Best Meridian Insurance Company

Plan Azure Deducibles Altos

Código de producto: P16-35-A10-265
(Versión 4)

Fecha de registro V4: 04-jun-14

Oficio de solicitud de registro V4: BMI-073-2014

BMI

PLAN AZURE

(Deducibles Altos)

Best Meridian Insurance Company, en lo sucesivo denominada “LA ASEGURADORA”, emite el Plan Azure. La Póliza consiste en la Solicitud y el Examen Médico, el Certificado de Seguro, el presente documento y cualquier enmienda que se emita al respecto.

Lea cuidadosamente la copia de la Solicitud y del Examen Médico que aparecen adjuntos a esta Póliza y notifique a la Aseguradora en un plazo de treinta (30) días naturales de haber recibido la Póliza si alguna información es incorrecta o está incompleta, o si alguna parte de su historia clínica ha cambiado posterior a la fecha de la Solicitud o se ha omitido de la Solicitud o del Examen Médico. La Solicitud y/o el Examen Médico forman parte de la Póliza, la cual se ha emitido con base en que las respuestas a todas las preguntas, así como que toda la información que aparece en la Solicitud y/o Examen Médico sean correctas y estén completas a la Fecha de Inicio.

DESCRIPCION DE BENEFICIOS

- Servicios Médicos y Quirúrgicos dentro y fuera del Hospital.
- Honorarios Médicos.
- Prescripciones Facultativas.
- Exámenes y Servicios de Laboratorio.
- Cirugía Ambulatoria.
- Habitación y Comidas en el Hospital.
- Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Menor de 18 Años Hospitalizado.
- Enfermera en el Hogar.
- Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente.
- Trasplante de Órganos.
- Servicio Local de Ambulancia.
- Chequeo Médico Rutinario.
- Cobertura Mundial.
- Servicios VIP.
- Exoneración de Prima.
- Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Azure.
- Incapacidad Total y Permanente.
- Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos.

LIMITES

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza:

- Todos los beneficios están sujetos al Deducible Anual según consta en las Condiciones Particulares del Certificado de Seguro.
- Habitación y Comidas en el Hospital será cubierta al 100% dentro de la Red de Proveedores Plan Azure. Fuera de la Red de Proveedores Plan Azure, Habitación y Comidas en el Hospital está limitada a US-$800.- por día.
- Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Menor de 18 Años Hospitalizado limitados a US-$100.- por día, hasta un máximo de 10 días hospitalarios
- Sección de Cuidados Intensivos será cubierta al 100% dentro de la Red de Proveedores Plan Azure. Fuera de la Red de Proveedores Plan Azure, Sección de Cuidados Intensivos está limitada a US-$2,400.- por día.

- Máximo de estancia en el Hospital es ilimitado.
- Cuidado de Enfermera en el Hogar hasta 30 días por Año Póliza.
- Trasplantes de Órganos está limitado a US-$1,000,000.- por Asegurado, de por vida.
- Servicio Local de Ambulancia será cubierto al 100%.
- Chequeo Médico Rutinario limitado a US-$250.- por chequeo. Este beneficio solo aplica al Titular de la Póliza y su cónyuge o pareja de hecho después del segundo Año póliza.
- La Exoneración de Pago de Primas está limitada a 2 años.
- Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Azure limitado a US-$25,000.- por evento.
- El beneficio máximo por Asegurado, por Año Póliza es de US-$2,000,000.-
- Incapacidad Total y Permanente US-$50,000.- Este beneficio se otorga solo al Titular de Póliza.
- Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos están limitados a US-$2,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

COBERTURA

1. GENERAL

El Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por Año Póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos 90 días del Año Póliza que no exceda el deducible, será aplicado al siguiente período del Año Póliza.

En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia, en el que más de un Asegurado cubierto bajo esta Póliza sufra una Lesión corporal, solamente se aplicará un deducible por Año Póliza con respecto a los Asegurados lesionados.
No se aplicará Deducible Anual a lo siguiente: Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente y Chequeos Médicos Rutinarios.

El Co-aseguro se aplicará por Asegurado por Año Póliza.

No se aplicará Co-aseguro a lo siguiente: Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente y Chequeos Médicos Rutinarios.

La cobertura durante los primeros 90 días de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosas.

2. REQUISITOS DE NOTIFICACION

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o Servicios de Paciente Externo. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de siete días hábiles de haber comenzado el tratamiento, **ya que salvo caso fortuito o fuerza mayor, la falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción del cincuenta (50%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiesen pagado conforme a los términos y condiciones de la Póliza.** No obstante, se recomienda notificarle a la Compañía en un plazo de 48 horas de haber comenzado el tratamiento con el fin de que la Compañía coordine el pago de los beneficios.

3. TRATAMIENTO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Los servicios hospitalarios y de paciente externo fuera de los Estados Unidos de América no dependerán de una red de proveedores, por lo que el asegurado podrá acudir al hospital o médico de su preferencia. Las coberturas de estos servicios serán las siguientes:

A. Servicios Hospitalarios

La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados hasta el límite establecido en la Póliza después que el Deducible Anual haya sido satisfecho.

B. Servicios de Paciente Externo

Después de pagar el Deducible Anual, la Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados hasta el límite establecido en la Póliza.

4. TRATAMIENTO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

A. Servicios Hospitalarios

Después que el Deducible Anual haya sido satisfecho, la Aseguradora pagará el 90% de los gastos elegibles y certificados de los primeros US-$5,000.- y a partir de dicha cantidad, pagará el 100% de los restantes gastos elegibles y certificados hasta el límite establecido en la Póliza dentro de la Red de Proveedores Plan Azure.

Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios, excepto bajo la provisión de Tratamiento Médico de Emergencia.

B. Servicios de Paciente Externo

Después de pagar el Deducible Anual, la Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados hasta el límite establecido en la Póliza.

Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios, excepto bajo la provisión de Tratamiento Médico de Emergencia.

5. PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION

La Aseguradora ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en Inglés), que incluyen Certificación de Ingreso a Hospital, Revisión Concurrente y Gestión de Casos.
Todas las decisiones que precisen de capacitación u opinión profesional independiente de carácter médico o clínico, o que tengan que ver con dicha capacitación u opinión o con la necesidad de servicios médicos, serán la exclusiva responsabilidad del Asegurado y de los médicos que traten al mismo y de los proveedores de cuidados para la salud. Los Asegurados y sus Médicos son los responsables de decidir qué atención médica se debe dar o recibir y cuándo y cómo se debe proveer dicha atención. La Aseguradora es exclusivamente responsable de determinar si los gastos en que se haya incurrido o se vaya a incurrir por concepto de la atención médica están cubiertos, o van a ser cubiertos, por esta Póliza. En el cumplimiento de esta responsabilidad, la Aseguradora no se considerará habilitada para participar ni para anular las decisiones médicas tomadas por los proveedores de cuidados para la salud que tenga el Asegurado.

La Aseguradora tiene que certificar todas las hospitalizaciones y Servicios de Paciente Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá (pero no se le ha de exigir) revisar las estadías en el Hospital así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Aseguradora debe

continuar la cobertura y/o el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

La Aseguradora podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Aseguradora y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. Gestión de Casos

La Aseguradora podrá hacer disponible este programa, a su exclusiva discreción, para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Aseguradora podrá elegir (pero no se le exigirá) ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados de la salud que sean eficaces en costos. La Aseguradora podrá hacer disponibles estos beneficios o pagos alternativos, dependiendo del caso específico, a los Asegurados que satisfagan los criterios de la Aseguradora que estén en vigor en ese momento. Dichos beneficios o pagos alternativos, de haberlos, se harán disponibles de acuerdo con el plan de tratamiento con respecto al cual se pongan de acuerdo por escrito el Asegurado, o un representante de este mismo que sea aceptable a la Aseguradora, y el Médico del Asegurado.

El que la Aseguradora ofrezca proveer o que de hecho provea algún beneficio o pago de tipo alternativo de ninguna manera obliga a la Aseguradora a seguir proveyendo dicho beneficio o pago, ni a proveer dicho beneficio o pago en ningún momento al Asegurado ni a ningún otro Asegurado por la Aseguradora. Nada que contenga esta sección se considerará como una renuncia al derecho que tiene la Aseguradora de hacer valer y cumplir esta Póliza de estricto acuerdo con sus condiciones y términos. Las Reglas, Términos, y Definiciones de esta Póliza seguirán estando en vigor, a no ser lo que la Aseguradora específicamente modifique por escrito, cuando los beneficios o pagos alternativos se hagan disponibles a través de este programa.

C. Segunda Opinión Quirúrgica

Si un Asegurado tiene programado algún procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, tendrá que notificar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes del procedimiento programado. A la opción de la Aseguradora, se podrá exigir una segunda opinión quirúrgica de un Médico elegido por la Aseguradora respecto al procedimiento quirúrgico programado. Sólo están cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas que exija y haya coordinado la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía, la Aseguradora también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Aseguradora. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía, los beneficios de cirugía se pagarán de acuerdo con esta Póliza. **Si la Aseguradora solicita una segunda opinión y la cirugía se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Aseguradora, la Póliza en ese caso no cubrirá el procedimiento quirúrgico ni sus secuelas.**

REGLAS, TERMINOS Y DEFINICIONES

La Aseguradora pagará los gastos médicos especificados en esta Póliza en los que se hayan incurrido con carácter necesario como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad o dolencia de que se trate. El pago será limitado a los gastos Usuales y Acostumbrados como se define en esta Póliza.

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra incapacitado o ha fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al representante legal o a los proveedores licenciados de la atención médica.

Las definiciones siguientes se aplican a este seguro:

ACCIDENTE se define como todo suceso repentino e imprevisto que ocurra dentro del período del Año Póliza, que resulte en lesión corporal, cuya causa o una de cuyas causas, sea externa al cuerpo de la víctima y fuera del control de la misma.

CIRUGIA AMBULATORIA es cualquier cirugía practicada en la sección de paciente externo de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas. Este beneficio será cubierto al 100% únicamente a través de la Red de Proveedores Plan Azure, después de notificar a la Aseguradora. **Los beneficios pagaderos por servicios prestado fuera de la Red de Proveedores Plan Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.**

DEDUCIBLE ANUAL es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos. El Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por Año Póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos 90 días del Año Póliza que no exceda el deducible será aplicado al siguiente período del Año Póliza.

En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia, en el que más de un Asegurado cubierto bajo esta Póliza sufra una Lesión corporal, solamente se aplicará un deducible por Año Póliza con respecto a los Asegurados lesionados.

CLASIFICACION significa todos aquellos individuos a los cuales se les haya emitido esta Póliza y que pertenezcan a una misma clasificación, tal y como sea definido por la Aseguradora en el momento de emisión o renovación.

Clasificación para efectos de suscripción incluye, pero no se limita a, individuos en situación común o similar de área geográfica, grupo de edad, o de emisión, ocupación, sexo, provisiones de exclusiones o aquellos individuos con experiencia de reclamaciones similares.

CO-ASEGURO es la suma pagada por el Asegurado en adición al Deducible Anual, por los gastos elegibles y certificados. El porcentaje de Co-aseguro se especifica en esta Póliza en las cláusulas que se refieren a Tratamiento Fuera de los Estados Unidos de América y Tratamiento dentro de los Estados Unidos de América.

Co-aseguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza.

DESORDENES CONGENITOS son desórdenes que no han sido diagnosticados ni manifestados antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza. Los Desórdenes Congénitos serán tratados como cualquier otra Enfermedad bajo esta Póliza.

PAIS DE RESIDENCIA
El País (1) la República de Costa Rica, o (2) donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año calendario o Año Póliza, o (3) donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza esté en vigor. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio. Ninguna persona, a no ser un estudiante Dependiente a tiempo completo, podrá residir en los Estados Unidos durante más de 180 días en el transcurso de cualquier plazo de 365 días.

MONEDA se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte

América. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la póliza, el Tomador podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe.

Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.

FECHA DE INICIO es la fecha de entrada en vigor que se especifica en el Certificado de Seguro y no la fecha de la Solicitud de Seguro.

PLAZO DEL CONTRATO, PRÓRROGA TACITA
Este contrato tiene una vigencia anual renovable por plazos iguales. El contrato se prorrogará tácitamente en el tanto el asegurado pague la prima del seguro.

DEPENDIENTE significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en unión de hecho con el Titular de la Póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de la Póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Titular de la Póliza, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando dichos hijos no tengan más de 18 años de edad a la Fecha de Inicio de la cobertura o la Fecha de Vencimiento o Renovación, En el caso de que dichos hijos sean solteros y residan con el Titular de la Póliza, podrán estar cubiertos hasta que cumplan 30 años. En caso que el Dependiente estudie a tiempo completo fuera de su País de Residencia, podrá quedarse como Dependiente de la Póliza hasta los 24.

Cuando esta póliza otorgue derechos o imponga obligaciones al cónyuge, deberán entenderse éstos otorgados o impuestos a la pareja de hecho.

FECHA DE VENCIMIENTO significa la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS
La cobertura de este beneficio queda sujeta a que el Equipo Médico Duradero sea necesario y razonable para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o para ayudar a corregir el malfuncionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará necesario cuando se espere que su contribución hacia el tratamiento de la enfermedad o lesión sea significativa o cuando este contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aquellos aparatos que receta un médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Para efectos de cobertura, los Equipos Médicos Duraderos deberán ser recetados por un Médico autorizado, deberán soportar el uso repetido, servir un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y que su propósito principal no sea el de asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Aunque un producto pudiera clasificar como un Equipo Médico Duradero, este no necesariamente será cubierto en todos los casos. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora y los mismos deberán ser provistos por la Aseguradora o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Aseguradora si los hubiera comprado a sus proveedores. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora.

El beneficio de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos está limitado a US-$2,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes sanos perdidos o dañados en un Accidente, suministrado dentro

de los noventa (90) días de sufrido el Accidente.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA
El Plan Azure provee Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Azure en aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o una Lesión seria. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Azure serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US-$25,000.-) por evento, después de que el Deducible Anual y Co-aseguro hayan sido satisfechos. El Asegurado será responsable por cincuenta por ciento (50%) de todos los cargos médicos que excedan el beneficio de veinticinco mil dólares (US-$25,000.-) en servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Azure. La Aseguradora será responsable del restante cincuenta por ciento (50%) de los cargos médicos que excedan de dicha suma en los servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Azure.

En el caso que el problema no sea una emergencia tal y como se define anteriormente, el Asegurado será responsable por el total de los cargos incurridos.

MIEMBRO DE LA FAMILIA es definido como cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, hijo/a, nieto/a, suegro, suegra, tío y tía del Asegurado.

ENFERMERA EN EL HOGAR significa los servicios médicos de una enfermera habilitada y no impedida para el ejercicio de su profesión, en el hogar del Asegurado, prescritos por un Médico y relacionados directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto bajo las Reglas, Términos y Definiciones de esta Póliza, sujeto a los límites específicos.

Los cuidados de Enfermera en el Hogar deben ser aprobados por la Aseguradora y estarán limitados a 30 días por Año Póliza.

HOSPITAL es cualquier institución legalmente autorizada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra situado donde pueda darse tratamiento a enfermedades o dolencias agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de ancianos. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico residente.

CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO son los gastos incurridos e incluidos en la cuenta del Hospital por la estadía nocturna de un Acompañante durante la hospitalización de un Dependiente Menor de 18 Años limitados a US-$100.- por día, hasta un máximo de 10 días hospitalarios.

SERVICIOS HOSPITALARIOS son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicios a Pacientes Externos y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de 24 horas, o por un período de menos de 24 horas solamente cuando exista una operación programada. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Habitación y Comida, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

Habitación y Comidas en el Hospital, así como la Sección de Cuidados Intensivos será cubierta al 100% dentro del Red de Proveedores BMI. Fuera del Red de Proveedores BMI, Habitación y Comidas en el Hospital está limitada a US-$800.- por día y Sección de Cuidados Intensivos está limitada a US-$2,400.- por día.

ENFERMEDAD INFECCIOSA es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

LESION significa lesión corporal causada por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

ASEGURADO es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud, o cuyo nombre está incluido en la Solicitud, que haya pagado la prima correspondiente, para quien se confirma el comienzo de la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza.

EXAMENES Y/O SERVICIOS DE LABORATORIO incluyen análisis de laboratorio y las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
Los exámenes y Servicios de Laboratorio se consideran como parte de los Servicios para Pacientes Externos, cuando éstos sean proveídos u ordenados por un Médico autorizado o habilitado y no impedido para el ejercicio de la profesión.

SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA es la transportación médica de emergencia a un Hospital local. Dicho servicio será cubierto al 100%.

MEDICAMENTE NECESARIO se refiere a la condición de cualquier tratamiento, servicio, o suministro médico que la Aseguradora determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:

A. Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor;

B. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
C. Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;

D. No se le reconoce médica ni científicamente;

E. Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.

F. Se considera como experimental y no aprobado por las autoridades sanitarias de Costa Rica.

G. Se refiere a un procedimiento meramente estético.

NOTIFICACION es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Aseguradora, llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado.

TRASPLANTE DE ORGANOS se refiere al costo de Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea, páncreas o pulmón. **Ningún otro Trasplante es cubierto**. Este beneficio está disponible únicamente a través de la Red de Proveedores de Trasplantes de BMI, después de notificar a la Aseguradora. Este beneficio está limitado a US-$1,000,000.- por Asegurado, de por vida. También incluye los gastos médicos ocasionados por la extracción del órgano de un miembro vivo de la familia del Asegurado para el Asegurado hasta un máximo del US-$10,000.-

SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO están formados por los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando el mismo no ha ingresado como paciente en un Hospital o en cualquier otra institución médica como se define anteriormente. Los Servicios para Pacientes Externos también incluyen los servicios de atención en el salón de primeros auxilios y en el salón de emergencias de un Hospital que se proveen diariamente.

Los Servicios de Paciente Externo también incluirán los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis al 100% únicamente cuando sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por Médicos dentro de la Red de Provedores Plan Azure, sujeto a pre-autorización por la Aseguradora. **Los Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis prestados fuera de la Red de**

Proveedores Plan Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE significa la Incapacidad Total y Permanente tal como se define en el Certificado de Incapacidad Total y Permanente, si aplica. Este beneficio está sujeto a los términos y condiciones establecidas en el Certificado de Incapacidad Total y Permanente.

MEDICO es cualquier persona legalmente habilitada y no impedida para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultores médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su especialidad y entrenamiento.

RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores Plan Azure. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores Plan Azure, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

TITULAR DE LA POLIZA es el Asegurado bajo esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

AÑO POLIZA es el período de cobertura de un Asegurado comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza.

Los tratamientos por Condiciones Pre-existentes no declaradas, no están cubiertos.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes declaradas serán cubiertas dos (2) años después de la Fecha de Inicio original de la Póliza, a no ser aquellas permanentemente excluidas y mencionadas en el Certificado de Seguro como Exclusiones Permanentes.

Las condiciones mencionadas en el Certificado de Seguro como Exclusiones Permanentes no están cubiertas bajo esta Póliza.

Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada al Asegurador podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.

PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS incluyen la prescripción de los medicamentos que se venden solamente bajo receta médica y no la de medicamentos que se pueden adquirir sin la receta de un facultativo.

Este beneficio aplicará a las Prescripciones Facultativas administradas al Asegurado mientras que se encuentre hospitalizado y que estén relacionadas al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado.

Prescripciones Facultativas fuera del Hospital, las cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertas al cien por ciento (100%) por un período máximo de 90 días inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital.

Prescripciones Facultativas fuera del Hospital, que no estén relacionadas a una hospitalización o cirugía ambulatoria, quedarán cubiertas hasta US-$2,000.- por Asegurado, por Año Póliza cuando las mismas estén relacionadas a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza y solamente dentro del País de Residencia.

Las Prescripciones Facultativas recetadas como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Facultativas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertas al 100% solamente cuando el medicamento sea reconocido y aprobado como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, sujeto a la pre-autorización por la Aseguradora.

Las Prescripciones Facultativas deben ser aprobadas por la Aseguradora. Para ser aprobadas una copia de la receta médica y el recibo original desglosado tiene que acompañar el reclamo.

Los beneficios para Prescripciones Facultativas serán limitados a Prescripciones Facultativas Genéricas, cuando éstas estén disponibles.

PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS GENERICAS es un fármaco de receta que contiene los mismos ingredientes activos, pero no necesariamente los mismos excipientes inactivos (por ejemplo, revestimiento, fijadores, cápsulas, colorantes, etc.) que el fármaco pionero u original comercializado bajo una marca o nombre de propiedad intelectual exclusiva y que está normalmente disponible después de que la patente del fármaco pionero u original haya vencido.

DEPORTES PROFESIONALES, a diferencia de amateur, son deportes en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demonstraciones o entrenamientos.

CHEQUEOS MEDICOS RUTINARIOS son los exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado para el control de la salud. Este beneficio se otorga solamente al Titular de la Póliza y a su cónyuge asegurado o pareja de hecho, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante dos Años Pólizas y aparezca registrada en la póliza como dependiente. Posteriormente, este beneficio se otorgará como Servicio de Paciente Externo cada Año Póliza de cobertura continua. Este beneficio se ofrece dentro y fuera del País de Residencia. Este beneficio está limitado a US-$250.- por chequeo.

ENFERMEDAD se define como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inicio de la Póliza y durante el Año Póliza.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS
Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos certificados por la Aseguradora. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados de Hospitales y servicios médicos en el área donde dichos servicios sean proporcionados.

EXONERACION DE PRIMAS
Si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que ocurra o comience después de la Fecha de Inicio de la Póliza, el Titular de la Póliza fallece o se incapacita total y permanentemente y no puede ejercer las actividades normales de su profesión habitual; y si el Titular de la Póliza, al momento de su fallecimiento o de la incapacidad total y permanente no ha cumplido aún los 60 años; y si en el caso de la incapacidad ésta continúa por un período sin interrupción de seis (6) meses y ha sido certificado que la incapacidad total y permanente continuará, la Aseguradora mantendrá la cobertura de la Póliza para el Titular de la Póliza y los Dependientes asegurados bajo la misma, exonerando las primas a pagar durante un período de dos (2) años seguidamente después de la fecha del fallecimiento o la fecha en la cual comenzó la incapacidad total y permanente siempre y cuando el Asegurado permanezca total y permanentemente incapacitado. La Aseguradora se reserva el derecho de exigir pruebas del fallecimiento, o en el caso de incapacidad, pruebas de la incapacidad continua del Titular de la Póliza y de examinar,

a su propio costo, al Titular de la Póliza. En caso de fallecimiento del Titular de la Póliza, como resultado de la condición la cual causó la incapacidad total y permanente del Titular de la Póliza, la Aseguradora continuará Exonerando las Primas para los Dependientes asegurados bajo esta Póliza por el resto de los dos (2) años. **En caso de que el cónyuge sobreviviente o pareja de hecho contraiga matrimonio, o pase a vivir en unión de hecho, este beneficio cesará automáticamente para el cónyuge sobreviviente o pareja de hecho y para todos los Dependientes asegurados bajo esta Póliza.**

ADMINISTRACION

COORDINACION DE BENEFICIOS

En caso de que el Asegurado tenga en vigor otra póliza que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza, las reclamaciones deben ser hechas primeramente contra la otra póliza y esta Póliza solamente indemnizará sus beneficios después que los beneficios bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza, serán acreditadas al Deducible Anual del Asegurado y una vez que el Deducible Anual haya sido satisfecho, los gastos que no hayan sido pagados por la otra póliza, serán cubiertos por esta Póliza, siempre que sean elegibles de acuerdo a las reglas, términos y límites de esta Póliza. Fuera del País de Residencia, esta Póliza actuará como seguro primario reteniendo el derecho a Subrogación.

SUBROGACION E INDEMNIZACION

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza, la Aseguradora adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar acción que el Asegurado tenga contra cualquier persona u organización hasta llegar a la suma de los beneficios que se hayan pagado. El Asegurado deberá firmar y entregar todo documento que haga falta así como hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de la Aseguradora.

ELEGIBILIDAD

Personas residentes en América Latina o el Caribe serán elegibles para la cobertura. La edad mínima de inscripción será los 18 años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Titular de la Póliza.

Las personas, incluyendo Dependientes, serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación por la Aseguradora de la Solicitud de Seguro y de un examen médico realizado mediante el formulario médico de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de exonerar la presentación de dicho examen médico, según declaración de buena salud y/o pruebas que presente el asegurado propuesto.

DEPENDIENTES

Los Dependientes que estuvieron cubiertos por una Póliza anterior con la Aseguradora, y que por lo demás tienen derecho a cobertura a través de su propia Póliza por separado, quedarán aprobados sin necesidad de suscripción para un plan con el mismo deducible o un deducible más alto y con las mismas condiciones y restricciones que existían en la Póliza anterior que les daba cobertura a través de la Aseguradora. La solicitud de los Dependientes se tiene que recibir dentro de un plazo de sesenta (60) días antes de la fecha de renovación de la Póliza que anteriormente les daba cobertura a dichos Dependientes. **Si un hijo Dependiente se casa, deja de ser estudiante a tiempo completo o si un cónyuge Dependiente deja de estar casado o cesa de cohabitar con el Titular de la Póliza por motivo de divorcio o anulación del matrimonio o separación, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá al vencimiento del Año Póliza.**

PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado es responsable de pagar puntualmente la prima. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Aseguradora no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de

Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Aseguradora o su Sucursal.

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

El monto correspondiente al derecho de renovación se cobrará anualmente y el gasto de evaluación de riesgo o derecho de emisión deberá ser remitido con la solicitud. Los montos de dichos derechos se establecen en la solicitud de seguro y no son reembolsables.

El pago de los derechos de emisión o renovación es una cantidad fija que se paga por póliza y no guarda relación con edad, sexo ó cantidad de personas aseguradas como Dependientes por lo que no se considera parte de la prima.

RECARGOS

Previo a la aceptación de la Solicitud de Seguro de un Asegurado propuesto, la Compañía evalúa la información de salud, historial médico del Asegurado propuesto y de su familia, ocupación y pasatiempos, para clasificar al Asegurado dependiendo del riesgo que representa por sus características particulares.

Se otorga una clasificación de normal o estándar a un Asegurado propuesto cuando dicha persona no representa un riesgo elevado. Se clasifica subestándar a un Asegurado propuesto cuando éste representa un riesgo elevado de morbilidad por sus condiciones de salud, ocupación y pasatiempos.

En los casos en que se clasifica a un Asegurado propuesto con riesgo subestándar, se utilizarán los manuales de selección de riesgo de la Compañía para determinar las restricciones y/o condiciones especiales en que un Asegurado propuesto puede ser aceptado, y para evaluar las primas comerciales o de tarifa a aplicar.

Cada caso es evaluado individualmente sobre la base de los resultados de los exámenes solicitados e historial clínico del Asegurado propuesto, y si se determina el que caso es elegible para ser aprobado de manera subestándar, el seguro será emitido, siempre que el Asegurado propuesto acepte pagar un recargo en la prima de tarifa, conforme a lo que indiquen los manuales de selección de riesgo de la Compañía.

FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

La prima del presente seguro podrá ser pagada en tractos mensuales, trimestrales, o semestrales, para lo cual la Compañía aplicará un recargo cuyo monto se reflejará en las condiciones particulares y certificado de seguro de conformidad con lo siguiente:

a) El pago mensual tendrá un recargo de 8%
b) El pago trimestral tendrá un recargo de 10%
c) El pago semestral tendrá un recargo de 10%

Cuando el asegurado haya optado por el pago fraccionado de la prima, la Compañía podrá rebajar del monto de la indemnización, las primas que adeude el Asegurado en el período de póliza.

PERIODO DE GRACIA

Si las primas no son recibidas por la Aseguradora antes de la Fecha de Vencimiento, la Aseguradora concederá un Período de Gracia de 30 días después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza para que la Póliza pueda ser renovada. Si las primas no son recibidas por la Aseguradora durante el Período de Gracia, la Póliza caducará y todos sus beneficios se tendrán por terminados retroactivamente desde la Fecha de Vencimiento de la Póliza. La Aseguradora no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras ésta no haya sido renovada.

TERMINO DE POLIZA
Las Pólizas se consideran contratos anuales sujetos al pago de las primas. Las Pólizas que no sean pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Período de Gracia serán canceladas desde la Fecha de Vencimiento.

DECLARACION FALSA DE LA EDAD
Si se prueba que la edad correcta del Asegurado ha sido falseada y que de acuerdo con la edad correcta no hubiera sido elegible para ser asegurado, la obligación de la Aseguradora quedará limitada a la Devolución como se define en esta Póliza. La Aseguradora se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.

DEVOLUCIONES
Si un Asegurado o la Aseguradora anula la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido, rehabilitado o renovado, la Aseguradora devolverá la porción no devengada de la prima, menos los reclamos pagados, gastos administrativos y derechos de emisión de Póliza (policy fees), hasta un máximo del 70% de la prima no devengada. Los gastos administrativos y 30% de la prima básica no son reembolsables. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, o 180 días en el caso de la Póliza semi-anual, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En caso de que sea el asegurado el que anule la póliza, las devoluciones se realizarán previa solicitud del asegurado en un plazo de 30 días naturales. En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la prima a ser devuelta se le pagará a la masa hereditaria del Titular de Póliza.

JURISDICCION, ASUNTOS JURIDICOS E IDIOMA
La exclusiva jurisdicción aplicable a cualquier asunto que se origine de esta Póliza así como cualquier asunto relacionado con la Solicitud, declaraciones fácticas hechas y/o denegación de reclamaciones será la de los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. La Aseguradora y el Asegurado cubierto por esta Póliza por este medio expresamente acuerdan someterse a juicio ante un juez de derecho en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza. No obstante, previo acuerdo podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta póliza. La Aseguradora y el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes paguen sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el Español, aunque se le haya proporcionado al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

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

PRUEBA DE RECLAMACION
La Prueba escrita de Reclamación deberá someterse a la consideración de la Aseguradora, mediante el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación. Para la tramitación de las reclamaciones el asegurado deberá aportar los siguientes documentos:

a) Formulario de reclamación
b) Las facturas y/o recibos originales de la farmacia, clínica u hospital y/o honorarios médicos en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos ni facturas. Las tasas de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con las tasas de cambio del mercado libre, vigentes en el momento que la Aseguradora reciba la reclamación

debidamente documentada por el Asegurado

c) Recetas médicas e indicaciones de medicina
d) Informe médico con diagnóstico definitivo
e) Exámenes de laboratorio
f) Estudios radiológicos
g) Constancia de estudios de la jornada completa (Si el paciente tiene entre 18 y 24 años)
h) Reporte policial (Si ha existido un accidente automovilístico)

Los plazos aquí señalados son establecidos por la Compañía para verificar las circunstancias del evento, valorar las pérdidas y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver las reclamaciones. **No obstante, si se determina que el monto del siniestro se ha visto incrementado como consecuencia de la reclamación fuera del plazo aquí establecido, la Compañía únicamente pagará lo correspondiente a la pérdida original.**

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Aseguradora, serán solamente tomadas por la Aseguradora.
La Aseguradora tendrá un plazo de 30 días naturales para decidir sobre la aprobación o denegación de una reclamación. Este plazo empezará a contar desde el momento en que el asegurado o beneficiario presenten la correspondiente solicitud de indemnización junto con los documentos necesarios que la respalden para tener por probado el siniestro. La Compañía revisará los documentos presentados, y en caso de estar incompletos, informará al asegurado para que lo subsane, siempre procurando que la respuesta del reclamo se lleve a cabo dentro de los 30 días naturales posteriores a la presentación de la solicitud de indemnización.

PAGOS DE RECLAMACIONES

Siempre que sea posible, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de Servicios Médicos. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora le devolverá al Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Aseguradora y/o de acuerdo con los honorarios usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. Si el Titular de la Póliza ya no vive, la Aseguradora pagará al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud todos los beneficios que aún no se hayan pagado; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, todo beneficio que quede sin pagar se le pagará al caudal hereditario del Titular de la Póliza.

Cuando el servicio de pago directo a los proveedores de Servicios Médicos no sea posible, el reembolso al Asegurado será hecho en la misma moneda en que los Servicios Médicos fueron pagados a los proveedores por el Asegurado.

El pago de cualquier indemnización se realizará previa solicitud del Asegurado, cónyuge o beneficiario en un plazo de 30 días naturales una vez que se haya recibido toda la documentación requerida por la Aseguradora.

Para el pago de los beneficios que estén sujetos a deducible y/o coaseguro, se aplicará primero el monto total del deducible, posteriormente el coaseguro y una vez agotado este último se pagará la cantidad restante hasta el límite total de la póliza o hasta el sub-límite del beneficio en el caso. Los beneficios que no estén sujetos a deducible o coaseguro se pagarán hasta el monto máximo del beneficio. Lo anterior siempre dentro del límite máximo por año póliza.

PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando la condición de pluralidad de seguros exista de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato que ampare al mismo asegurado, al mismo interés y riesgo y coincida en un mismo período de tiempo, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo al asegurador en su solicitud.

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

Si, por incumplimiento del deber de notificar referido, algún asegurador paga a la persona asegurada una indemnización mayor a la que le correspondería, de conformidad con la Ley N° 8956 Reguladora del Contrato de Seguros, se considerará que el pago fue indebido pudiendo el asegurador recuperar lo pagado en exceso. La persona asegurada, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle al asegurador los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha de efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

VALORACIÓN

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

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

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

EXAMENES FISICOS

La Aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesarios durante la pendencia de la reclamación. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y expedientes médicos y, cuando ésta se lo pida, firmará todas las planillas de autorización que necesite la Aseguradora para obtener dichos informes y expedientes. El no autorizar la emisión de todos los expedientes médicos que pida la Aseguradora dará por resultado que se deniegue la reclamación. La Aseguradora tiene el derecho a solicitar en caso de muerte una autopsia en las instalaciones que decida la Aseguradora.

CANCELACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA

La Aseguradora se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud y/o el Formulario de Examen Médico son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos (reside en los Estados Unidos durante más de 180 días en cualquier plazo de 365 días), la cobertura en ese caso se dará por terminada automáticamente en la próxima Fecha de Vencimiento. Si el Titular de la Póliza o su cónyuge se convierte en estudiante a tiempo completo en los Estados Unidos mientras esta Póliza se encuentra en efecto, la Aseguradora, a su propia discreción, podrá extender la cobertura por un período adicional de renovación.

La presentación de una reclamación fraudulenta constituye causa para la terminación de la Póliza.

REHABILITACION DE LA POLIZA

Si la Póliza ha caducado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, la Aseguradora considerará la Rehabilitación de la misma únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del Formulario de Solicitud de Rehabilitación como evidencia de buen estado de salud.

No se aceptará ninguna Rehabilitación después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:

A) Acepte la prima vencida atrasada y
B) Apruebe la Solicitud de Rehabilitación.

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de 10 días de la fecha de Rehabilitación.

DISPOSICIONES SOBRE RENOVACION

Queda acordado que la renovación de la cobertura está garantizada, excepto en caso de falta de pago de prima, fraude o falsedad, siempre y cuando:

1. La Póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.

2. El Asegurado acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la renovación.
3. No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Titular de la Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento y se ha pagado la prima dentro de 30 días siguientes a dicha fecha, en cuyo caso, la renovación de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada renovación se expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación. La Aseguradora tendrá el derecho de ajustar las primas y cambiar la Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza para la Clasificación al momento de cada renovación.

EXCLUSIONES

Los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos de esta Póliza:

- **Todo tratamiento relacionado con Condiciones Pre-existentes no declaradas y aquellas específicamente excluidas, según consta en las Condiciones Particulares de la Póliza, si las hubiese a menos que sea enmendado.**

- **Cualquier tratamiento durante los primeros 90 días después de la Fecha de Inicio de la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas.**

- **Cualquier tratamiento que requiera ser certificado, pero que no haya sido certificado por la Aseguradora.**

- **Cualquier tratamiento que exceda los límites de cobertura.**

- **Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo usual, acostumbrado y razonable por ese servicio en esa zona.**

- **Todo tipo de transportación, a no ser Ambulancia Local para obtener tratamiento médico.**

- **Exámenes Médicos de Rutina excepto los que se definen anteriormente (incluyendo vacunaciones, expedición de certificados médicos, testificaciones médicas con propósitos de viajes o de obtención de empleos).**

- **Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista así como aparatos para sordos, los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión. Asimismo, los tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría).**

- **Todo examen o tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal, a menos que sea requerido como consecuencia de accidente durante la vigencia de esta Póliza.**

- **Equipos médicos duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física o vocacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro equipo médico duradero, excepto a como se define en esta Póliza.**

- **Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto a como se define en esta Póliza..**

- **Maternidades y cuidado neonatal.**

- **Aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.**
- **Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental.**

- **Tratamientos para corregir trastornos de la conducta, del aprendizaje, o el autismo.**

- **La cirugía electiva o cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez al Asegurado durante la cobertura de esta Póliza.**

- **Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por Accidente o trauma. Evidencia de trauma tendrá que ser confirmado radiográficamente (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).**

- **Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicidio, abuso al alcohol, abuso o adicción a drogas y/o a estupefacientes, así como los originados por delitos o faltas a la ley, aun cuando la persona no hubiera estado en uso de sus facultades mentales.**

- **Incapacidad proveniente del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, tratamientos de enfermedades transmitidas sexualmente, así como las originadas en delitos o faltas a la ley.**

- **Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la incapacidad.**

- **Tratamiento de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo.**

- **Tratamientos por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto-terapia, incluyendo auto-prescripción de medicinas.**

- **Costo y adquisición de Trasplante de Òrgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes cubiertos según se define en esta Póliza.**

- **Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos mono o biventriculares.**

- **Cualquier criopreservación y la implantación o re-implantación de células vivas.**

- **Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de un acto de guerra, o accidente químico o nuclear; o de participación en guerra, turba o rebelión civil o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.**

- **Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.**

- **Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.**

- **Medicina complementaria o alternativa, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, capacitación en auto-atención, auto cuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina oriental incluyendo acupuntura; terapia de quelación; masaje y terapias herbales. Todo tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o que se considere experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.**

- **Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo o asilos de ancianos.**

- **Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.**

- **Todo gasto para la esterilización masculina o femenina, inversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuacidad sexual y/o tratamiento por enfermedades sexualmente transmisibles.**

- **Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento relacionado con talla corta, delgadez, sobrepeso, obesidad o control de peso en general, incluyendo toda forma de suplemento alimentario.**

- **Cuidados podiátricos incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, cuidado de los pies en conexión con**

callos, juanete, *hallux valgus*, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.

- **Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.**

- **Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.**

- **Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craneomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación.**

- **Prescripciones Facultativas de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Prescripciones Facultativas no recetadas; Prescripciones Facultativas excepto como se define bajo esta Póliza, Prescripciones Facultativas no genéricas a menos que las Prescripciones Facultativas genéricas no estén disponibles.**

- **Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, como resultado de Enfermedades o Accidentes durante el período de Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido renovada.**

- **Tratamiento para lesiones resultando de la participación en competencias de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero por competir o entrena; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.**

- **Enfermera privada dentro o fuera del hospital. Excepto aquellas descritas en esta Póliza como enfermera en el hogar.**

NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

Este contrato, así como cualesquiera de sus adenda o beneficios devendrán nulos cuando se determine que se ha declarado de forma falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidos como tales por el Asegurado, el Tomador, la Compañía o por los representantes de uno o de otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato.

El asegurador podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

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

a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento

en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de la notificación, el asegurador, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

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

DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

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

PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otro documentos que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales Ley n° 8204.

PRESCRIPCIÓN

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

NORMAS SUPLETORIAS

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

“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-A10-265 de fecha 2 de enero de 2013.”

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
Aditamento de Asistencia Viajera

PLAN AZURE DEDUCIBLES ALTOS

Las Reglas, Términos y Definiciones incluídas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza. Para tener derecho a estos beneficios, el Asegurado deberá pre-notificar a la Aseguradora llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación.

DESCRIPCION DE BENEFICIOS

TRANSPORTACION AEREA DE EMERGENCIA MEDICA significa los gastos de Transportación Aérea de Emergencia Médica para transportar al Asegurado en condiciones críticas, desde un Hospital donde no exista la atención apropiada, hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado. En el caso de este tipo de emergencia, debe establecerse comunicación inmediatamente con la Aseguradora para la aprobación y los arreglos de la Transportación Aérea de Emergencia Médica. La Aseguradora, después de consultar con el Médico del Asegurado, decidirá el lugar adonde el Asegurado debe ser transportado. En caso que la transportación a un centro hospitalario no sea aprobada, los gastos de transportación serán la responsabilidad del Asegurado.

Transportación Aérea de Emergencia Médica será cubierta dentro y fuera del País de Residencia.

Transportación Aérea de Emergencia Médica incluirá así mismo los costos razonables de transportación de un acompañante que sea Miembro de la Familia del Asegurado durante la transportación hasta el Hospital.

GASTOS DE TRANSPORTACION PARA ACOMPAÑANTE: En caso de que un Miembro de la Familia no tenga la posibilidad de viajar con el Asegurado durante la Transportación Aérea de Emergencia Médica, la Aseguradora pagará los gastos razonables para que éste u otro Miembro de la Familia sea transportado al centro hospitalario donde se transportó el Asegurado, hasta un máximo de US-$1000.-

GASTOS DE ESTANCIA PARA ACOMPAÑANTE: En caso de Transportación Aéreo de Emergencia Médica, la Aseguradora pagará los gastos de alojamiento de un Miembro de la Familia que acompañe al Asegurado hasta un máximo de US-$100 diarios por un máximo de cinco (5) días.

REPATRIACION MÉDICA: En caso de que se produzca Transportación Aéreo de Emergencia Médica hospitalización se cubrirá la repatriación médica cuando sea médicamente aconsejable y se produzca la estabilización del Asegurado. La Aseguradora realizará la repatriación del Asegurado a un Hospital o Clínica en su País de Residencia. El límite máximo de esta cobertura será de hasta US-$25,000.-

DISPONIBILIDAD, EVALUACION Y REFERENCIA MEDICA LAS 24 HORAS: El Centro de Operaciones de la Aseguradora dispone de personal bilingüe, incluyendo médicos de guardia para evaluación y asistencia. El personal de esta oficina maneja las referencias médicas así como la coordinación del Transporte Aéreo de Emergencia o repatriación médica. El Asegurado puede contactar al Centro de Operaciones llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación para obtener una referencia médica en la región en la cual se encuentre.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE UN ACOMPAÑANTE FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA: Si el Asegurado se encuentra hospitalizado, por un período de más de cinco (5) días a consecuencia de un Accidente o Tratamiento de Emergencia Médica ocurrido durante un Viaje y no tenga ningún acompañante, la Aseguradora facilitará a la persona de su elección, un boleto de ida y vuelta en avión (clase económica). El límite máximo de esta cobertura será de hasta US-$1,000.-

TRANSPORTACION PERSONALIZADA: En caso de un ingreso planeado a un Hospital en el Sur de la Florida, la Aseguradora proporcionará transportación al Asegurado y a un acompañante, desde el Aeropuerto Internacional de Miami o Fort Lauderdale a su alojamiento. La Aseguradora también proporcionará transportación al Hospital desde su alojamiento y ayudará al Asegurado con los trámites del ingreso. La Aseguradora proporcionará transportación para visitas subsecuentes al Hospital y/o a Médicos.

ARREGLOS DE ALOJAMIENTO: En caso de ingreso o tratamiento planeado en un Hospital o

Proveedor Médico en el Sur de la Florida a petición del Asegurado, La Aseguradora asistirá al Asegurado y a su familia en el arreglo de alojamiento en hoteles seleccionados donde se podrán obtener tarifas especiales.

OTRAS ASISTENCIAS MEDICAS: Mientras el Asegurado se encuentre recibiendo asistencia médica en el Sur de la Florida, la Aseguradora podrá ayudar al Asegurado y su familia a hacer citas médicas o de dentistas.

DEDUCIBLE EN CASO DE ACCIDENTE O TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MEDICA DURANTE VIAJE: De acuerdo al deducible establecido en la póliza, y sujeto a los límites aquí indicados, en caso de un Accidente o Tratamiento de Emergencia Médica durante un viaje, se cubrirá como se indica a continuación:

Opción IV (Deducible US-$5,000): Beneficio Máximo por viaje de US-$5,000-, sujeto a un deducible de US-$100-.

Opción V (Deducible US$ 10,000): Beneficio Máximo por viaje de US$5,000-, sujeto a un deducible de US$100-.

Opción VI (Deducible US-$20,000): Beneficio Máximo por viaje de US-$5,000-, sujeto a un deducible de US-$100-.

REPATRIACION DE RESTOS MORTALES: Si se produjera el fallecimiento de un Asegurado durante un Viaje, la Aseguradora se hará cargo de los trámites y gastos necesarios, hasta la cantidad de US-$10,000.-, para el traslado de los restos mortales hasta el País de Residencia. **Este servicio no se extenderá en ningún caso a los gastos y gestiones que impliquen las honras fúnebres y/o inhumación.**

REGRESO DE MENORES DE EDAD: Si el Titular de Póliza fallece durante un Viaje, la Aseguradora le prestará toda la asistencia posible para que aquellos Dependientes menores de edad que estuvieran viajando con el Titular fallecido, regresen a su País de Residencia, incluyendo el pago de un pasaje de viaje, clase económica. El límite máximo por este beneficio será US $ 1,000 por Póliza

INFORMACION MEDICA: A petición del Asegurado, si el mismo se encuentra hospitalizado fuera de su País de Residencia la Aseguradora durante un Viaje proporcionará información a la familia y/o empleador del Asegurado, sobre problemas médicos de éste, así como su diagnóstico, tratamiento y operaciones de emergencia desarrolladas. Este beneficio puede estar limitado por leyes de privacidad en el sitio donde se encuentre el Asegurado.

DEFINICION: la siguiente definición aplicará: **Viaje:** Para los efectos de esta cobertura, viaje queda definido como cualquier viaje por motivo de ocio y/o de negocios desde su País de Residencia hacia otro país, excluyendo todo aquél cuyo objetivo primario o secundario sea recibir tratamiento o asesoría médica. Esta cobertura abarca desde el momento de la salida del asegurado, hasta el regreso a, su País de Residencia. **Esta cobertura no aplicará durante un Viaje que exceda 45 días consecutivos.**

EXCLUSIONES: **Todas las exclusiones incluidas en la Póliza y los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos del beneficio de Asistencia en Viajes:**

1. **Emergencias o accidentes que ocurran o resulten a consecuencia de una Condición Pre-existente como se define en la Póliza bajo las reglas, términos y definiciones de ésta.**
2. **Emergencias y/o complicaciones relacionadas a Maternidad.**
3. **Emergencias o accidentes que ocurren mientras en Asegurado este estudiando fuera del País de Residencia.**
4. **La Asistencia Viajera sólo cubre la primera emergencia que ocurra al Asegurado, cualquier visita de seguimiento o servicios adicionales relacionadas a la misma condición o enfermedad no están cubiertos.**

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número **P16-35-A10-265** de fecha 8 de febrero del 2012.”

BMI

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

1. ASEGURADO(S) PROPUESTO(S)

(a) TITULAR - Apellido/Nombre

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: Mes ____ / Día ____ / Año ____

Edad ____

Lugar de Nacimiento ____

Estatura Mts./Cms. ____ Pies/Pulgadas ____

Peso Kgs. ____ Lbs. ____

Cédula de Identidad ____

(b) CONYUGE - Apellido/Nombre

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: Mes ____ / Día ____ / Año ____

Edad ____

Lugar de Nacimiento ____

Estatura Mts./Cms. ____ Pies/Pulgadas ____

Peso Kgs. ____ Lbs. ____

Cédula de Identidad ____

1.1 HIJOS

(a) Apellido/Nombre

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: Mes ____ / Día ____ / Año ____

Edad ____

Lugar de Nacimiento ____

Estatura Mts./Cms. ____ Pies/Pulgadas ____

Peso Kgs. ____ Lbs. ____

Cédula de Identidad ____

(b) Apellido/Nombre

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: Mes ____ / Día ____ / Año ____

Edad ____

Lugar de Nacimiento ____

Estatura Mts./Cms. ____ Pies/Pulgadas ____

Peso Kgs. ____ Lbs. ____

Cédula de Identidad ____

(c) Apellido/Nombre

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: Mes ____ / Día ____ / Año ____

Edad ____

Lugar de Nacimiento ____

Estatura Mts./Cms. ____ Pies/Pulgadas ____

Peso Kgs. ____ Lbs. ____

Cédula de Identidad ____

2. ENVIO DE CORRESPONDENCIA (Notificaciones)

☐ Residencia ☐ Negocio ☐ Otra

Tiempo en la Dirección Actual: ____

Domicilio – Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal

____

____

Números de Teléfono

Casa ____

Negocio ____

Celular ____

Dirección Comercial

____

____

Apartado Postal

____

____

Dirección de Correo Electrónico: ____

BMI

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

3. EMPLEADOR

Nombre de la Compañía _____ Ocupación _____

4. PLAN

☐ **AZURE DE DUCIBLES ALTOS**

Plan Básico:	Deducible:		
		☐ $5,000	☐ $10,000	☐ $20,000
Transportación aérea por emergencia médica / Asistencia de viaje		☐		

5. ADITAMENTO AL SEGURO DE SALUD

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

(A) SEGURO DE VIDA A TERMINO

TITULAR ☐ $50,000 ☐ $100,000

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%

CONYUGUE ☐ $50,000 ☐ $100,000

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%

(B) PROTECTOR (P.T.D.)

(a) Nombre: _____ Cantidad: US $ _____

(b) Nombre: _____ Cantidad: US $ _____

BMI

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

6. PRIMAS

Titular US $ _____

Cónyugue US $ _____

Hijos US $ _____

Forma de Pago:

☐ Anual US $ _____

☐ Semestral US $ _____

☐ Trimestral US $ _____

☐ Mensual US $ _____

Derecho de emisión* US $ _____

TOTAL US $ _____

*El derecho de emisión es por póliza, no es reembolsable y debe ser remitido con la solicitud

Certifico que las respuestas a continuación son precisas y exactas.

7. Información respecto a todos los solicitantes.

	Si	No
a. ¿Han usado heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga recreativa?	☐	☐
b. ¿Han sido arrestados o han recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?	☐	☐
c. ¿Alguna vez han consultado, han estado o están actualmente bajo observación o tratamiento o han sido examinados por algún psiquiatra, psicólogo o cualquier otro médico?	☐	☐
d. ¿Han participado o piensan participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóviles?	☐	☐
e. De las personas propuestas para seguro, ¿existe alguna residiendo en otro lugar?	☐	☐
Indique nombre, motivo y dirección: _____		
f. ¿Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día? _____	☐	☐
Si Ud. fumaba cigarrillos pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que los dejó? _____		
g. ¿Toman bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique la cantidad y frecuencia _____	☐	☐
h. ¿Se les ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?	☐	☐
i. Además de lo arriba mencionado, ¿han sido pacientes en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica?	☐	☐
j. Mujeres: ¿Se encuentra Ud. en estado de gestación?	☐	☐

8. Información adicional respecto a todos los solicitantes.

¿Padecen ustedes, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades o desórdenes?

	Si	No
a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?	☐	☐
b. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?	☐	☐
b.1 ¿Qué tipo de dolor ha tenido? ☐ Opresivo ☐ Punzante		
b.2 ¿Consultó al doctor por esa causa?	☐	☐
b.3 ¿Tomó algún tipo de medicamento para dicho dolor?	☐	☐
b.4 ¿Cuál? _____		
c. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental?	☐	☐
c.1 ¿Ha sufrido usted una isquemia cerebral transitoria?	☐	☐
d. ¿Albúmina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas?	☐	☐
e. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos y quistes?	☐	☐
f. ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino?	☐	☐
g. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula biliar?	☐	☐
h. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?	☐	☐
i. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	☐	☐
j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?	☐	☐
k. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos?	☐	☐
l. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades, o amputación?	☐	☐
m. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo Relacionado al SIDA (SCRS)?	☐	☐
n. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase?	☐	☐
o. ¿Tratamiento o medicamento que recibe en la actualidad?	☐	☐

BMI

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

9. Favor de dar detalles a las respuestas afirmativas de las preguntas 7 y 8

Nombre de la persona/ Número de la pregunta	Condición y Complicaciones	Fecha que comenzó (Mes/Año)	Duración	Nombre y dirección de médicos y hospitales
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		

10. Nombre y dirección de sus médicos o especialistas:

11. Antecedentes médicos de la familia:

¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? Si ☐ No ☐
(En caso afirmativo, por favor explique. Indique con una "T" para el titular y con una "C" para el cónyugue)

	Edad si viven "T"	Edad si viven "C"	Explicación	Edad al fallecer "T"	Edad al fallecer "C"	**En caso de fallecimiento** Indicar causa
Padre						
Madre						
Hermano(s)						

12. Seguros de vida o salud que hayan estado o están en vigor de los asegurados propuestos. Indique con una "T" para el titular y con una "C" para el cónyugue.

"T"	"C"	Compañía	Número de Póliza	Salud	Vida	Suma asegurada	Fecha de emisión
☐	☐			☐	☐	$	
☐	☐			☐	☐	$	
☐	☐			☐	☐	$	
☐	☐			☐	☐	$	

13. ¿Intenta reemplazar con este seguro alguna póliza de salud o vida con esta u otra compañía? Si ☐ No ☐

BMI

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

CONDICIONES PRE-EXISTENTES ESTAN CUBIERTAS SEGUN SE DEFINEN EN LA POLIZA O EN CUALQUIER ENMIENDA A LA MISMA

AUTORIZACION

Best Meridian Insurance Company tendrá derecho a obtener toda la información que considere necesaria como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan a las personas objeto del seguro solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, Oficina de Información Médica o institución que posea esta información para que la suministre. Cualquier acción de parte del asegurado propuesto o sus médicos que busque obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de la aseguradora. Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos. Esta autorización se mantendrá vigente por un periodo de tres años y una copia de la misma se considera tan válida como la original. Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del contrato de seguro emitido como consecuencia de esta solicitud.

( ) Marcando en esta casilla usted AUTORIZA a BMI para que suministre su información a terceros incluyendo la Oficina de Información Médica. Usted podrá en todo momento revocar el consentimiento a BMI para que suministre su información a terceros.

Este seguro no se ofrece a residentes permanentes de los Estados Unidos de América, Canadá o Europa. En caso de conflicto o disputa relacionada con la póliza, aplicarán las leyes de la República de Costa Rica. Las partes se someten a la venia exclusiva y jurisdicción de la República de Costa Rica, para la resolución de dicho conflicto o disputa. Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la solicitud de seguro, de esta póliza o de ningún otro documento emitido al respecto. El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de información en la solicitud de seguro resultará en la denegación de cobertura de la póliza o su anulación. Solamente un oficial autorizado de la aseguradora tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito. ***"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La Compañía resolverá la presente solicitud en un plazo no mayor de 30 días naturales, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros"***

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

Fechada en _____ _____
Lugar Mes, Día, Año

Firma del titular _____ **Firma** del dueño de la póliza _____
(Si no es el titular)

Firma del cónyugue _____ **Firma** del consultor _____

( ) Marcando en esta casilla usted MANIFIESTA que es de su conocimiento que la forma de acceder a la Red de Proveedores de BMI es a través de la página web de la aseguradora (www.bmicos.com). En virtud de lo anterior, usted AUTORIZA a BMI a informarle de la conformación de la red de proveedores a través de dicha página web.