

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

Seguro Colectivo para Gastos Médicos en Dólares

Código de producto: P20-64-A07-399

Fecha registro: 20-dic-12

Oficio solicitud registro: ADISA-162-2012

"SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



Cláusula 1. OBJETO DEL CONTRATO

Mediante el presente Contrato de Seguros (de ahora en adelante "Póliza"), Aseguradora Del Istmo (ADISA) S.A. se obliga, contra el pago de la Prima acordada y en el caso de que se produzca el Evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares del Contrato y sus Anexos de Definiciones Específicas, de Coberturas, de Exclusiones, y el Certificado Individual de Cobertura.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. Si el Asegurado no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que haya discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

Cláusula 3. DEFINICIONES GENERALES:

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones, las que se complementarán con las Definiciones Específicas que expresamente aparecen en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de DEFINICIONES y según se establezcan las coberturas con el Tomador de la Póliza:

- a. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos que se individualizan expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados Individuales de Cobertura.
- b. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas. En caso que ocurra un Evento cubierto que involucre al Asegurado Principal, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal.
- c. **Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación, el cual no podrá ser superior a dos (2) años a partir de dicha inclusión.
- d. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador o Contratante y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- e. **Disputabilidad (período de):** Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores del Asegurado no declaradas por él o declaradas de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo gozará de esa facultad en el caso que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en la Cláusula "DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA" del presente contrato.
- f. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- g. **Edad Máxima de Cobertura:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Luego de esta edad la cobertura se considera terminada para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima por dicho Asegurado. La Edad Máxima de Cobertura en esta Póliza será acordado entre las Partes y establecido de común acuerdo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- h. **Enfermedades Preexistentes o Anteriores:** Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia que afecte o haya afectado al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitadamente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.
- i. **Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado entre las Partes para el pago de la prima. Todo pago de la Prima deberá hacerse dentro del Plazo de Gracia que se establece en la presente Póliza.
- j. **Grupo Asegurable:** Es aquel constituido por un número limitado de personas de cualquier género que de alguna forma se agrupan en forma homogénea con un propósito distinto al de contratar el presente seguro, que son representados ante la Aseguradora por el Tomador y que se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- k. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, hayan pagado la primera Prima dentro del Período de Gracia y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.
- l. **Grupo Familiar:** Se entenderá que para efectos de esta Póliza el Grupo Familiar lo integran aquellos que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- m. **Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- n. **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima según se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- o. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y sus Anexos, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.
- p. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro en contraprestación por la cobertura de riesgo para cada Asegurado objeto del presente contrato.
- q. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- r. **Suma Asegurada:** Es el valor que se define en las Condiciones Particulares para cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
- s. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.

Cláusula 4. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por la Compañía con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que la Compañía y el Tomador, de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial. Las posibles coberturas y beneficios, según se indique en las Condiciones Particulares, podrá contratarlas exclusivamente el Tomador bajo las siguientes modalidades:

- a) **Contributiva:** Es la modalidad en la que el Asegurado contribuye con parte o la totalidad de la Prima.
- b) **No Contributiva:** Es la modalidad en la que el Tomador paga la totalidad de la Prima.

Cláusula 5. COBERTURAS

En caso que ocurra un siniestro amparado bajo la presente Póliza, la Compañía le pagará al Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, la Suma Asegurada de la o las Coberturas y Beneficios que se hayan pactado expresamente entre el Tomador y la Compañía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de COBERTURAS y se detallen como cubiertas en los Certificados Individuales de Cobertura.

Cláusula 6. SUMA ASEGURADA

Las Sumas Aseguradas para las diferentes Coberturas y Beneficios serán definidas por el Tomador y se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y en los Certificados Individuales de Cobertura. Dichas Sumas Aseguradas deberán ser aceptadas por la Compañía, e incluidas en el Registro de Asegurados, los cuales forman parte integral de la presente Póliza.

Todo valor asegurado en esta póliza se reduce al cincuenta por ciento (50%) de la suma original asegurada cuando el Asegurado alcanza los sesenta y cinco (65) años.

Cláusula 7. TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares, y estará sujeta a las Coberturas y Beneficios que libremente elija el Tomador.

Cláusula 8. COMISIÓN DE COBRO

En caso de haberse contratado el seguro bajo la Modalidad Contributiva, la Compañía podrá reconocer al Tomador un porcentaje de comisión por gestión de cobro, la cual se especifica en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Cláusula 9. ACEPTACIÓN DE RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza, cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, de igual forma:

- a) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros, que actúe por nombre y cuenta de la Compañía acepte el riesgo en forma expresa y por escrito, se entenderá por aceptado por parte de la Aseguradora, momento en el que dará inicio la vigencia de la Póliza.
- b) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.
- c) Cuando un Corredor de Seguros o una Sociedad Corredora de Seguros actúe como intermediario, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

Cláusula 10. PRIMAS

La responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Contratante de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la Periodicidad de Pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de Prima de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

Cláusula 11. PAGO DE LA PRIMA Y DESCUENTOS

El pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador mediante un pago anual al momento en que la Compañía le notifique su aceptación del riesgo o bien con la Periodicidad de Pago acordada previamente entre la Aseguradora y el Tomador en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Todo pago deberá ser realizado dentro del Periodo de Gracia según se indica adelante. Según sea la Periodicidad de Pago de la Prima que acuerden las Partes, la Compañía aplicará descuentos, cuyos montos también se reflejarán en las Condiciones Particulares con en base a la siguiente tabla:

Descuento por Pronto Pago	
12 pagos	0%
4 pagos	1,5%
2 pagos	2%
1 pago	3%

Cláusula 12. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Contratante un Período de Gracia que no podrá ser inferior a quince (15) días naturales, el cual estará establecido de forma definitiva en las Condiciones Particulares. Dicho período empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrito según se establece en la Cláusula de "ACEPTACIÓN DEL RIESGO".

Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía pagará la indemnización correspondiente previa cancelación por parte del Tomador del seguro de las Primas pendientes.

Cláusula 13. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso que proceda la devolución de Primas, la Compañía seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza:

- a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador y al Asegurado Principal en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
- b) No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de Primas, ya sea al Tomador o Asegurado según corresponda, deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

Cláusula 14. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que reúnan como mínimo los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza, (ii) que su Edad se encuentre en el Rango de Aceptación según se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, y (iii) que cumplan los demás requisitos que se establezcan en las Condiciones Particulares según las Coberturas y Beneficios que elija el Tomador.

Cláusula 15. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad antes indicados y presentar, debidamente diligenciado por medio del Tomador, la declaración individual de salud y el formulario de Solicitud de Inclusión como Asegurado el cual incluye la autorización de que en caso de muerte autoriza a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre sus antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de su historial clínico.

La Compañía dentro de un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la Solicitud de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud.

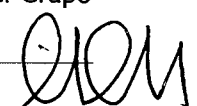
Si la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá al Asegurado en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia establecidos en las Condiciones Particulares.

Cláusula 16. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador o Contratante, la Compañía llevará un registro de Asegurados Principales en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, Suma Asegurada, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas, Sumas Aseguradas por cobertura, beneficios, Suma Asegurada por beneficio en la Póliza así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

El Contratante será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Reporte de Asegurados con la siguiente información:

- a) La lista de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada y Beneficiarios,
- b) La lista de los Asegurados para los cuales el Contratante ha solicitado la baja definitiva del Grupo Asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.



Cláusula 17. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del Período de Gracia. Se entiende que esta Póliza es renovable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

La Compañía podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la renovación de la misma, las cuales se deberán informar al Tomador con total claridad y con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Tomador o Contratante dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que la Compañía informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la Prima, esta Póliza se tendrá por renovada automática e indefinidamente por un período igual, caso contrario, se tendrá por no renovada.

De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un Addendum; de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso que la modificación genere la obligación de pagar una Prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza, previa comunicación por escrito de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

En caso que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador le comunicará de inmediato a los Asegurados para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

Una vez entrada en vigencia la Póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares de la Póliza deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

Cláusula 18. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Las personas que ingresen a la Póliza en un momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza, podrán ser incorporadas, cubriendo la Compañía el riesgo objeto de cobertura únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Compañía de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza así como el pago de la Prima correspondiente dentro del Período de Gracia. La fecha en la que termina la cobertura para estos Asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la Póliza.

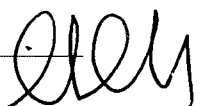
EN CASO QUE LA PÓLIZA NO FUERE RENOVADA, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.

Cláusula 19. PERIODO DE CARENIA

Según lo que acuerden las Partes en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, podrá definirse un Período de Carencia para las Coberturas y Beneficios que correspondan. Sin perjuicio de lo anterior, el Periodo de Carancia no podrá ser superior a dos (2) años posterior a la inclusión del Asegurado en la Póliza.

Cláusula 20. EXCLUSIONES

Las diferentes Coberturas y Beneficios tendrán las exclusiones que se establecerán de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de EXCLUSIONES correspondiente.



Cláusula 21. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados en declarar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo, en los formularios "Solicitud de Seguro", "Declaración Individual de salud" y "Solicitud de Inclusión como Asegurado".

Cláusula 22. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será el acordado entre el Tomador y la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la Póliza con un máximo de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

Cláusula 23. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta, hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, el Contratante, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. De acuerdo a la naturaleza colectiva de la Póliza, la nulidad se podrá aplicar independientemente para cada Asegurado de la Póliza. Si la falsedad, inexactitud o reticencia es intencional, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio; si la falsedad, inexactitud o reticencia no son intencionales, se podrá proceder según lo que indica el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cláusula 24. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a) A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del seguro con al menos un mes de anticipación;
- b) Por Falta de Pago de la Prima total o parcial, según la Periodicidad de Pago de la Prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia del pago vencido correspondiente.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de Terminación Anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

Cláusula 25. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura terminará para cada Asegurado automáticamente en el momento que:

1. Su edad sea mayor a la Edad Máxima de Cobertura definida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza;
2. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable;
3. Fallezca dicho Asegurado;
4. El Tomador no pague la Prima de Seguro correspondiente al Asegurado en cuestión en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considera vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada, en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia;
5. El Contratante o Tomador solicite la baja del Asegurado.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, estas serán devueltas al Contratante o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura.

Cláusula 26. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

El Asegurado Principal, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación, ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. El Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios deberán



hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

Los requisitos que se le deberán presentar a la Compañía en caso de reclamación o siniestro, se establecen de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía, en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y en el ANEXO de RECLAMACIÓN, según el tipo de Cobertura y de servicios acordados entre las partes.

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. El Beneficiario tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio.

Se conviene que en caso de Siniestro, de conformidad con la cobertura de esta Póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima total correspondiente al Asegurado fallecido, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, se deducirán de la liquidación correspondiente.

Cláusula 27. RECTIFICACIÓN DE EDAD

Si la Edad de un Asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. La cobertura del Asegurado bajo la presente Póliza no será cambiada si las cantidades aplicables a los Asegurados individuales bajo cada cobertura no depende de la edad; en caso que el cambio de la edad afecte la cobertura del seguro del Asegurado, las cantidades serán enmendadas de conformidad y dicha enmienda se tomará en cuenta en el ajuste de primas.

Cláusula 28. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO".

Cláusula 29. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares moneda de curso legal de los Estados Unidos de América. El Tomador podrá pagar la Prima en moneda nacional según el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente del día de pago. Toda indemnización se realizará en dólares moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

Cláusula 30. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

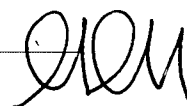
LA INFORMACION QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA TANTO POR EL TOMADOR COMO POR EL ASEGURADO SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO PODRÁ SER REVELADA A TERCEROS, SALVO AUTORIZACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LO QUE REFIERE A SU INFORMACIÓN PERSONAL, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Cláusula 31. TRASPASO O CESIÓN

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos sobre el seguro haga el Asegurado o Contratante.

Cláusula 32. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.



Cláusula 33. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso que el Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador del seguro o al Asegurado, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Cláusula 34. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro, según sea el caso, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

En caso que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las comunicaciones del Contratante o Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

Cláusula 35. IMPUGNACION DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

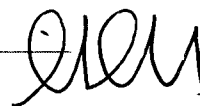
En caso que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza.

Cláusula 36. CONTROVERSIAS

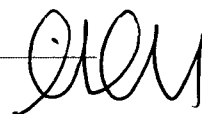
En caso de diferencias, conflictos o disputas relacionadas con la ejecución, incumplimiento, interpretación o cualquier otro aspecto derivado del presente contrato, Las Partes, Asegurado y/o Beneficiarios, serán sometidas a un arbitraje de derecho de conformidad con los Reglamentos de Conciliación y Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, a cuyas normas las partes se someten en forma voluntaria e incondicional. El proceso se dilucidará de acuerdo con la legislación costarricense, siendo el lugar del arbitraje el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. El arbitraje será resuelto por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. Cada parte designará un árbitro y estos dos árbitros designarán al tercero quien fungirá como Presidente del tribunal arbitral. El laudo arbitral se dictará por escrito, será definitivo y vinculante para las partes e inapelable, salvo recurso de revisión o de nulidad. Una vez que el laudo se haya dictado y haya adquirido firmeza, producirá los efectos de cosa juzgada material y las partes deberán cumplirlo sin demora. Los gastos relacionados con el proceso de arbitraje, incluyendo los honorarios de los árbitros, los asumirán las partes en igual proporción. Cada una de las partes cubrirá los honorarios de sus abogados y asesores. Los procesos y su contenido serán absolutamente confidenciales.

Cláusula 37. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.



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 N° 8653, bajo el registro N° _____ de fecha ____ de _____ de ____.



SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS EN DÓLARES

CONDICIONES PARTICULARES



NÚMERO DE LA PÓLIZA: *Aquí se anota:
El número de la Póliza.*

TOMADOR DE LA PÓLIZA: *Aquí se anota:
El nombre del Tomador o Contratante de la Póliza.*

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR O CONTRATANTE: *Aquí se anota:
El número de Identificación del Tomador o Contratante de la Póliza.*

TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR O CONTRATANTE: *Aquí se anota:
El tipo de identificación del documento del Tomador o Contratante de la Póliza.*

DIRECCIÓN DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA: *Aquí se anota:
La dirección completa del Tomador o Contratante de la Póliza.*

TELÉFONO DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA: *Aquí se anota:
El número telefónico del Tomador o Contratante de la Póliza.*

FAX DEL TOMADOR O CONTRATANTE: *Aquí se anota:
El número del fax del Tomador o Contratante de la Póliza.*

CORREO ELECTRÓNICO DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA: *Aquí se anota:
La dirección electrónica del Tomador o Contratante de la Póliza.*

MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES: *Aquí se anota:
El medio elegido por el Tomador o Contratante de la Póliza para recibir notificaciones de la Aseguradora.*

LUGAR y FECHA DE EMISIÓN: *Aquí se anota:
El lugar y la fecha donde se emitió la Póliza.*

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: *Aquí se anota:
Fecha de inicio de la Vigencia y Fecha de Terminación de la Vigencia.
Se indicará que la Vigencia inicia a las doce horas (12:00), y que terminará a las doce horas (12:00), siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del Período de Gracia.*

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: *Aquí se anota: si es Contributiva o no Contributiva*

EDADES DE COBERTURA: *Aquí se anota:
Edad Mínima de Ingreso a la Póliza para el Asegurado Principal o el Cónyuge: XXXX
Edad Mínima de Ingreso a la Póliza para los Asegurados Dependientes XXXX.
Edad Máxima de Ingreso a la Póliza para el Asegurado Principal o el Cónyuge: XXXX
Edad Máxima de Ingreso a la Póliza para los Asegurados Dependientes XXXX
Edad Máxima de Permanencia en la Póliza para el Asegurado Principal o el Cónyuge: XXXX
Edad Máxima de Permanencia en la Póliza para los Asegurados Dependientes XXXX.*

Para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores, se establece que el valor asegurado se reduce al sesenta por ciento (60%) de la suma original al día siguiente en que el Asegurado cumple los sesenta y cinco (65) años y, de igual manera se reduce al treinta por ciento (30%) de la suma original cuando el Asegurado al día siguiente en que el asegurado cumple los setenta (70) años.

MAXIMO VITALICIO: Aquí se anota:
Suma expresada en Dólares Americanos.

Reducción del Máximo Vitalicio: *a la edad de XXXX, quedando en la suma de: (Colones o Dólares.)*

ELEGIBILIDAD: Aquí se anotan:

Las condiciones y el tipo de grupo elegible, así como las condiciones bajo las cuales cada Asegurado entra y sale de la póliza.

INCLUSIÓN DE ASEGURADOS Aquí se anotan:

Los requerimientos previos para que un elegible sea incluido en la póliza como Asegurado.

REGISTRO DE ASEGURADOS Aquí se especificará la información de cada Asegurado que debe aparecer en el listado de Ingresos y Retiros, así como la periodicidad de su presentación por parte del Tomador.

PERÍODO DE GRACIA: Aquí se anotará en número de días correspondientes al Período de Gracia acordado entre las partes para el pago de las Primas.

DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA: Aquí se anotará:

El tiempo acordado entre las partes para alegar la disputabilidad de esta Póliza, siempre que esta sea inferior al que la Ley ordena como Máximo.

Se dejara la nota de: El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

COMISIÓN DE COBRO: Aquí se anota

El porcentaje de la Comisión de Cobro, dependiendo de si la póliza es o no Contributiva.

DEFINICIONES: Aquí se anota:

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que se indican a lo largo de toda la Póliza, tendrán las definiciones que aparecen en las Condiciones Generales, y en el ANEXO DE DEFINICIONES: *ANEXO SCP-GM-DEF-101 AL SEGURO COLECTIVO DE PERSONAS BAJO LA MODALIDAD TIPO EN COLONES*, que forma parte integrante de la misma.

COBERTURAS: Aquí se anota:

En caso que ocurra un siniestro amparado bajo la presente Póliza, la Compañía le pagará al Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, la Suma Asegurada de la o las Coberturas y Beneficios pactados expresamente entre el Tomador y la Compañía en el ANEXO DE COBERTURAS: *ANEXO SCP-GM-COB-101 AL SEGURO COLECTIVO DE PERSONAS BAJO LA MODALIDAD TIPO EN COLONES* de esta Póliza, que se detallan como cubiertas en los Certificados Individuales de Cobertura.

RECLAMACIONES: Aquí se anota:

En caso que ocurra un siniestro amparado bajo la presente Póliza, el Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, deberán proceder conforme se establece en el ANEXO DE COBERTURAS: *ANEXO SCP-GM-REC-101 AL SEGURO COLECTIVO DE PERSONAS BAJO LA MODALIDAD TIPO EN COLONES* de esta Póliza, y presentar los documentos en las condiciones que allí se acuerdan entre el Tomador de la Póliza y la Aseguradora.

EXCLUSIONES

Las diferentes Coberturas y Beneficios tendrán las exclusiones que se establecieron de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía en el ANEXO DE EXCLUSIONES: ANEXO SCP-GM-EXC-101 AL SEGURO COLECTIVO DE PERSONAS BAJO LA MODALIDAD TIPO EN COLONES, que forma parte integrante de la Póliza.

SUMAS ASEGURADAS, CO-ASEGUROS, DEDUCIBLES, PERÍODOS DE CARENCIA, PERÍODOS DE ESPERA, PORCENTAJE FUERA DE LA RED, TARIFAS DE SEGURO Y PRIMAS

PARA CADA COBERTURA ACORDADA: *Aquí se anota:
El cuadro con todos los valores y datos referentes al Grupo Asegurado.*

DESCUENTOS *Aquí se anotan:
Los descuentos a las Primas ofrecidos y acordados entre las Partes.*

INTERMEDIARIO: *Aquí se anota:
El nombre del Intermediario cuando sea el caso.*

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 N° 8653, bajo el registro N° _____ de fecha ____ de _____ de ____.



DESCRIPCIÓN DE LOS CANALES DE DISTRIBUCIÓN

“SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS EN DÓLARES”

De acuerdo a la relación entre Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. (de ahora en adelante “Aseguradora Del Istmo”) y los consumidores finales, se ingresara al mercado costarricense con dos tipos de canales, en función del tipo de cliente y el grado de complejidad del seguro que requiera.

- a) Comercialización Directa: Canal de ventas exclusivo, compuesto por los empleados de Aseguradora Del Istmo, los cuales actuaran en nombre y por cuenta de la Aseguradora y contarán con las correspondientes capacitaciones y formación que indica la normativa aplicable.
- b) Intermediarios de Seguros: Canal de ventas exclusivo y no exclusivo, compuesto por los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros y los corredores de seguros de éstas últimas, los cuales podrán actuar en nombre y por cuenta de la Aseguradora o solo por cuenta de la Aseguradora, excepto las corredurías de seguros que no actuaran ni en nombre ni por cuenta de la Aseguradora.

Adicionalmente a los canales mencionados se utilizara para su venta exclusivamente los canales consignados en el Capítulo IV Intermediación de Seguros de la Ley 8653 así como los establecidos en el Reglamento de Comercialización.

ANEXO DE DEFINICIONES ESPECÍFICAS AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS BAJO LA MODALIDAD TIPO EN DÓLARES

CONDICIONES PARTICULARES – ANEXO SCP-GM-DEF-101



DEFINICIONES:

Para todos los efectos de la póliza a que hace referencia el presente anexo, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

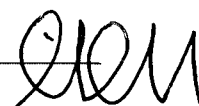
- a) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al Accidente. **No se entenderá como Accidente el suicidio o tentativa de suicidio o sus consecuencias, estando el Asegurado cuerdo o demente**
- b) **Ajustador Médico:** Es el Médico Especialista o la persona jurídica que por medio de Médicos Especialistas evalúa, en nombre de la Aseguradora, los procedimientos técnicos realizados por el Médico tratante o por el Hospital, bien *in-situ* o a *posteriori*, y/o los costos de dichos procedimientos y de las medicinas facturadas al Asegurado, determinando la calidad y el costo de los mismos comparándolos con los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para los procedimientos médicos o quirúrgicos realizados al Asegurado.
- c) **Ambulancia:** Vehículo medio de transporte terrestre o aéreo de emergencia, especializado, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades.
- d) **Anexo Complementario:** Documento que se menciona explícitamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y que hace parte integrante de la misma.
- e) **Año Calendario:** Se refiere al período de tiempo comprendido entre el 1º (Primero) de enero de cualquier año y el 31 (treinta y uno) de diciembre del mismo año, ambas fechas inclusive.
- f) **Aparato Ortopédico:** Aditamento externo que restringe, elimina o redirige el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como por ejemplo y sin limitarse a: abrazaderas, braceros, corsés ortopédicos, férulas, yesos para ligamentos lastimados.
- g) **Asegurado Principal:** Es aquel que siendo parte del Grupo Asegurable y elegible para ser incluido en el Grupo Asegurado es aceptado por la Compañía, y se individualiza expresamente en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Para que una persona física sea Asegurado Principal, su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía y se debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- h) **Asegurado Dependiente:** Es aquel que forma parte del Grupo Familiar de un Asegurado Principal en esta Póliza, y que para efectos de esta Póliza se entiende exclusivamente como el cónyuge o conviviente y los hijos biológicos o adoptivos que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos en la Cláusula de "ELEGIBILIDAD" del presente contrato. Para que una persona física se considere Asegurado Dependiente su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía, se debe de haber pagado la Prima correspondiente dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- i) **Beneficio del Plan Básico:** Se refiere a cualquier cantidad pagada por o suministrada de acuerdo con las coberturas de la póliza de Gastos Médicos.
- j) **Co-Aseguro o Coaseguro:** Es el **porcentaje** de los gastos elegibles que después de haberse cubierto el Deducible debe ser asumido por el Asegurado. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.
- k) **Condición o Enfermedad Congénita:** Es aquella que se manifiesta al momento mismo del nacimiento como una enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, y que se generó durante la gestación, el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario. Puede haber sido diagnosticada médicamente o no en el momento del nacimiento.
- l) **Condición Pre-existente o Anterior:** Se refiere a cualquier enfermedad, padecimiento, problema de salud, síntoma, lesión, patología, incapacidad, lesión, dolencia o condición física o mental, por la cual un Asegurado ha recibido consulta, chequeos, tratamiento, controles médicos o prescripción de medicamentos, o que haya sido investigada o haya estado en proceso de estudio de diagnóstico.

durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación de la Solicitud de Incorporación de Asegurado a la Póliza. Para efectos de la presente Póliza también se considera Condición Pre-existente el embarazo normal o no de una asegurada durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación antes indicada.

- m) **Co-Pago o Copago:** Es el **monto fijo** que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, después de satisfacer el Deducible si aplicare, y antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la Póliza. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.
- n) **Costo Usual, Razonable y Acostumbrado:** Es el cargo u honorario usual que cobraría un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades similares o análogas por su naturaleza o severidad. Los cargos u honorarios cobrados por tratamientos o suministros inusuales o poco conocidos o que no estén disponibles en un área de servicio, serán determinados por la Compañía tomando en cuenta factores como la complejidad, grado de habilidad necesario del profesional de la salud, el tipo de especialista y cargos usualmente cobrados en otras zonas geográficas, para lo cuál podrá contratar los servicios de una empresa de gestión de riesgo médico o de auditoría médica legalmente establecida en Costa Rica. La Compañía utilizará el Costo Usual, Razonable y Acostumbrado para determinar el monto máximo a indemnizar por un servicio y después aplicará los beneficios correspondientes
- o) **Cuadro de Beneficios:** Es el compendio de beneficios que contiene las Condiciones Particulares de la Póliza, en el cual se detallan las coberturas y sus Sumas Aseguradas.
- p) **Deducible:** Es la suma fija predeterminada con el Tomador de la Póliza y que aparece en las Condiciones Particulares de la misma, que requiere cubrir cada Asegurado antes de la aplicación del Co-Aseguro o del Copago según sea el caso, para que los beneficios otorgados bajo el plan de seguro por concepto de Gastos Médicos sean reconocidos o reembolsados por la Compañía. **El Deducible no es reembolsable bajo esta Póliza.** El monto de Deducible para cada Asegurado está indicado en el Cuadro de Beneficios. Para efectos de la presente Póliza, no podrán contabilizarse como Deducible: 1) Las cantidades que sobrepasen los límites de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados; 2) Los Copagos o Co-Aseguros; 3) Los gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no estén cubiertos por esta póliza; 4) Los cargos en exceso de los límites de beneficio estipulados en la póliza; 5) Cualquier suma de dinero que el Asegurado esté obligado a pagar debido a una reducción en los beneficios pagaderos bajo esta póliza.
- q) **Deducible Máximo Familiar:** Es el Deducible que aplicará la Compañía en caso de un Accidente en el cual varios miembros del Grupo Familiar asegurado sufran lesiones simultáneamente, de presentarse esta situación, se aplicará solamente el equivalente a un (1) Deducible por todo el grupo familiar para este Evento en particular.
- r) **Desmembramiento:** Es la amputación o inhabilitación funcional total e irreparable de un órgano o miembro del Asegurado o parte de este, en forma tal que el Asegurado no puede volver a desarrollar ninguna de las funciones naturales del mismo.
- s) **Enfermedad:** Se refiere a cualquier alteración, desviación del estado fisiológico de alguna parte del organismo humano, una lesión corporal, desorden o enfermedad Mental. Cualquier Enfermedad deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista.
- t) **Enfermedad Terminal:** Para todos los efectos del presente documento, es aquella enfermedad de carácter progresivo diagnosticada por un Médico especialista. Igualmente, las únicas Enfermedades Terminales cubiertas serán las que se especifican a continuación: Adenocarcinoma de Páncreas, Alteraciones glicosilación proteica, Amiloidosis, Aplasia medular grave (constitucional o adquirida), Carcinoma de células renales, Carcinoma Hepatocelular (CHC), Cardiopatías con disfunción cardíaca y clase funcional III-IV, Cardiopatías congénitas con hipertensión pulmonar, Condrodisplasia punctata, Condrosarcoma, Cordoma, Encefalitis límbica, Encefalomiелitis aguda diseminada, Encefalopatías epilépticas, Enfermedad de Dent, Enfermedad de Refsum, Esclerodermia sistémica, Esclerosis múltiple, Fibrisarcoma, Fibrosis quística, Hemangiosarcoma, Hemoglobopatías constitucionales graves, Hemosiderosis pulmonar, Hepatitis B, Hepatopatía grave, Enfermedad tromboembólica crónica, Hipomagnesemia con hipercalcemia y nefrocalcinosis, Lesión medular severa, Leucemia aguda no linfoblástica, Leucemia linfoblástica aguda, Linfoma de Hodgkin, Lupus eritematoso sistémico, Nefrocalcinosis, Neutropenias constitucionales graves, Osteosarcoma, Polineuropatía crónica desmielinizante, Proteinosis alveolar, Sarcoidosis, Sarcoma de Ewings, Sarcomas de tejidos blandos, Síndrome de HiperIgE, Síndromes de disregulación inmune y linfoproliferación, Traumatismo craneoencefálico severo e irreversible, Tumor de Wilms, Tumores de células germinales en Estadio IV, Tumores renales Cromófbos.

- u) **Equipo Médico Duradero:** Son equipos y suministros recetados por un Médico, médicamente necesarios, usados únicamente para propósitos médicos, diseñados para uso prolongado y que sirven con un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una Enfermedad o lesión.
- v) **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del fallecimiento, la Incapacidad Total y Permanente o Temporal, el Desmembramiento o la Enfermedad terminal del Asegurado o de su Grupo Familiar. Para el caso particular de la cobertura de Gastos Médicos se establece como la ocurrencia del hecho generador de una Enfermedad o un Accidente cubierto que conlleve gastos o prestaciones médicas, hospitalarias o ambulatorias asociadas al diagnóstico clínico por dicha enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal.
- w) **Gastos Funerarios:** La suma que en caso de fallecimiento de un Asegurado deben cancelar los deudos por la prestación de los servicios funerarios del Asegurado, y que para efectos de la presente Póliza incluyen exclusivamente: el valor del cofre funerario, el valor del servicio de tanatología, el valor del servicio religioso, el valor del transporte del difunto dentro del perímetro urbano del sitio donde falleció, y el valor del transporte de los deudos en vehículo colectivo alquilado desde el centro religioso hasta el lugar de sepultura el día del servicio funerario.
- x) **Gastos Médicos Elegibles:** Son los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado para el tratamiento, servicios o suministros médicamente necesarios, que han sido recetados por un Médico, que cuenten con las aprobaciones requeridas por la Compañía y que estén cubiertos por la Póliza.
- y) **Gastos Médicos Mayores:** Se refiere a los gastos razonables y necesarios por cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo la póliza, que son ordenados por un Médico, y las cuales están descritas en las inclusiones y exclusiones de la Póliza.
- z) **Hospital o Clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para prestar tratamiento médico a personas enfermas o lesionadas, que cuenta con instalaciones y facilidades médicas para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, y que proporciona asistencia de enfermeras y laboratorio clínico las veinticuatro (24) horas del día. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, ancianos, adictos a drogas o alcohólicos.
- aa) **Hospitalización:** Es el internamiento del Asegurado como paciente de cama, ordenado por un Médico en un Hospital o Clínica, por un período continuo mínimo de veinticuatro (24) horas, para el tratamiento de una Enfermedad, condición o Accidente cubierto. Todo servicio que se ingrese por un tiempo menor es considerado como de carácter ambulatorio.
- bb) **Incapacidad Total Temporal:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado Principal. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS). **Adicionalmente y para efecto de la presente póliza se considera Incapacidad Total Temporal toda aquella incapacidad que sobrepase los cuarenta y cinco (45) días naturales.**
- cc) **Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), lo que le impide de manera permanente desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente póliza, por extensión y aclaración también se considera como Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado Principal. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.
- dd) **Infección Oportunista:** Es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.

- ee) **Lesiones Calificadas:** Daño o detrimento en la morfología o estructura de una parte del cuerpo humano, producido por un Accidente, que para efectos de la Póliza están relacionados en la Cláusula "TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO", y que debe ser determinado por Médico calificado para diagnosticar y definir el tratamiento a seguir por el paciente.
- ff) **Máximo Beneficio Anual por Asegurado:** Es la suma de todos los Gastos pagados por la Aseguradora durante el año de vigencia de la Póliza por cada Asegurado.
- gg) **Máximo Vitalicio:** Es el monto máximo y único contratado de por vida para cubrir las enfermedades del Asegurado Principal y de los Asegurados Dependientes bajo este monto, sin tener en cuenta si la cobertura de seguro de dicho Asegurado ha sido interrumpida o no, o fue terminada y subsecuentemente restablecida. Este monto irá reduciéndose por cada reclamo presentado y efectivamente pagado.
- hh) **Médico o Cirujano:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana en Costa Rica y calificada para efectuar el tratamiento requerido. Se excluye de ésta definición a los cirujanos dentistas con cualquier especialidad.
- ii) **Neoplasma Maligno:** Crecimiento anormal de un tejido humano ocasionado por la multiplicación desordenada de las células, que no puede ser controlado por los mecanismos reguladores del organismo y que puede invadir los tejidos cercanos.
- jj) **Período de Espera:** Es el período de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza, para que éste pueda recibir los beneficios otorgados por la misma. El Período de Espera específico de cada Asegurado está indicado en el Cuadro de Beneficios.
- kk) **Prueba de Asegurabilidad:** Es el detalle de enfermedades, condiciones y tratamientos médicos realizados durante la vida del Asegurado propuesto, así como los exámenes médicos y pruebas de diagnóstico requeridos para ser elegibles para el seguro.
- ll) **Rango de Aceptación:** Tiempo comprendido entre la edad mínima y edad máxima que debe tener una persona física para poder ingresar al Grupo Asegurado, información que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- mm) **Red de Proveedores:** Es una lista taxativa conformada por un grupo de proveedores de servicios médicos que conjunta o separadamente han suscrito un contrato con la Compañía para suministrar a sus Asegurados servicios médicos o relacionados de la mejor calidad. La información correspondiente a los miembros de este grupo y sus especialidades podrá ser modificada regularmente por la Aseguradora y su versión más actualizada estará puesta a disposición de los Asegurados en la página Web de la Compañía.
- nn) **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- oo) **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- pp) **Trasplante:** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un Asegurado, uno de los órganos o tejidos, proveniente de un donador o donante.



ANEXO SOBRE PROCEDIMIENTOS EN CASO DE RECLAMACIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS BAJO LA MODALIDAD TIPO EN DÓLARES

CONDICIONES PARTICULARES – ANEXO SCP-GM-REC 101

PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

El Asegurado Principal, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación, ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. El Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

Los requisitos que se le deberán presentar a la Compañía en caso de reclamación o siniestro, se establecen de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía, en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, según el tipo de Cobertura o Beneficio.

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. El Beneficiario tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio.

Se conviene que en caso de Siniestro, de conformidad con la cobertura de esta Póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima total correspondiente al Asegurado fallecido, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, se deducirán de la liquidación correspondiente.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

a. PARA LA COBERTURA, AMPAROS Y ASISTENCIAS POR GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS,

En caso de reclamación por reembolso por Gastos Médicos incurridos por un Asegurado en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen médico en el que se indique claramente el tratamiento que se realizó al Asegurado, su origen y la cirugía practicada cuando sea el caso.
3. Original y copia de todas las recetas médicas o farmacológicas expedidas por el médico tratante, que el Asegurado considera que le deben ser indemnizadas por la Compañía.
4. Original y copia de todas y cada uno de los comprobantes de pago legalizados que el Asegurado considera que le deben ser indemnizados por la Compañía, expedidos por el Médico, el Hospital, o las farmacias, y debidamente cancelados. Los comprobantes de pago deben ser perfectamente legible y sin enmendaduras, indicando la fecha exacta de su expedición.
5. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.



En todo caso, la Aseguradora podrá nombrar un Ajustador Médico, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesiones, la inspección de la Clínica u Hospital en el que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos.

La Aseguradora tiene derecho, en caso de enfermedad o accidente del o los asegurados, de verificar el estado patológico, y al Asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por la Aseguradora para este objeto, entendiéndose que la negativa del Asegurado autoriza a la Aseguradora para rechazar la reclamación o suspender los pagos que se hayan venido realizando, a partir de la fecha de la negativa del o los Asegurados, circunstancia que la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la Póliza.



ANEXO DE EXCLUSIONES AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS BAJO LA MODALIDAD TIPO EN DÓLARES

CONDICIONES PARTICULARES – ANEXO SCP-GM-EXC 101



EXCLUSIONES

Para la cobertura de Gastos Médicos se establecen como exclusiones las reclamaciones de o por exámenes, consultas, terapias, tratamientos médicos u ortopédicos, procedimientos quirúrgicos, cirugías, aparatos, prótesis o medicinas, o cualquier otro tipo de gastos cuando el siniestro fuere causado por, durante o relacionado con:

- a. Actos de Automutilación, intento de suicidio o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
- b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.
- c. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán, o epidemia declarados oficialmente como de carácter catastrófico.
- d. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva o guerra bacteriológica.
- f. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos.
- g. Medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia;
- h. El cambio o modificación del género o sexo o reversión del mismo.
- i. La reversión de la esterilización masculina o femenina, la impotencia sexual, frigidez, infertilidad, concepción, control de la natalidad, o inseminación por medios artificiales, implantación de embriones in vitro y/o transferencia de embriones, terapia de hormonas, inductores de la evaluación o cualquier otra sustancia, aunque estos sean recetados con fines terapéuticos, así como todo aquello que esté relacionado con sus consecuencias o secuelas directas o indirectas tales como hemorragias, pérdidas o abortos.
- j. El embarazo, nacimiento del niño, aborto o cesárea, excepto las cirugías interabdominales resultantes del embarazo extrauterino;
- k. El embarazo, complicaciones y secuelas derivadas del embarazo de las hijas, hijastras o hijas adoptadas del Asegurado Principal, aunque hayan sido incluidas como Aseguradas Dependientes en la Póliza.
- l. El alcoholismo o la adicción a las drogas, somníferos, barbitúricos, alucinógenos o estupefacientes.
- m. Enfermedades mentales, trastornos nerviosos, trastornos del sueño, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo.
- n. El control o la reducción de peso, obesidad, trastornos alimenticios, reducción gástrica, cirugía bariátrica o consultas al nutricionista.

- o. El Acné, las alergias, la sensibilidad en cualquier parte del cuerpo, la calvicie o alopecia genética, senil o nerviosa.**
- p. La visión o la audición, el suministro de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos.**
- q. Psicología o terapia ocupacional.**
- r. La cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un Accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al Accidente.**
- s. Las curas de reposo, de rejuvenecimiento, de crecimiento, convalecencia o curas en custodia, períodos de cuarentena o aislamiento;**
- t. Manejo del dolor.**
- u. La aplicación de cualquier tipo de Vacuna.**
- v. Los dientes, molares o maxilares, excepto los remplazos de dientes naturales o la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada, siempre que hayan sido originados en un Accidente y que hayan sido realizados por un Médico cirujano dentista autorizado dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.**
- w. Los servicios médicos u hospitalarios suministrados por un Hospital de Estado o por la Caja Costarricense del Seguro Social o por cualquier otro servicio de atención médica gratuita;**
- x. El acompañante del paciente Asegurado, ya sea en el Hospital o fuera de este.**
- y. El Servicio o suministro de aparatos de uso común tales como pero no limitados a: bicicletas estacionarias, purificadores de agua, aire acondicionado, equipo de diálisis o para la toma de presión arterial, camas ortopédicas, colchones o almohadas ortopédicas o antialérgicas, bastones, muletas o equipos de inhaloterapia.**
- z. El remplazo total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.**
- aa. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitadamente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.**

SI EL ASEGURADO RECLAMA A LA ASEGURADORA POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, O DE AQUELLAS QUE DECLARAN LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS TOTAL O PARCIALMENTE EN LA LEY DE SEGUROS N°8956 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2011 Y SUS CORRESPONDIENTES Y POSTERIORES REFORMAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA, Y POR ENDE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO



ANEXO DE COBERTURAS

AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

BAJO LA MODALIDAD TIPO EN DÓLARES

CONDICIONES PARTICULARES – ANEXO SCP-GM-COB 101

COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

Esta cobertura es opcional, por lo cual cubrirá a la totalidad de Asegurados Principales y Asegurados Dependientes, en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que sean elegibles y la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

Cuando un Médico le diagnostique una Enfermedad o lesión que requiera una Cirugía o procedimiento médico al Asegurado Principal o a uno de los Asegurados Dependientes, siempre que se encuentre cubierto por esta póliza, el Asegurado podrá optar por cualquiera de las siguientes alternativas: el Asegurado podrá utilizar los servicios médicos u hospitalarios que le ofrece la Aseguradora a través de su Red de Proveedores de servicios, a los cuales, la Compañía cancelará el valor de los servicios directamente, luego de haberse completado los períodos de espera, de haber pagado las sumas pactadas entre las partes como Deducibles, y que el Asegurado haya cancelado los correspondientes Coaseguros o Copagos, según se haya acordado en las Condiciones Particulares y en los Anexos de la Póliza. De otra forma, si el Asegurado decide utilizar servicios Médicos u Hospitalarios distintos a los ofrecidos en la Red de proveedores de la Compañía, esta última reembolsará al Asegurado el valor de los Gastos Médicos cancelados por él, en la forma en que se establecen a lo largo del presente ANEXO de COBERTURAS de las Condiciones Particulares.

Los Gastos Médicos Elegibles por los servicios cubiertos que se describen a continuación, sujetos a los términos y condiciones de la Póliza, serán pagados en la cantidad o el porcentaje, según se indique en el Cuadro de Beneficios y sujeto a completar los Copagos, Coaseguros, Deducibles y a las exclusiones, limitaciones, Máximo Vitalicio y demás estipulaciones y condiciones de la Póliza vigente, siempre de acuerdo a los Costos Usuales Razonables y Acostumbrados.

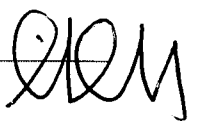
En cuanto a la forma y secuencia en que se aplicarán el Deducible y Coaseguro o Copago, en combinación con la Suma Asegurada al momento de pagar un reclamo, primero se aplicará el Deducible, seguido por el Coaseguro o el Copago según sea el caso, una vez consumido el Deducible. Todos los detalles sobre los niveles de Deducibles y Coaseguros o Copagos que aplican aparecen en el Cuadro de Beneficios en las Condiciones Particulares.

LA RED DE PROVEEDORES PARA SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

La Compañía ofrece al Asegurado una Red de Proveedores dispuestos a brindarle una extensa gama de productos y servicios médicos y hospitalarios, que serán prestados o entregados por los proveedores de la red, quienes previamente han acordado contractualmente aceptar el pago directo por parte de la Compañía por los servicios cubiertos en la Póliza y prestados a los Asegurados a los costos negociados entre ellos. Todos los beneficios de esta Póliza están disponibles dentro o fuera de la Red de Proveedores. Los Asegurados que utilicen proveedores médicos u hospitalarios que NO estén, al momento de utilizarlos, dentro de la Red de Proveedores proporcionada, deberán pagar por el servicio prestado, y posteriormente presentar su reclamo a la Compañía, el cual, si es cubierto por ser elegible, será reembolsado al porcentaje definido en el Cuadro de Beneficios. **El utilizar proveedores que NO formen parte de la Red de Proveedores no exime al Asegurado de obtener de la Compañía la pre-autorización de los procedimientos médicos o quirúrgicos y de las hospitalizaciones que este requiera.**

SERVICIOS CUBIERTOS

1. **Reclusión Hospitalaria**, considerado como los gastos por internamiento del Asegurado en un Hospital, y que incluye los siguientes rubros:



- a. **Cuarto Diario, Privado o Semi-privado:** es la cantidad máxima a pagar según la categoría de habitación por gastos de cuarto, alimentos y cuidados generales de enfermería, recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios.
- b. **Unidad de Cuidados Intensivos:** es la cantidad máxima a pagar por los cuidados intensivos recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios. **De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intensivos.**
- c. **Unidad de Cuidados Intermedios:** es la cantidad máxima a pagar por los cuidados intermedios recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios. **De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intermedios.**
La Aseguradora no reconocerá el costo del Cuarto Diario y Unidad de Cuidados Intensivos y/o Unidad de Cuidados Intermedios en un mismo día.
- d. **Gasto Misceláneos:** corresponden a los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados que hace el Hospital, los que incluyen sala de operaciones, sala de recuperación, material de cirugía, anestésicos, exámenes de Rayos X y diagnósticos por imágenes, exámenes de laboratorio clínico y patológico, medicamentos, oxígeno, insumos y todos los demás servicios requeridos de acuerdo al diagnóstico del Asegurado.
- e. **Equipo Especial:** corresponde a los equipos de alta tecnología para video cirugía, radiofrecuencia, navegación virtual y láser. El costo por el uso de estos equipos en un procedimiento, cirugía u hospitalización del Asegurado deberá ser autorizado previamente por la Compañía para su cobertura, la que se extenderá hasta el límite máximo definido en la autorización.
No se cubre ningún cargo administrativo cobrado por el Hospital y relacionado con el uso de cualquier equipo hospitalario utilizado por un anestesiólogo o por cualquier otro especialista que no forme parte del personal de planta del hospital, pertenezca o no a la Red de Proveedores.

Para el pago de cualquier período de hospitalización se considerará el día vencido, es decir, un período de veinticuatro (24) horas cumplidas.

2. Atención en la Sala de Emergencia

Considerados como los gastos por atención de emergencia derivada de Enfermedades o Accidentes, por los servicios prestados en la sala de urgencias o emergencia de un hospital, que incluyen materiales, insumos, equipo médico básico y los medicamentos básicos necesarios para la estabilización del paciente cuya enfermedad o lesión accidental no esté excluida en la Póliza.

Incluyen los honorarios del Médico general y enfermera en turno en la sala de emergencia. Por esta Póliza **NO se pagarán medicamentos recibidos en el cuarto de urgencias para iniciar o continuar un tratamiento en casa. Solo se reconocerá una dosis suficiente para cubrir el período de seis (6) horas inmediatamente después de la atención en la sala de emergencia.**

- a. **Emergencias por Accidente:** Si como consecuencia de un Accidente el Asegurado sufre una lesión en la que tiene que acudir a un Hospital e incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por dicho Hospital en la sala de emergencia, la Compañía pagará al Asegurado Principal los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados de acuerdo al Cuadro de Beneficios y/o a lo negociado con el proveedor por tales servicios, sin exceder el máximo establecido, siempre que la atención se reciba dentro de las primeras setenta y dos (72) horas después de ocurrido el Accidente. Se considera emergencia por Accidente para efectos de esta Póliza los: esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, mordeduras o lesiones causadas por animales, heridas cortantes, penetrantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, cuerpo extraño en cualquier órgano o cavidad natural, así como cualquier lesión accidental definida como emergencia médica o urgencia por el Médico tratante.
- b. **Emergencias por Enfermedad:** si como consecuencia de una Enfermedad el Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el Hospital en la Sala de Emergencia, la Compañía pagará al Asegurado Principal los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados de acuerdo al Cuadro de Beneficios y/o a lo negociado con el proveedor por tales servicios sin exceder el máximo establecido. Bajo esta cobertura se reconocerán los gastos médicos por atención en la Sala de Emergencia de un Hospital, únicamente por las siguientes Enfermedades: crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento, obnubilación, dolor abdominal agudo, cólico biliar, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas, deshidratación, intoxicación aguda, cólico

nefrouretral, trombosis, vómito o diarreas severas, convulsiones, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, coma, así como cualquier otra Enfermedad definida como emergencia médica o urgencia por el Médico tratante. En caso que el Asegurado utilice la Sala de Emergencia por un Accidente o Enfermedad no incluida en el listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para cobertura en la Sala de Emergencia, el Asegurado deberá pagar el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos y luego deberá presentar a la Compañía su reclamo para su correspondiente reembolso, que se realizará de acuerdo a las tarifas de la Red para consulta externa, laboratorio, imagenología, medicamentos y cualquier otro servicio ambulatorio.

3. **Cirugía**, considerado como los gastos en que incurre el Asegurado con ocasión de una operación quirúrgica diagnosticada por un Médico a la que deba someterse él o uno de los Asegurados Dependientes; cuyo valor máximo a reconocer por la Compañía se establece en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y que para todos los efectos estarán siempre sujetos a las siguientes disposiciones:
 - a. El pago será el menor valor que se establezca entre el Usual, Razonable y Acostumbrado para este procedimiento, después de aplicar el Deducible y el Coaseguro, y la cantidad cobrada al Asegurado que esté amparada por esta cobertura.
 - b. Cuando existan procedimientos quirúrgicos múltiples en diferentes áreas del cuerpo, los cuales añaden complejidad, o tiempo significativo al cuidado del paciente y sean ejecutados en la misma sesión operatoria, el pago será la cantidad pagadera por el procedimiento mayor, más el cincuenta (50%) por ciento del valor por el segundo procedimiento y el veinticinco (25%) por ciento del valor por el tercer procedimiento y cada procedimiento subsiguiente.
 - c. Cuando un procedimiento incidental sea practicado a través de la misma incisión, no tendrá cobertura y el pago será únicamente por el procedimiento principal.
 - d. El porcentaje o unidad de valor establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, incluirá la consulta normal pre-operatoria, investigación y preparación del paciente Asegurado, el procedimiento quirúrgico, el cuidado total postoperatorio prestado por el Médico cirujano mientras el paciente Asegurado está en el Hospital y el de convalecencia siguiente a la salida del Hospital.
 - e. Cuando una operación quirúrgica no esté especificada dentro de los procedimientos quirúrgicos designados, la Compañía determinará el pago basado en un procedimiento semejante en su valor relativo y/o antecedentes de casos efectuados con anterioridad según archivos de la Compañía.
 - f. El Cirujano principal debe ser un Médico especialista acreditado con al menos cinco años de experiencia y en caso de requerir y ser aprobado por la Compañía un asistente de cirugía, éste debe tener especialidad afín al procedimiento realizado.
 - g. En los casos de intervenciones quirúrgicas electivas, la Compañía podrá requerir que el Asegurado obtenga una segunda opinión de un Médico especialista y acreditado de la Red de Proveedores de la Compañía. Los gastos de dicha consulta y concepto serán asumidos por la Compañía. De no cumplir con este requisito, los Gastos Médicos Elegibles de hospitalización, Médicos y otros, serán limitados al cincuenta (50) por cien de los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados por todos los servicios cubiertos que requieran o no internamiento hospitalario. **La Compañía no reconocerá ninguna complicación, latrogenia o Accidente derivado de la atención que no cumple con el requisito expuesto.**
4. **Quirúrgico designado para pacientes ambulatorios:** considerado como los gastos en que pueda incurrir el Asegurado con ocasión de las siguientes cirugías y procedimientos considerados para realizarse en forma ambulatoria, a menos que para un caso particular, después de realizarse el procedimiento quirúrgico y pasado el plazo de observación que el mismo requiere, el Médico considere que es médicamente necesario el servicio de hospitalización, para lo cual el Asegurado o su representante deberá solicitar la autorización respectiva a la Compañía, cambiando este servicio a la modalidad de servicio de Hospitalización o Reclusión Hospitalaria, y solamente en casos de: cataratas, pterigión, dilatación y curetaje, endoscopias y cistoscopias, hemorroidectomía externa, hemiorrafía umbilical e inguinal, artroscopia, broncoscopia (con o sin biopsia), incisión y drenaje de quiste pilonidal, biopsia de mama, laparoscopia, circuncisión, cauterización cervical, colposcopia, quiste de bartolino, túnel carpal, reducción de luxaciones, laringoscopia, polipectomía, varicocelectomía, resección de tumores superficiales, colonoscopia, biopsia de la próstata. Si se efectúan procedimientos quirúrgicos designados como ambulatorios en base a paciente hospitalizado, el pago de los beneficios se limitará al que resulte el menor entre el cincuenta (50%) por ciento de los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados hechos por todos los servicios cubiertos incluyendo Hospital, Médico y cualquier otro tipo de servicio médico ofrecidos o por

suministros, los cuales estén relacionados con la cirugía efectuada, y el valor que se hubiera pagado si el procedimiento fuera realizado de forma ambulatoria.

5. **Servicios Dentales:** considerados como los gastos por:

- a. **Tratamiento derivado de una lesión accidental:** La presente póliza cubre los gastos elegibles en que haya incurrido el Asegurado por la atención médica y hospitalaria prestada en el tratamiento de una lesión en un diente natural, ocurrida por un Accidente durante la vigencia de la póliza, incluyendo su remplazo por pérdida total. Estos servicios deben ser prestados por un odontólogo idóneo quién deberá suministrar a la Compañía el detalle del tratamiento y su costo antes de iniciar cualquier proceso dental. El tratamiento deberá iniciarse dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.
- b. **Extracción de Terceras Molares, Impactadas o Semi-Impactadas:** La presente póliza cubre el costo de la cirugía solamente por la extracción de terceras molares, de acuerdo al máximo establecido en el Cuadro de Beneficios. Debe someterse a consideración de la Compañía una radiografía previa a la cirugía y obtener la correspondiente autorización.

6. **Cirugía Reconstructiva,** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por un procedimiento quirúrgico que se debe realizar, por recomendación de un Médico especialista, con el propósito de restaurar una estructura del cuerpo que se ha establecido médicamente como deteriorada significativamente a consecuencia de un Accidente, o para corregir una malformación corporal proveniente de una Enfermedad por malignidad, y siempre requiere autorización por parte de la Compañía. Son elegibles en esta cobertura:

- a. Las Cirugías Reconstructivas originadas en lesiones sufridas por el Asegurado en un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- b. Las Cirugías Reconstructivas por diagnóstico de tumor maligno, detectado y diagnosticado por un médico durante la vigencia de la Póliza, siempre que el médico tratante certifique mediante dictamen que la enfermedad que originó el tumor maligno inició durante la vigencia de la Póliza y que la cirugía es médicamente necesaria.
- c. La Mamoplastia o reconstrucción plástica del seno luego de una mastectomía por cáncer del seno, siempre que dicha mastectomía ocurra mientras la persona esté Asegurada y previa autorización de la Compañía.

Cualquier gasto por Cirugía Reconstructiva debería llevarse a cabo con posterioridad al tratamiento o cirugía primaria por Accidente o tumor maligno del cual se derivó ésta, y previa certificación médica de que la Cirugía Reconstructiva no podía realizarse médicamente en el mismo momento que se realizó el tratamiento o cirugía primaria.

7. **Anestesia:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por los honorarios del médico anesthesiólogo, cuando a consecuencia de un Accidente o procedimiento quirúrgico amparado por esta póliza debe someterse a una operación quirúrgica que requiera médicamente la competencia de un médico anesthesiólogo. En todo caso, la Compañía pagará los honorarios del Médico anesthesiólogo, de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficios y sujeta a las siguientes disposiciones:

- a. El pago se limitará al menor entre:
- i. El valor Usual, Razonable y Acostumbrado, y
 - ii. El cargo total cobrado por el médico anesthesiólogo.
- b. La cantidad determinada para Anestesia incluirá las visitas pre y post operatorias, la administración de la anestesia y la administración de líquidos y/o sangre inherente a la anestesia o cirugía.
- c. El valor calculado solo será pagadero cuando la Anestesia sea administrada personal y necesariamente por un Médico anesthesiólogo que permanece en presencia constante durante el procedimiento, con el solo fin de prestar los servicios de anestesia médicamente necesarios.

8. **Maternidad como cualquier otra incapacidad,** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por un parto normal, cesárea o aborto espontáneo de una Asegurada, de los cuales, la Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos y de hospital de acuerdo a los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados, conforme a lo establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y sujeto a las siguientes disposiciones:

- a. Los cargos de hospital incluyendo cuidado general de enfermeras, mientras la madre amerite estar en el hospital.
 - b. Los honorarios profesionales del Médico gineco-obstetra reconocido como tal y que atienda el parto de la Asegurada.
 - c. La Maternidad será pagada por la Compañía una sola vez por embarazo, sin considerar que se trata de un embarazo múltiple.
 - d. La Maternidad será pagada por la Compañía siempre que la Asegurada cumpla con el período de espera indicado en el Cuadro de Beneficios.
9. **Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido**, considerada como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de atención médica y hospitalaria prestada al recién nacido hijo de una Asegurada, de los cuales, la Compañía reembolsará al Asegurado los cargos médicos necesarios, Usuales, Razonables y Acostumbrados, conforme a lo establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y sujeto a las siguientes disposiciones:
- a. **Cobertura Especial para gastos del recién nacido sano:** La Compañía reconoce los gastos elegibles, incurridos por los servicios de atención médica y hospitalaria antes que el recién nacido salga del hospital.
 - b. **Cobertura Especial para gastos del recién nacido prematuro:** La Compañía reconoce los gastos elegibles, incurridos por los servicios de atención médica y hospitalaria brindada al recién nacido en estado crítico e inestable, y que requiere hospitalización desde el momento de su nacimiento prematuro hasta el momento en que sale del Hospital o hasta el vigésimo-octavo (28º) día después del nacimiento, lo que ocurra primero.
 - c. **Cobertura Especial para gastos del recién nacido con Condiciones o Enfermedades Congénitas:** La Compañía reconoce los gastos elegibles, incurridos por los servicios de atención médica y hospitalaria brindada al recién nacido que se la ha diagnosticado Condición o Enfermedad Congénita desde el momento de su nacimiento hasta su vigésimo-octavo (28º) día después del nacimiento.

En caso que las situaciones mencionadas en los literales "b" y "c" de este numeral se presenten simultáneamente en el recién nacido, la Compañía sólo pagará la mayor de las cantidades establecidas para estas coberturas en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza.

Las coberturas especiales establecidas en los literales "a" y "b" de este numeral se pagarán de acuerdo a los máximos establecidos en el Cuadro de Beneficios por gastos hospitalarios y honorarios médicos incurridos antes que el recién nacido hijo de la Asegurada salga del Hospital, mientras esta póliza esté vigente y que se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre.

La cobertura especial establecida en el literal "c" de este numeral se mantendrá vigente luego del vigesimooctavo (28º) día después del nacimiento siempre y cuando el recién nacido haya nacido dentro de una Maternidad cubierta por esta Póliza y que el Asegurado Principal haya inscrito al recién nacido como Asegurado Dependiente en esta póliza con al menos seis (6) meses de antelación a la fecha esperada del parto. Éste beneficio continuará hasta completar el monto máximo de cobertura para Condiciones y Enfermedades Congénitas indicado en el Cuadro de Beneficios y mientras la cobertura del Asegurado Principal se mantenga vigente. En caso que el beneficio de Condiciones y Enfermedades Congénitas se haya reducido por haber sido combinado con una de las condiciones de prematuridad definidas en los literales "b" y "c" de este numeral, solamente la suma restante será disponible para cubrir los tratamientos para las Condiciones y Enfermedades Congénitas.

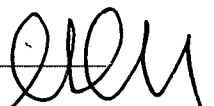
10. **Honorarios Médicos Intrahospitalarios:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por los honorarios originados en la atención y los tratamientos realizados por el Médico tratante, suministrados mientras el Asegurado esté Hospitalizado a causa de un Accidente o una Enfermedad cubierta por esta Póliza, de los cuales, la Compañía reembolsará al Asegurado los cargos necesarios, Usuales, Razonables y Acostumbrados, limitados a una (1) visita diaria por cada día de hospitalización, conforme a lo establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y sujeto a las siguientes disposiciones:
- a. **Esta póliza no cubre honorarios a consultores médicos a menos que sean previamente autorizados por la Compañía y que, en la opinión de un Médico nombrado por la Compañía**

se consideren necesarios. De cualquier forma, este servicio estará limitado a una (1) visita diaria.

- b. **Esta póliza no cubre los honorarios correspondientes al servicio de visita a la habitación cobrados por el cirujano o un anesthesiólogo el día en que se practica una operación o en los días subsiguientes, así como tampoco los honorarios de algún otro Médico no relacionado con los procedimientos quirúrgicos, sin autorización previa de la Compañía.**
11. **Consulta Externa en el Consultorio**, considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por los honorarios correspondientes a la atención médica facultativa y de tratamiento realizada por un Médico en su consultorio. La Compañía reembolsará este gasto hasta el número máximo de visitas al consultorio del Médico y por la cantidad máxima por visita indicada en el Cuadro de Beneficios para la vigencia de la Póliza.
12. **Ambulancia Terrestre o Aérea**, considerado como el gasto en que incurre el Asegurado por el valor de este servicio en caso de Emergencia, pero limitado a un (1) viaje de traslado del lugar donde ocurre el Accidente, o se detecta o se pronuncia la Enfermedad, al hospital o clínica equipada para proporcionar tratamiento especial para dicha lesión o enfermedad; y en caso de requerir el servicio para transporte intrahospitalario por causa de un emergencia médica, se limita a un (1) viaje entre instituciones hospitalarias. La Compañía reembolsará este gasto por los siguientes rubros hasta los máximos indicados en el Cuadro de Beneficios y en las condiciones que se detallan a continuación:
- a. **Ambulancia Terrestre:** siempre que se haga en vehículo autorizado como ambulancia por las autoridades de Costa Rica, hasta el monto máximo por traslado que aparece en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza.
- b. **Ambulancia Aérea:** siempre que antes de iniciar de vuelo se obtenga la respectiva autorización de parte de la Compañía, la que se otorgará solamente si la condición médica del Asegurado no le permite utilizar una aerolínea regular como pasajero, y luego de haber coordinado con el Médico tratante la realización del transporte del paciente asegurado en una ambulancia aérea que cuente con el personal y los equipos adecuados para tal propósito. Caso contrario, la Compañía se reserva el derecho de no cancelar el costo de este servicio.

Para efectos de esta cobertura, se entiende Emergencia como una situación en la que una condición crítica, repentina e inesperada quiere tratamiento médico inmediato dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas, y que por la condición de la misma, la no atención pronta podría arriesgar la vida del Asegurado o causar deterioro en sus funciones vitales.

13. **Radiografías (RX) e imagenología, Laboratorios clínicos y de patología para diagnóstico**, considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de radiografías (Rayos X) e imagenología, laboratorios clínicos y de patología para diagnóstico, siempre que dichos exámenes sean médicamente necesarios de acuerdo al diagnóstico y hayan sido ordenados por un Médico. Los gastos correspondientes a estos servicios serán cubiertos por la Compañía de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficio, y aquellos exámenes cuyo costo supere el monto establecido en el Cuadro de Beneficios requerirán autorización de la Compañía.
14. **Equipo Médico Duradero:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto del alquiler o la compra de los equipos así definidos en el Anexo correspondiente a DEFINICIONES. Los gastos correspondientes a estos servicios serán cubiertos por la Compañía de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficio.
15. **Marcapasos, válvulas, prótesis o implantes:** considerados como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de la sustitución de un órgano, estructura o miembro, siempre y cuando la condición médica que haya generado este remplazo haya iniciado dentro de la vigencia de la cobertura del Asegurado en la Póliza.
16. **Atención suministrada en el hogar:** considerados como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de honorarios pagados a enfermeras graduadas y tituladas, idóneas en el manejo de la lesión o enfermedad que aqueja al Asegurado, y que la enfermera no tenga relación con el asegurado dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o que convivan con el Asegurado. Requerirá previa autorización de la Compañía, la que se evaluará de conformidad con las indicaciones médicas específicas



de cuidados especiales para el manejo del paciente y administración delicada y especial de medicamentos y drogas para su recuperación.

17. **Drogas o medicamentos:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de Drogas o Medicamentos debidamente autorizados, y recetados por un médico, necesarios para el tratamiento y recuperación de una enfermedad o un Accidente elegible bajo la póliza.
18. **Terapia Física Mio-Neurorestaurativa:** considerados como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto terapias físicas Mio-Neurorestaurativas médicamente necesarias con o sin apoyo psicológico o psiquiátrico para que el Asegurado recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento de una enfermedad o de una lesión accidental cubierta por esta Póliza y a consecuencia de la cual dicho estado se deterioró. Incluye las terapias para patologías de columna con equipos de tracción o distracción ya sean fijos o portátiles, mecánicos o computarizados sujeto a dos (2) visitas diarias y máximo hasta cinco (5) días. Este tipo de terapias o tratamientos requiere de la autorización previa de la Compañía. La compañía reconocerá al Asegurado el valor de estos servicios siempre que el médico tratante presente un programa escrito previamente definido, documentando la duración específica apoyada con un informe del estado del paciente Asegurado. El servicio deberá ser prestado por un profesional idóneo en el manejo de la lesión o enfermedad que aqueja al Asegurado, y no podrá tener relación con el asegurado dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o que convivir con el asegurado.

Los procedimientos terapéuticos que estarán cubiertos son los siguientes y se pagarán de acuerdo a reembolsos y deducibles estipulados en el Cuadro de Beneficios:

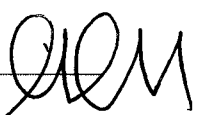
- a. Terapia del lenguaje.
 - b. Terapia para tratamiento neuro-restaurativo.
 - c. Terapia física.
 - d. Terapia respiratoria.
19. **Trastornos Mentales:** considerados como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de Honorarios Médicos de Psiquiatría con ocasión de una enfermedad mental o de un trastorno nervioso funcional médicamente diagnosticado por primera vez durante la vigencia de la Póliza. Los procedimientos Psiquiátricos terapéuticos que estarán cubiertos son los siguientes y se pagarán de acuerdo a los reembolsos y deducibles estipulados en el Cuadro de Beneficios:
 - a. Siempre que el paciente Asegurado se encuentre hospitalizado.
 - b. Si el paciente Asegurado no se encuentra hospitalizado, los honorarios del Médico Psiquiatra serán determinados a razón del cincuenta (50%) por ciento de los gastos elegibles estipulados en el cuadro de Beneficios; y
 - c. El máximo número de consultas al Médico Psiquiatra reconocido por la Compañía será en todo caso de cincuenta (50) consultas durante el mismo Año Calendario.
 20. **Trasplantes de órganos:** considerados como los gastos elegibles en que incurre el Asegurado por servicios cubiertos por la atención médica hospitalaria necesaria para que un Asegurado reciba un trasplante de un órgano humano y para atender las complicaciones o secuelas en su estado de la salud a consecuencia directa del procedimiento de trasplante.

Cualquier procedimiento relacionado con trasplante de órganos amparado por esta póliza debe ser autorizado previamente y por escrito por la Compañía. De no cumplirse con este requisito la Compañía no cubrirá ningún gasto u honorario por servicios relacionados con el trasplante de órganos en ninguna cobertura de la póliza.

Sólo estarán cubiertos los servicios para trasplantes de los órganos y/o tratamientos para el padecimiento por complicaciones del trasplante, que se indican a continuación:

- a) Corazón, pulmón, páncreas, cornea, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario.
- b) Médula ósea autóloga para:
 - . Linfoma de no-Hodgkins, Estado III A o B o Estado IV A o

- . Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
- . Leucemia no linfocítica aguda del primer o segundo relapso
- . Tumores de células germen (gameto).



SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS
SOLICITUD DE SEGURO

Solicitud N°

1. DATOS DEL CONTRATANTE

Contratante: _____ Tipo de Identificación: _____ No. De Identificación: _____
 Ocupación: _____
 Nacionalidad: _____ Sexo: _____ Fecha Nacimiento: _____

2. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES Y AVISOS

País: _____ Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
 Dirección: _____
 Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
 Medio para Recibir Notificaciones: Dirección ☐ Fax ☐ Correo Electrónico ☐

3. DATOS DE PÓLIZA

Inicio de Vigencia Propuesto: ____ / ____ / ____ Plazo: _____
 Intermediario de Seguros: _____ Licencia: _____
 Grupo Asegurable: _____

Cantidad de Asegurados al Inicio Vigencia: _____

Detalle:

Modalidad de Contratación: Al Asegurado Principal: Contributiva ☐ % _____ No Contributiva ☐
 Asegurado Dependiente Contributiva ☐ % _____ No Contributiva ☐

Elegibilidad: Los nuevos Empleados de tiempo completo serán elegibles:

Coberturas	Suma Asegurada	Coberturas	Suma Asegurada
Reclusión Hospitalaria		Consulta Externa	
Atención en sala de Emergencia		Ambulancia	
Cirugía		Radiografías, imagenología, laboratorios clínicos y de patología para diagnóstico	
Quirúrgico Ambulatorios		Equipo médico duradero	
Servicios Dentales		Marcapasos, válvulas, prótesis o implantes	
Cirugía Reconstructiva		Atención suministrada en el hogar	
Anestesia		Drogas o medicamentos	
Maternidad como cualquier otra incapacidad		Terapia Física Mio-neuroreconstructiva	
Atención al Recién Nacido		Trastornos Mentales	
Honorarios Médicos Intrahospitalarios		Trasplantes de Órganos	

Gastos Médicos Suplementarios

Coberturas	Monto	Coberturas	Monto
Máximo Vitalicio		Coaseguro (Porcentaje de Rembolso)	
Deducible año calendario		Cargo diario de hospital por cuarto y alimentos	

5. DATOS DE LA PRIMA Y COBRO

Periodicidad de Cobro:

Forma para recibir Recibo: e-mail ☐Fax ☐Apartado ☐

Canal de Cobro:

Tarjeta/Banco:

Nº Tarjeta/Cuenta:

Vencimiento Tarjeta:

Prima Póliza:

Prima según Periodicidad de Cobro:

6. MONEDA DE LA PÓLIZAEl importe de la Prima y Suma Asegurada de la Póliza estará expresado en: Colones ☐Dólares ☐**7. DECLARACIÓN**

Yo declaro y acepto que la información y respuestas anteriores son completas y verídicas y que son la base para mi Póliza de seguro. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. del pago de reclamaciones.

Este documento sólo constituye Solicitud de Seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que dicha solicitud sea aceptada por la Aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Fecha: / /

Contratante_____
ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), S.A.

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 N° 8653, bajo el registro N° _____ de fecha ____ de ____ de ____.