--	--

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo
------------	-------------	-----------	---------

			Desde: Hasta:
--	--	--	------------------

Tratamiento y resultados	Información del Médico
--------------------------	------------------------

--	--

VIII- ANTECENTES MÉDICOS PERSONALES (CONTINUACION)

Si algunas de las preguntas en la página 3 fue contestada "Si" , por favor proporcione los detalles.

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

Pregunta #	Solicitante	Condición	Periodo
			Desde: Hasta:

Tratamiento y resultados	Información del Médico

IX- MEDICAMENTOS

¿En la actualidad, alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado que debe tomar algún medicamento?

Si **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Periodo
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:
				Desde: Hasta:

X- HABITOS

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilegales?

Si **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Tipo	Cantidad por día	Consumo	Periodo
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:
			<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: Hasta:

XI- HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer, o enfermedad congénita o hereditaria? **Si** **No** (en caso afirmativo, favor explicar)

Solicitante	Familiar	Desorden

SECCIÓN XII. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN.

Yo entiendo y acepto que:

1. La Compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales, proveedores de cuidados de salud, con el propósito de poder determinar la elegibilidad bajo el plan por el cual estoy declarando, así como la elegibilidad de reclamos por ser presentados. Yo autorizo el acceso a cualquier información que pueda ayudar a determinar mi elegibilidad.
2. Se define como Condiciones o Enfermedades Preexistentes: Cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por éste con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la compañía de seguros.

Toda Condición Preexistente que no haya sido declarada en la presente Solicitud de Seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad, pueden ser causa para la anulación de la cobertura de beneficios emitida bajo la Póliza y/o la denegación del pago de sus reclamos.

3. Todos los términos y condiciones de las coberturas por las cuales estoy declarando, están especificadas en la Póliza y en el Cuadro de Beneficios que expedirán la Compañía y que serán expedidas, si mi declaración es aprobada. Esta declaración y cualquier otra información adicional que haya sido proporcionada por mí mientras se procesa la declaración, deberá formar parte de la Póliza con la Compañía.
4. He recibido la información y la explicación clara sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones, los cargos, las coberturas, las exclusiones de la Póliza, el periodo de vigencia del Seguro, el procedimiento para pago de la prima y los reclamos en caso de siniestro; Así como las causas de extinción del contrato. Igualmente recibí la explicación clara sobre el derecho desistimiento del contrato, las penalidades, el plazo y el procedimiento, el derecho a recibir respuesta oportuna a todo Reclamo, Petición o Solicitud que presente ante la compañía, sus Agentes o Representantes dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

En caso de optar por nuestro producto de Acceso Preferencial usted podrá encontrar en nuestro sitio web palig.com nuestra Red de Proveedores preferidos

La información proporcionada en este formulario tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de la fecha en que fue suministrada. Mi firma es constancia que he revisado cuidadosamente esta declaración, me obligo a todo lo acordado en ella y estoy de acuerdo que toda la información suministrada por mí en esta declaración y cualquier información suministrada subsecuentemente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas. Esta información será tomada como base para la emisión de una Póliza de Salud, de acuerdo al plan escogido para mí y los miembros de mis Grupos Asegurados, si los hubiere. Cualquier declaración o manifestación hecha, ya sea falsa o inexacta, vicia de nulidad al contrato de seguro.

La información que en virtud de la suscripción del contrato de seguros obtenga la Compañía queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

Autorizo a cualquier médico, proveedor de cuidados de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, o cualquier otra organización o institución que pueda tener conocimiento sobre mi persona o sobre mi salud, la de mis hijos menores de edad para que divulgue esta información a los representantes de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., con el objeto de evaluar mi elegibilidad y la de mis dependientes como asegurados para esta póliza así como la elegibilidad de los reclamos presentados con posterioridad. Una fotocopia o copia escaneada de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del Asegurado Principal

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado Principal:

Firma

Fecha

Nombre del Propuesto Asegurado:

SECCION XIII - RECONOCIMIENTO DEL AGENTE

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. esta solicitud y todas las primas cobradas, así como por entregar la póliza al solicitante cuando esta sea emitida.

Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad de los solicitantes.

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Código del Agente

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 los registros números P16-35-A06-291 y P16-35-A06-292 de fecha 11 de noviembre 2011

SECCIÓN XIII. INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN. DE PAGO

Producto: Pan-American Acceso Mundial Pan-American Acceso Preferencial

Número de Póliza

Prima US\$

Frecuencia de Pago Anual Semestral

Trimestral (se requiere débito automático)

Mensual (se requiere débito automático)

Opción de Pago I Cheque

Pagadero a: Pan American Life Insurance de Costa Rica SA.

Opción de Pago II Depósito Bancario

Banco: BAC San Jose 910431345

Número de cuenta: 1020000910431345

Opción de Pago III Visa Master Card American Express Diners

Número de tarjeta de crédito débito

Fecha de expiración

CVC

Cantidad a cobrar US\$

Información del tarjetahabiente:

Nombre del tarjetahabiente (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Dirección

Ciudad	Provincia	Apartado postal
--------	-----------	-----------------

Teléfono

Correo electrónico

Débito automático para renovaciones futuras Si No

Confirmación del tarjetahabiente

Por este medio autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. a hacer los cargos a la tarjeta de crédito/débito arriba indicada para efectos del cobro de la prima de la siguiente póliza con Pan-American Life Insurance de Costa Rica.

Nombre y apellidos del Asegurado Principal

Entiendo que una copia de esta autorización será enviada a mi compañía de tarjeta de crédito y/o entidad financiera. Al firmar este acuerdo, solicito e instruyo a la entidad de tarjeta de crédito o entidad financiera que permita que Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. haga los cargos contra mi tarjeta para el pago de las primas de la póliza en mención, al menos que yo instruya por escrito lo contrario.

Firma del tarjetahabiente

Fecha