

Best Meridian Insurance Company

SERIES 3000

DEDUCIBLES ALTOS

Código de producto: P16-35-A10-290

Fecha registro: 10-oct-11

Oficio solicitud registro: s/n

BMI

SERIE 3000

(Deducibles Altos)

Best Meridian Insurance Company, en lo sucesivo denominada "LA ASEGURADORA", emite el Plan Serie 3000. 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 diez (10) días 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	LIMITES
- Servicios Médicos y Quirúrgicos dentro y fuera del Hospital. - Honorarios Médicos. - Prescripciones Facultativas. - Exámenes y Servicios de Laboratorio. - 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. - Transportación Aérea por Emergencia Médica. - Trasplante de Órganos. - Servicio Local de Ambulancia. - Reconstrucción Estética de Senos. - Tratamiento Quiropráctico. - Chequeo Médico Rutinario. - Cobertura Mundial. - Tratamiento de SIDA. - Servicios VIP. - Exoneración de Prima. - Incapacidad Total y Permanente. - Consulta Psiquiátrica relacionada a, o a consecuencia de, una Enfermedad o Lesión cubierta. - Hospicio o Cuidados Terminales. - Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos.	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 están limitados al 100% del costo de una habitación semi-privada en el Hospital donde los servicios sean brindados. - Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Menor de 18 Años Hospitalizado limitados a US \$200.- por día, máximo de US \$1,000.- por hospitalización. - Sección de Cuidados Intensivos será cubierta al 100%. - Máximo de estancia en el Hospital es de 240 días por Año Póliza por Enfermedad o Lesión o tratamiento relacionado a dicha Enfermedad o Lesión. - Cuidado de Enfermera en el Hogar hasta 180 días por Año Póliza. - Reconstrucción Estética de los Senos hasta US \$4,000.- límite vitalicio, por Póliza. Este beneficio se otorgará solo al Titular de la Póliza o al cónyuge o pareja



de hecho, siempre que aparezca registrada bajo la póliza como dependiente.

- Servicios de Quiropráctico hasta US\$4,000.- por Año Póliza.
- Tratamiento por SIDA limitado a US\$100,000.- por Asegurado de por vida.
- Chequeo Médico Rutinario limitado a US \$250.- por chequeo. Este beneficio solo aplica al Titular de la Póliza y su cónyuge.
- Exoneración de Primas por Incapacidad por un término de 5 años.
- Incapacidad Total y Permanente US \$25,000.- Este beneficio se otorga solo al Titular de la Póliza.
- Consulta Psiquiátrica relacionada a, o a consecuencia de, una Enfermedad o Lesión cubierta está limitado a US \$200.- por visita/sesión ambulatoria, hasta un máximo de 20 visitas/sesiones por Asegurado, por Año Póliza.
- Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos están limitados a US-\$5,000.- por Asegurado, por Año Póliza.
- Esta póliza tiene cobertura ilimitada

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, Transportación Aérea de

Emergencia Médica y Chequeos Médicos Rutinarios.

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

No se aplicará Co-aseguro a lo siguiente: Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente, Transportación Aérea de Emergencia Médica y Chequeos Médicos Rutinario.

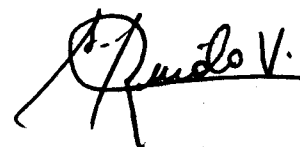
La cobertura fuera del País de Residencia del Asegurado, durante los primeros 60 días de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosas.

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 48 horas de haber comenzado el tratamiento. 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.**

3. TRATAMIENTO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados después que el Deducible Anual haya sido satisfecho.



4. TRATAMIENTO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

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.

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.

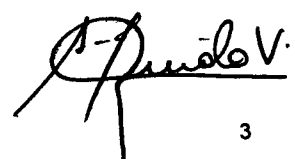
A. Revisión Concurrente

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 éste



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.

TRATAMIENTO DE SIDA se define como los servicios y costos médicos que se proporcionan al Asegurado a consecuencia del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo. El tratamiento será cubierto solamente cuando la enfermedad haya sido adquirida únicamente como resultado de una transfusión sanguínea recibida o de una Lesión o Accidente de trabajo sufrido, después de la Fecha de Inicio de la Póliza.

Este beneficio tiene un límite máximo vitalicio de US \$100,000.- por Asegurado.

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.

TRATAMIENTO QUIROPRACTICO se define como la terapia que proporciona el Quiropráctico titulado, sujeto a los límites específicos. Los Tratamientos Quiroprácticos no incluyen prescripción de medicinas o cirugía. Este beneficio está limitado a la suma de US \$4.000 por año póliza.

QUIROPRACTICO es cualquier persona legalmente habilitada y no impedida para suministrar Tratamientos Quiroprácticos en el país donde se suministra el tratamiento.

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 referidas a Tratamiento fuera de Estados Unidos de América y Tratamiento dentro de Estados Unidos de América.

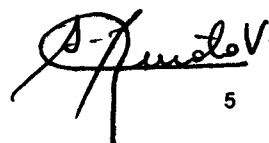
Co-aseguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza.

RECONSTRUCCION ESTETICA DE LOS SENOS se define como la reparación con fines estéticos, de todo o parte de uno o ambos senos, que no sea médicamente necesario, así como el tratamiento de las complicaciones que surjan del mismo; sin embargo, el límite vitalicio de US \$4,000.-, por Póliza se aplicará a la Reconstrucción Estética de los Senos y a cualesquiera complicaciones resultantes, siempre y cuando el Asegurado haya estado continuamente asegurado bajo esta Póliza por un período de no menos de dos Años Póliza. Las reconstrucciones de senos que sean necesarias por razones médicas a consecuencia de Accidente, cáncer o hipertrofia de los senos serán tratadas igual que cualquier otra enfermedad sujeto a las condiciones de la Póliza. Este beneficio sólo está disponible para el Titular de la Póliza o para su cónyuge y no está disponible para ningún otro Dependiente de 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.

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 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 años.

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 prescribe 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 prescritos 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 \$5,000.- 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 las 48 horas de sufrido el Accidente.

TRANSPORTACION AEREA DE EMERGENCIA MEDICA significa los gastos de Transportación Aérea de Emergencia Médica para transportar el 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 a donde 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 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.

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. Este beneficio está limitado a 180 días por año póliza.

HOSPICIO Y CUIDADOS TERMINALES se define como el cuidado de apoyo a pacientes con pocas expectativas de vida debido a un diagnóstico terminal. La elegibilidad para este beneficio se determina cuando el Médico del paciente y el Director Médico del Hospicio estén de acuerdo en que la expectativa de vida del paciente es de menos de 6 meses, que no exista un tratamiento más agresivo o que el paciente rechace tratamiento más agresivo limitándose sus expectativas de vida. Las casas de hogar, asilo de ancianos o

cuidados de enfermera en el hogar no se consideran parte de este beneficio.

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 anciano. 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-\$200.- por día hasta un máximo de US-\$1,000.- por cada hospitalización.

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.

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 debidamente 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.

MEDICAMENTO 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 ÓRGANOS se refiere al costo de Trasplante de Órganos que sean médicamente reconocidos y que no sean considerados experimentales. Este beneficio está disponible únicamente después de notificar a la Aseguradora y debe ser autorizado por la Aseguradora. Este beneficio también incluye los gastos médicos ocasionados por la extirpación del órgano de un miembro vivo de la familia del Asegurado para el Asegurado hasta un máximo de US-\$15,000.-

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.

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. Este beneficio se otorgará únicamente para el titular de la póliza y estará limitado a la suma de US \$25.000

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 consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su especialidad y entrenamiento.

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.

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.

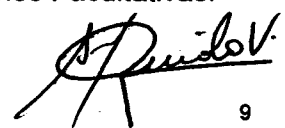
Prescripciones Facultativas fuera del Hospital solamente serán cubiertas cuando las mismas estén relacionadas a una hospitalización o una cirugía ambulatoria cubierta bajo esta Póliza. Este beneficio será cubierto por un período máximo de 12 meses inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital.

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.

CONSULTAS PSIQUIATRICAS serán cubiertas solamente cuando las mismas estén relacionadas a, o sean a consecuencia de, una Enfermedad cubierta bajo esta Póliza. Este beneficio est limitado a US-\$200.- por visita/sesión hasta un máximo de 20 visitas/sesiones por Asegurado, por Año Póliza. Este beneficio está limitado a Consultas Psiquiátricas ambulatorias cuando hayan sido prescritas por el Médico tratante y cuando las mismas sean proporcionadas por un Médico psiquiatra legalmente habilitado y no impedido. Ningún otro tratamiento psiquiátrico estará cubierto bajo esta Póliza incluyendo Prescripciones Facultativas.



CHEQUEOS MEDICOS RUTINARIOS son los exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud. Este beneficio se otorga solamente al Titular de la Póliza y a su cónyuge asegurado, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante dos Años Pólizas. Posteriormente, este beneficio se otorgará como Servicio de Paciente Externo cada segundo 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 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 la incapacidad total y permanente no ha cumplido aún los 60 años; y si la incapacidad continua 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 cinco (5) años seguidamente

después de 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 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 cinco años. **En caso de que el cónyuge sobreviviente contraiga de nuevo matrimonio, o pase a vivir en concubinato, este beneficio cesará automáticamente para el cónyuge sobreviviente 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 agotados.

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

La edad máxima de inscripción en el Plan Serie 3000 será los 70 años de edad. 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 serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación por la Aseguradora de la Solicitud de Seguro. Los solicitantes de 65 años o más serán elegibles para su inscripción sujeto a la aprobación por la Aseguradora de la solicitud de seguro y de un examen médico realizado mediante el formulario médico de la Aseguradora.

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 en 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.

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 y todos sus beneficios se tendrán por terminados retroactivamente desde la Fecha 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.

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.

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.

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 del Certificado de**

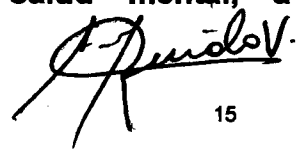


Seguro, si las hubiese a menos que sea enmendado.

- **Costos por tratamientos fuera del País de Residencia del Asegurado durante los primeros 60 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.**
- **Toda transportación para obtener tratamiento médico que no sea parte de la Transportación Aérea de Emergencia Médica (a no ser Servicio Local de Ambulancia).**
- **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 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 (que no constituya Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente).**
- **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.**
- **Cualquier gasto por Maternidad y Cuidado Neonatal. Asimismo, están excluidos los costos de Maternidades y Cuidados Neonatales como consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso que el embarazo dure menos de 32 semanas.**
- **Costos por aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.**
- **Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, autismo y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental, a**



menos que sean resultantes de una Enfermedad o Lesión cubierta tal y como se define en esta Póliza.

- La cirugía electiva, estética 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 mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza. Esto también incluye todo tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por trauma. Se tendrán que confirmar radiográficamente las pruebas de la existencia de trauma (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).
- Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicido, alcoholismo, abuso o adicción a drogas y/o a estupefacientes y el tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente, 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.
- Tratamiento de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV

positivo, excepto el tratamiento de SIDA tal y como se define en esta Póliza.

- Tratamientos por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto-terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas.
- Cualquier gasto para Trasplante de Órganos que no haya sido médicamente reconocido o que sea considerado experimental.
- Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivo mono o biventriculares.
- Gastos de 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, en las fuerzas armadas o en empresas de seguridad.
- 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.
- 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 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 craniomandibulares 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, Accidentes o Maternidades 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 profesionales o de aficionados que expongan al participante a peligro o riesgo, inclusive pero no limitado a pruebas de velocidad, carreras de motocicleta, competencia u otros deportes motorizados.**

DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley n° 8653, Reguladora del Mercado de Seguros, la información del Tomador del seguro, 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

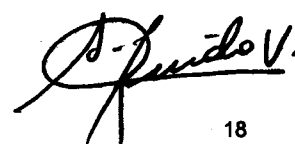
Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los cuatro (4) años, iniciándose dicho término desde el momento

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 de Seguros n° 11, 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(los) registro(s) número _____ de fecha _____"



**BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SERVICIOS DE VIP**

SERIES 3000

Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas 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

1. 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.

2. REPATRIACIÓN MEDICA:

En caso de que se produzca Transportación Aéreo de Emergencia Médica, hospitalización se cubrirá la repatriación médica cuando sea médicamente aconsejable y se produzca 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 por evento de transportación aérea de emergencia médica.

3. GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE UN ACOMPAÑANTE:

- a. **En el País de Residencia:** esta cobertura incluye los gastos razonables de transportación de un acompañante que sea Miembro de la Familia del Asegurado durante el Transporte Aéreo de Emergencia Médica.
- b. **Fuera del País de Residencia:** si el Asegurado se encuentra hospitalizado, por un periodo de más de cinco (5) días a consecuencia de un Accidente o Tratamiento de Emergencia Médica ocurridos 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. Por evento de transportación aérea de emergencia médica.-

4. 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 Médicos.

5. 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

6. 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.

7. 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.

8. 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 I:

Límite Máximo fuera de los Estados Unidos de América de US-\$500.- por viaje. Aplicará un deducible de US-\$100.-

Límite Máximo dentro de los Estados Unidos de América de US-\$1,000.- por viaje. Aplicará un deducible de US-\$100.-

Opción II:

Límite Máximo fuera de los Estados Unidos de América de US-\$1,000.- por viaje. Aplicará un deducible de US-\$100.-

Límite Máximo dentro de los Estados Unidos de América de US-\$2,000.- por viaje. Aplicará un deducible de US-\$100.-

Opción III:

Límite Máximo fuera de los Estados Unidos de América de US-\$2,500.- por viaje. Aplicará un deducible de US-\$100.-

Límite Máximo dentro de los Estados Unidos de América de US-\$5,000.- por viaje. Aplicará un deducible de US-\$100.-

Opción IV:

Límite Máximo dentro y fuera de los Estados Unidos de América de US-\$5,000.- por viaje. Aplicará un deducible de US-\$100.-

Opciones V, VI, VII, VIII, IX y X:

Límite Máximo dentro y fuera de los Estados Unidos de América de US-\$5,000.- por viaje. Aplicará un deducible de US-\$100.-

9. REPATRIACION DE RESTOS MORTALES: Si se produjera el fallecimiento de 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. **En ningún caso este servicio se extenderá a los gastos y gestiones que impliquen las honras fúnebres y/o inhumación.**

10. INFORMACION MEDICA: A petición del Asegurado, si el mismo se encuentra hospitalizado fuera de su País de Residencia durante un Viaje, la Aseguradora 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.

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 la misma.**
- 2. Emergencias y/o complicaciones relacionadas a Maternidad.**
- 3. Emergencias o accidentes que ocurren mientras en Asegurado este estudiando fuera del País de Residencia.**

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 _____
fecha _____.

de

ADITAMENTO DE SEGURO DE VIDA A TÉRMINO

Este aditamento forma parte de la póliza si:

1. se indica en el Certificado de Seguro; y
2. se ha solicitado por escrito.

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

Asegurado

Para efectos de este aditamento, Asegurado significa cualquier persona identificada en el Certificado de Seguro con cobertura bajo este aditamento.

Beneficios

La Compañía pagará los beneficios especificados en el Certificado de Seguro, después de haber recibido en el domicilio de la sucursal o la Casa Matriz la prueba de que el asegurado de este aditamento falleció mientras esta póliza y este aditamento estuvieron en vigor.

El pago de dichos beneficios se realizará dentro del plazo de 30 días naturales de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros

Beneficiario

El beneficiario que recibirá los beneficios pagaderos bajo este aditamento será aquel que sea designado en la solicitud, a menos que se disponga de otra manera.

Prima

Determinaremos anualmente la prima de este aditamento basándonos en nuestras expectativas para el futuro. Cualquier modificación contractual será puesta en conocimiento del adherente previamente atendiendo.

Beneficio de exoneración de primas

Si se exoneran las primas de la póliza, las primas exoneradas incluirán las primas de este aditamento.

Declaración incorrecta de la edad o del sexo

Si la edad o sexo del asegurado fue declarada incorrectamente en la solicitud de la póliza, nosotros ajustaremos y pagaremos los beneficios basándonos en la edad y/o sexo correcto del asegurado. La cantidad resultante será el beneficio por fallecimiento que se hubiera podido comprar aplicando la prima correcta.

Exclusión por suicidio

Si el asegurado fallece por suicidio, estando o no en el uso de sus facultades mentales, dentro de los dos años siguientes a la fecha efectiva de este aditamento, nuestra única responsabilidad estará limitada al costo pagado por este aditamento.

Contestabilidad del aditamento

Nosotros podemos impugnar la validez del aditamento si cualquier declaración o respuesta en la solicitud falsea cualquier hecho relevante con relación al seguro. Sin embargo, si el aditamento ha estado en vigor durante la vida del asegurado por dos años a partir de la fecha de emisión o de rehabilitación, nosotros no podemos impugnarlo a menos que exista falta de pago de primas o fraude.

Terminación

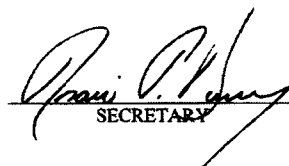
Este aditamento terminará cuando termine la póliza, o si usted así lo solicita por escrito.

"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 _____"



BEST MERIDIAN
INSURANCE COMPANY


PRESIDENT


SECRETARY