

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA COLECTIVA DE SALUD (Dólares)

Este producto de seguro colectivo provee beneficios para: Gastos Médicos; Vida; Muerte Accidental, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental (MyDA); e Incapacidad Total y Permanente (ITP). El seguro de Gastos Médicos constituye la cobertura básica de esta póliza. Los demás seguros constituyen coberturas opcionales que pueden adquirirse mediante el pago de una prima adicional.

I. DEFINICIONES

Las palabras y frases que a continuación se detallan, tendrán el significado que aquí se establece.

ACCIDENTE: Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten al organismo del Asegurado, provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efectos de contusiones. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso.

AFILIADOS: Define a los individuos para los cuales el Contratante solicita el seguro y/o beneficios ofrecidos por esta póliza y cuya clasificación, elegibilidad y beneficios es requerida por el propio Contratante y registrada en la póliza.

AMBULANCIA: Transporte de emergencia terrestre o aéreo, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades, del lugar donde se contrae la enfermedad a un hospital.

AÑO CALENDARIO: El período de doce (12) meses consecutivos entre el 1ro. de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses que comienza a partir de la fecha efectiva de la póliza.

APARATOS ORTOPÉDICOS: Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como por ejemplo: abrazaderas, braceros, corsés ortopédicos, férulas, yesos para ligamentos lastimados.

ÁREA DE SERVICIO: Área geográfica dentro de la cual los servicios cubiertos bajo el plan de seguro son proporcionados al Asegurado y sus dependientes.

ASEGURABILIDAD: Ser apto para obtener un seguro, de acuerdo a los requerimientos de la Compañía de seguros.

ASEGURADO: Es el asegurado principal y sus dependientes elegibles indicados en los registros del Contratante.

ASEGURADO PRINCIPAL O TITULAR PRINCIPAL: Afiliado o persona asegurada que está nombrada en la solicitud de seguro, aprobado por la Compañía, a la cual se le emite un certificado como evidencia de su cobertura de seguro.

ASISTENCIA QUIRÚRGICA O ASISTENTE DE CIRUJANO: Es un Médico legalmente autorizado que asiste activamente al cirujano principal durante un procedimiento o intervención quirúrgica elegible bajo la póliza. El uso de un cirujano asistente está estrictamente limitado a aquellas intervenciones quirúrgicas designadas con autorización previa de la Compañía de seguros.

BENEFICIARIO: Es la persona designada por el asegurado, que después del fallecimiento del asegurado recibirá los beneficios del Seguro de Vida y el Beneficio de Muerte y Desmembración Accidental y cualquier otro beneficio indicado en las Condiciones Generales de la póliza.

CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA: Centro o establecimiento que:

1. Esté autorizado por la ley correspondiente para realizar ciertas intervenciones quirúrgicas menores que no requieren una estadía hospitalaria y que estén específicamente detalladas en su licencia; y
2. La ley que reglamente tales instalaciones, regule que se cumplan los requisitos

siguientes:

- a) Que esté establecido, equipado y dirigido de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde se encuentra ubicado, primordialmente para el propósito de ejecutar procedimientos quirúrgicos.
- b) Que funcione bajo la supervisión de un doctor en medicina con licencia para ejercer su profesión, que dedique un horario completo a tal supervisión y que permita la ejecución de procedimientos quirúrgicos únicamente por un Médico calificado, quien a la fecha en que se ejecuten tales procedimientos tenga el privilegio de ejecutarlos también en por lo menos, un Hospital en la misma Área de Servicio;

3. Que Provea:

- a) Los servicios de un anesthesiólogo con licencia, que administre la anestesia y permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico (excepto en los casos que se requiera anestesia local);
- b) Por lo menos, dos (2) salas de operaciones y una sala de recuperación post-anestesia;
- c) Los servicios a horario completo de uno o más enfermeros graduados; y

4. Que Mantenga:

- a) Un contrato escrito por lo menos con un Hospital en el Área de Servicio para la aceptación inmediata de los pacientes que tengan complicaciones que requieran hospitalización post-operatoria; y
- b) Un registro médico adecuado, para cada paciente, que incluya (excepto en los casos de procedimientos que requieran anestesia local), un diagnóstico de admisión, informe de examen preoperatorio, historia clínica, informe operatorio y un resumen del alta del paciente.

CERTIFICADO DE SEGURO: Es el documento que se le entrega al Asegurado Principal como evidencia de la cobertura de seguro.

CIRUGÍA COSMÉTICA O ESTÉTICA: Procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar o modificar la apariencia física. **La cirugía cosmética no está cubierta por esta póliza.** La cirugía puramente cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de

naturaleza psiquiátrica o psicológica o el peso del Asegurado.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Procedimiento quirúrgico efectuado para restaurar estructuras anormales del cuerpo y mejorar defectos en función y apariencia, que hayan sido resultado de cirugía previa requerida como consecuencia de una enfermedad, lesión o enfermedad congénita.

CO-ASEGURO: Es el porcentaje de los gastos elegibles después de haber cubierto el deducible, que debe ser asumido por el Asegurado. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.

COBERTURA CON LIMITACIÓN GEOGRÁFICA: Es la cobertura ofrecida solamente en un área geográfica, dentro de la cual los servicios elegibles bajo el plan de seguro son usualmente proporcionados al Asegurado, de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados de dicha área.

COBERTURA INTERNACIONAL O MUNDIAL: Es la cobertura ofrecida fuera del área geográfica de residencia.

COMPAÑÍA: Se refiere a la aseguradora que respalda las coberturas ofrecidas en esta póliza.

COMITÉ MEDICO: Es el comité multidisciplinario de La Compañía, dirigido por el director médico, responsable, entre otras funciones, de analizar y definir la continuidad y permanencia de la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN O ENFERMEDAD CONGÉNITA: Enfermedad o trastorno generado durante la gestación y existente en el nacimiento o a partir de él, que haya sido diagnosticada médicamente o no en ese momento; o bien que haya sido tratada o evaluada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la edad adulta

CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Se refiere a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad, presente al momento de tomar el seguro, incluyendo embarazo de un asegurado, sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o aquella condición que según la experiencia médica indique que tal condición se inició antes de la fecha efectiva del seguro.

CONSULTA INTRAHOSPITALARIA: Es una visita médica de rutina o seguimiento que hace el médico a un asegurado hospitalizado.

CONSULTA MÉDICA: Es una entrevista o tratamiento personal entre el Asegurado y un médico, que excluye llamadas telefónicas u otro medio de comunicación, en el cual el médico no vea y examine personalmente al Asegurado.

CONTRATANTE: Es la empresa o entidad a la cual la Compañía ha emitido una póliza con el objeto de proporcionar cobertura de seguro a los afiliados y sus dependientes elegibles y está obligada a pagar las primas en la forma y monto convenido. Los actos propios del Contratante para incorporar a los Asegurados dentro de la Póliza no constituyen intermediación de seguros.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: En el caso de que el Asegurado tenga cobertura médica bajo otra u otras pólizas (Doble Cobertura o Pluralidad de Seguros), sea o no como asegurado principal, significará que cada uno de los planes de salud pagará conforme las circunstancias que dieron origen a la reclamación. La suma de las indemnizaciones pagaderas por esta Póliza y cualquier otra póliza de seguros será coordinada y proporcional entre ambas, de manera que el total pagado no sobrepase el total de los gastos elegibles en esta Póliza.

CO-PAGO: Monto fijo que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, después de satisfacer el deducible si aplicare, antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la póliza. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.

COSTO RAZONABLE, USUAL Y ACOSTUMBRADO: Es el cargo u honorario usual que facturaría un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades análogas o similares por su naturaleza o severidad. Los cargos u honorarios facturados 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 tales como la complejidad, el grado de habilidad necesario del profesional de la salud, el tipo de especialista requerido y los cargos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas. La Compañía utiliza el costo razonable, usual, y acostumbrado para determinar el monto máximo a pagar por un servicio y después aplica los beneficios correspondientes.

CUADRO DE BENEFICIOS: Es el compendio de beneficios que contiene las condiciones particulares de la póliza, en el cual se detallan las coberturas y montos correspondientes al Seguro de Vida, Seguro de Muerte Accidental, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental, Seguro de Incapacidad Total y Permanente, y Seguro de Gastos Médicos, cubiertos en la póliza.

CUARTO PRIVADO: Es la habitación del hospital en la que se contempla la hospitalización de un solo paciente y para la cual el hospital aplica su tarifa de Cuarto Privado.

CUARTO SEMI-PRIVADO: Es una habitación del hospital en la que se contempla la hospitalización de más de un paciente y para la cual, el hospital aplica su tarifa de Cuarto Semi-Privado.

DEDUCIBLE O CANTIDAD DEDUCIBLE: Es la cantidad predeterminada de dinero que por el período indicado en el Cuadro de Beneficios requiere cubrir cada asegurado antes que los beneficios otorgados bajo el plan de seguro, por concepto de Gastos Médicos Elegibles, sean reembolsables por la Compañía. El Deducible no es reembolsable bajo esta póliza. La Cantidad Deducible está indicada en el Cuadro de Beneficios.

Los siguientes cargos o gastos no podrán usarse para satisfacer la Cantidad Deducible: (1) cantidades que sobrepasen los límites de los Costos Razonables y Acostumbrados establecidos por la Compañía; (2) Copagos y Co-aseguros; (3) gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no están cubiertos bajo la póliza; (4) cargos en exceso de los límites de beneficios 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 la póliza. En los casos en que exista un deducible para cada una de las áreas geográficas estipuladas en el Cuadro de Beneficios de la póliza, la cantidad de dinero acumulada en concepto de deducible para una determinada área geográfica no forma parte del deducible que se requiera acumular para las otras áreas geográficas en el período indicado en el Cuadro de Beneficios.

DEDUCIBLE MÁXIMO POR ACCIDENTE FAMILIAR: En caso de un accidente en el cual más de un miembro de la familia sufre lesiones, solamente un deducible es aplicable en cada período establecido en el Cuadro de Beneficios por los gastos médicos totales contraídos como resultado

de dicho accidente, pero solamente en relación con gastos elegibles por o como consecuencia del mismo accidente.

DEDUCIBLE, TRASLADO DEL: Si una parte o todo el deducible para un año calendario de un asegurado ha sido aplicado contra gastos médicos incurridos durante los últimos tres (3) meses de dicho año calendario, el deducible de un asegurado para el siguiente año calendario será reducido por la cantidad aplicada. No aplica a todas las pólizas. Referirse al Cuadro de Beneficios.

DEPENDIENTES ELEGIBLES: Es el cónyuge legítimo o compañero permanente registrado en la Compañía y los hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente, cuyas edades sean entre los diez (10) días de nacido y los diecinueve (19) años de edad y hasta los veinticinco (25) años de edad si son solteros y estudiantes de tiempo completo en un colegio acreditado o en una Universidad en el país de residencia del Asegurado principal, y dependen económicamente del mismo para su ayuda y mantenimiento. La Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas médicas adicionales, incluyendo exámenes, laboratorios, radiografías, que estime necesarias para verificar las condiciones de elegibilidad de dichos estudiantes, así como constancias de inscripción, constancias de pago matrícula, carné de estudiante al día, constancia de nacimiento (edad), entre otros.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Es el reporte final emitido por el Médico tratante, basado en la historia clínica completa de la Persona Asegurada como paciente, incluyendo todos los exámenes físicos, pruebas de laboratorio y de Rayos X y cualquier otro procedimiento o prueba diagnóstica, que haya sido confirmado con el examen histopatológico o citológico (de ser así necesario) y por el cual se confirma la condición o Enfermedad del mismo.

DOBLE COBERTURA O PLURALIDAD DE SEGUROS: Con excepción de la cobertura de vida de esta póliza, la doble cobertura o pluralidad de seguros se refiere a la situación en que un asegurado o beneficiario de esta póliza también tenga cobertura bajo otra póliza u otras pólizas de otras compañías de seguros. En este caso se aplicará la coordinación de beneficios y el pago será proporcional al monto asegurado en relación con el monto total asegurado por todos los seguros. La suma de las indemnizaciones pagaderas por esta Póliza y cualquier otra póliza de seguros será coordinada y proporcional entre ambas, de manera que el total pagado no sobrepase el total de los gastos elegibles en esta Póliza.

ELEGIBILIDAD: Condición necesaria para que se emita un seguro a un candidato que se comprueba a través de la solicitud de seguro, para verificar la edad, estado de salud y otros elementos de suscripción de riesgo o mediante examen o historial médico.

EMERGENCIA MÉDICA O URGENCIA: Atención requerida a causa de una condición médica o quirúrgica aguda, de aparición inesperada y súbita debido a evolución acelerada, que pone en peligro la vida o bienestar físico de un asegurado, afectando cualesquiera de sus funciones importantes y la cual requiere atención médica o quirúrgica inmediata, para salvar su vida o para evitar un daño permanente.

ENFERMEDAD: Se refiere a cualquier alteración de la salud, trastorno o condición que sufre un asegurado, cuyo origen sea posterior a la vigencia de esta póliza y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que requiera un tratamiento médico o quirúrgico.

EQUIPO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA: Se refiere al equipo médico de tecnología de punta, que tiene como condición el ingreso reciente al mercado y que utiliza novedosos y sofisticados métodos de diagnóstico o tratamiento médico, que debe ser utilizado por profesionales muy calificados y su verdadera utilidad debe ser comprobada por la medicina basada en la evidencia.

EQUIPO MÉDICO DURADERO: Es el equipo médico prescrito por un médico, diseñado para uso continuo y que es médicamente necesario para mejorar el funcionamiento de una malformación del organismo, el tratamiento de una enfermedad o para impedir un mayor deterioro de la condición médica de un asegurado. Equipo médico duradero incluye, pero no está limitado, a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, y otros equipos similares, de acuerdo con la determinación y previa autorización de la Compañía. No incluye equipo que sirva una función de conveniencia únicamente. No todas las pólizas ofrecen este beneficio. Refiérase al Cuadro de Beneficios para determinar cobertura específica de este beneficio.

ESPECIALISTA: Es el médico legalmente autorizado para ejercer la medicina y cirugía, con especialidad en una rama médica específica, para lo cual cuenta con los estudios y las licencias correspondientes.

EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: Significa un tratamiento, procedimiento, diagnóstico, suministro, tecnología, período de hospitalización o parte del mismo, que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, o se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

FECHA DE RENOVACIÓN: Se refiere a la fecha en que terminan los beneficios, condiciones y tarifas del último período de vigencia indicada en el Cuadro de Beneficios. A partir de esta fecha entran en vigencia los nuevos beneficios, condiciones y tarifas acordados entre el Contratante y la Compañía.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO: Se refiere a la fecha en que comienza la cobertura de cada asegurado bajo esta póliza, por el período de vigencia de la misma y mostrada en el certificado de seguro. La Cobertura para el asegurado será efectiva a las 00:00 horas de la Fecha de Vigencia de la Cobertura del Asegurado y no en la fecha en que la Solicitud Individual del Seguro o Tarjeta de Enrolamiento fue firmada.

FECHA EFECTIVA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta póliza, la cual es indicada en la Carátula de la misma y que determinará las fechas de las renovaciones subsiguientes de la póliza. La Póliza será efectiva a las 00:00 horas de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza y no en la fecha en que la Solicitud del Seguro fue firmada.

GASTOS ELEGIBLES: Son los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el asegurado para el tratamiento, servicios o suministros médicamente necesarios, que han sido ordenados por un médico, cuentan con las aprobaciones requeridas y están cubiertos bajo esta póliza.

HONORARIOS: Es la cantidad predeterminada de dinero que la Compañía paga a los proveedores participantes en la Red de Proveedores, por los servicios, tratamientos y suministros cubiertos bajo esta póliza, que son proporcionados a los asegurados.

HOSPITAL: Es una institución organizada y con licencia para operar como hospital general, de acuerdo con la ley vigente en el área donde se encuentre ubicado. Cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a sus pacientes y con facilidades médicas, diagnósticas, de emergencia, laboratorios y quirúrgicas para el tratamiento y cuidado de personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, durante las veinticuatro (24) horas del día y bajo la supervisión y atención de un equipo de médicos y enfermeras graduados y con licencia para operar.

En ningún caso el término "Hospital" significará una institución que esté especialmente dedicada a casa de reposo, centro de convalecencia o de ancianos o de tratamiento de rehabilitación de adictos a drogas y alcoholismo.

HOSPITALIZACIÓN: Se refiere al internamiento del asegurado ordenado por un médico en un hospital, por un período mínimo de veinticuatro (24) horas, para el tratamiento de una enfermedad, condición o accidente cubierto bajo esta póliza.

IMPLANTE ORTOPÉDICO: Aquellos ordenados por un médico ortopedista para ser utilizados después de una intervención quirúrgica o corrección mecánica, como tratamiento para desviaciones, deformidades y fracturas. Artefacto que reemplaza un órgano o miembro del cuerpo.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Se define como la incapacidad del asegurado a consecuencia de lesión corporal o enfermedad, que lo imposibilita total y continuamente a desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado o lucrativo.

LESIONES CORPORALES: Trauma o lesión física que resulta de un Accidente sufrido por el asegurado mientras la póliza esté vigente y que resulte directa o independientemente de cualesquiera causas no excluidas por la póliza.

MATERIALES O SUMINISTROS MÉDICOS: Define aquellos que por sus características diagnósticas o terapéuticas, son esenciales para la efectividad del plan de cuidado ordenado por el médico para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad o lesión del asegurado.

MÁXIMO VITALICIO: Es el monto máximo y único contratado de por vida para cubrir todas las enfermedades bajo esta suma, 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.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Significa un tratamiento, servicio, diagnóstico, suministro o medicamento, proporcionados por un hospital, un médico u otro proveedor que la Compañía acepte y que cumple con los siguientes parámetros:

1. Es apropiado y necesario para tratar el diagnóstico, enfermedad o accidente.
2. Es consistente con las normas aceptadas de las prácticas médicas o profesionales.
3. No está destinado a promover la comodidad o conveniencia del asegurado, de su familia, médico u otro proveedor.
4. Satisface el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al asegurado. Ha sido prescrito por el médico tratante y autorizado por el médico de la Compañía.
5. Que en el caso de la atención a un paciente internado, ésta no pueda suministrarse como paciente externo sin incurrir en riesgo de su vida o salud.

MÉDICO: Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina, prestar servicios médicos y/o quirúrgicos en el área geográfica donde ejerce dicha profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia.

MÉDICO O PROVEEDOR NO PARTICIPANTE: Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios médicos que no tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contratada por la Compañía, para proporcionar los servicios de una Red de Proveedores participantes a los asegurados.

MÉDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE: Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios médicos que tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contratada por la Compañía, para proporcionar los servicios de una Red de Proveedores participantes a los asegurados a las tarifas según el Tarifario PALIC de Gastos Médicos.

MODALIDAD DE PAGO CONTRIBUTIVA: Cuando el pago de la prima de la cobertura del seguro es pagada en parte o totalmente por la Persona Asegurada.

MODALIDAD DE PAGO NO CONTRIBUTIVA: Cuando el pago de la prima de la cobertura del seguro es pagada totalmente por el Contratante.

PERÍODO DE ESPERA: Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta póliza. El período de espera específico de cada asegurado está incluido en el Cuadro de Beneficios.

PLAN DE TRATAMIENTO: Es un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico para el tratamiento de las necesidades médicas del asegurado, encontradas en el examen físico y pruebas diagnósticas.

PLAN DE SEGURO COLECTIVO: Define la cobertura de beneficios indicada en el Cuadro de Beneficios a grupos de personas cobijados bajo un mismo vínculo de tipo laboral, escolar, cooperativo, entre otros, y debe tener un mínimo de 10 titulares principales. Estos planes tienen un diseño especial de acuerdo al colectivo que los adquiere, evidenciado con el Certificado, el cual se otorga a los titulares principales del grupo. Se advierte que la contratación colectiva de una póliza no exime a los agentes y corredores de seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza.

PÓLIZA: Documento que detalla las condiciones generales y particulares del contrato de seguro pactado entre una entidad Contratante y la Compañía. Está constituida por estas Condiciones Generales, el Cuadro de Beneficios, las Solicitudes de Seguro, la propuesta de seguro y los formularios suscritos por los Asegurados. En la póliza se establecen los derechos y obligaciones de los Asegurados, del Contratante y de la Compañía.

PRE-AUTORIZACIÓN: Se refiere al documento expedido por la Compañía, en donde constan las condiciones autorizadas de manejo médico o del ingreso de un asegurado en un Hospital, para un procedimiento médico o de diagnóstico que le será practicado al asegurado, conforme a los requerimientos incluidos en esta póliza. **La pre-autorización en ningún momento se entenderá como garantía de pago.**

Para el pago de cualquiera de los beneficios elegibles bajo esta póliza y sus anexos, en los casos que la Compañía lo estime necesario, los objetivos de la pre-autorización son: evaluar si el servicio es médicamente necesario, si el lugar donde se prestará el servicio es el adecuado, y verificar la elegibilidad del Asegurado para el servicio que se está solicitando. Las pre-autorizaciones se evaluarán en base a la política que la Compañía establezca. **La Compañía no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha pre-autorización.** En caso de emergencia no se requerirá pre-autorización, pero se deberá notificar a la Compañía dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas de la prestación del servicio de emergencia o tan pronto como sea razonablemente posible. En algunos casos se refiere a la Pre-Autorización como “pre-certificación”.

PRIMA: Es la cantidad de dinero que paga el Contratante a la Compañía por los beneficios ofrecidos bajo esta póliza.

PRÓTESIS: Estructura que reemplaza un miembro del cuerpo.

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 elegible para el seguro.

RED DE PROVEEDORES. Es el conjunto de proveedores de servicios médicos que han suscrito un contrato con la Compañía para suministrar servicios médicos a los asegurados. La Compañía pondrá a disposición del Asegurado la información correspondiente a la Red de Proveedores en un folleto y/o a través de la página Web de la Compañía.

SALA DE EMERGENCIA: Área de un Hospital o centro de salud equipada para tratar situaciones críticas de salud o lesiones.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: Es la opinión profesional de un médico certificado por la Compañía para emitir segundas opiniones que podría requerir ésta, antes que el Asegurado reciba un servicio o tratamiento médico elegible bajo esta póliza.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Todos aquellos servicios recibidos en un hospital, en una unidad de cirugía ambulatoria o alguna instalación médica similar que no conllevan una hospitalización. Se refiere a aquellos servicios médicos recibidos como pacientes externos no hospitalizados.

SERVICIOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Servicios de enfermeras idóneas que supervisan el programa de cuidados al paciente, en el hospital o en el domicilio del paciente asegurado.

SOLICITUD DE SEGURO: Es el formulario aprobado por la Compañía mediante el cual el Contratante solicita el plan de beneficios bajo la presente póliza.

SOLICITUD INDIVIDUAL o TARJETA DE ENROLAMIENTO: Se refiere al formulario aprobado por la Compañía que debe completar y firmar el Asegurado Principal, con el objetivo de solicitar su inscripción al seguro, designar beneficiarios para el seguro de vida, e inscribir para el seguro de gastos médicos sus dependientes elegibles, en el caso que los tuviera.

TARIFARIO PALIC DE GASTOS MÉDICOS: El compendio de tarifas que la Compañía de tiempo en tiempo negocia con la Red de Proveedores participantes como pago total por los servicios médicos, hospitalarios y auxiliares que cada proveedor presta.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): Es la unidad especial de un hospital en la que los pacientes críticamente enfermos o lesionados son atendidos con técnicas y equipos especiales para salvar vidas. Estos pacientes están bajo una continua observación por personal médico idóneo, especialmente entrenado y seleccionado para el cuidado de este tipo de pacientes.

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM): Son áreas hospitalarias con dotación técnica y humana suficiente para proporcionar una vigilancia y cuidados asistenciales con nivel inferior a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pero muy superior a las áreas convencionales de hospitalización.

II. ESTIPULACIONES GENERALES

a. COBERTURA DE SEGURO

La cobertura de seguro de cada Asegurado Afiliado así como sus dependientes elegibles si los hubiere, será de acuerdo con el Cuadro de Beneficios aplicable que se incluye adjunto a esta póliza

y únicamente cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida la vigencia.

b. LA PÓLIZA Y LA SOLICITUD DE SEGURO CONSTITUYEN EL CONTRATO COMPLETO

La póliza, sus anexos, registros, la solicitud de seguro del contratante, de la cual se adjunta copia a esta póliza, así como los consentimientos de seguro individuales de los asegurados afiliados, si los hubiere, constituyen el contrato entre las partes.

c. SOLAMENTE UN FUNCIONARIO AUTORIZADO DE LA COMPAÑÍA PUEDE AUTORIZAR UNA MODIFICACIÓN A LAS ESTIPULACIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA

Solamente el Presidente o el Gerente General de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones particulares de esta póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un anexo firmado, que contenga el consentimiento del contratante del seguro. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por algún corredor, Sociedades Agencias o Agentes de Seguros o cualquier persona que no sean aquellas mencionadas en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni las Sociedades Agencias ni los Agentes de Seguros actuarán a nombre de la Compañía.

d. CAMBIO EN LA COBERTURA DE SEGURO Y CAMBIO DE CLASIFICACIÓN

Cualquier cambio en la cobertura del seguro de un Asegurado será efectivo a partir de la notificación que el Contratante haga por escrito a la Compañía, siempre que el Asegurado mantenga su afiliación con el Contratante y se cumplan las contribuciones correspondientes.

De no hacer la notificación correspondiente, si la cobertura fuere de pago contributivo, dentro de los treinta y un (31) días naturales a partir de la fecha efectiva del cambio, dicho Asegurado tendrá que presentar Pruebas de Asegurabilidad a la Compañía, sin costo alguno para ésta. En este caso, el cambio será efectivo en la fecha que sea aprobado por la Compañía. En el caso que el Asegurado tenga una relación laboral con el Contratante, de no estar trabajando en forma activa por cualquier motivo, dicho cambio empezará a regir al día siguiente de su regreso al trabajo activo y permanente.

La cobertura cambiada será pagadera si la causa que origina el reclamo, sea enfermedad o accidente, se inició después de la fecha efectiva del cambio; de lo contrario el pago del seguro será en base a las coberturas que tenía antes de dicho cambio.

e. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

La Compañía le emitirá al Contratante un Certificado Individual y un Cuadro de Beneficios para entregar a cada Asegurado Afiliado y en el cual deberá hacerse constar: el número del certificado y de la póliza, el número de registro del producto ante la Superintendencia General de Seguros, el plazo de vigencia de la Póliza, el monto asegurado, el monto de la prima, la fecha efectiva del Asegurado, descripción y monto de las coberturas incluidas, los beneficios de seguro a que se tiene derecho, la persona a quién le corresponda recibir el pago y aquellas limitaciones o requisitos de esta póliza que afectan a los asegurados con este contrato. La entrega al Asegurado del Certificado Individual de Seguro y el Cuadro de Beneficios se efectuará en el domicilio de la Compañía o por los medios informáticos permitidos por ley, en el plazo de tres días hábiles a partir de la inclusión del Asegurado en la Póliza o de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. En caso de que el Asegurado solicite copia de las condiciones generales y particulares del seguro contratado, dicha copia se le entregará en el mismo lugar y plazo establecido para la entrega del Certificado Individual de Seguro. Estas obligaciones rigen también para los sujetos que, sin ser asegurados, tengan interés en el seguro en razón de concurrir a financiar el pago de la prima o encontrarse afectados a cumplir obligaciones y cargas de la póliza.

f. REGISTRO DE ASEGURADO AFILIADO Y FAMILIARES DEPENDIENTES ASEGURADOS

El Contratante debe suministrar periódicamente la información relacionada con los asegurados y sus familiares dependientes que queden asegurados, cambios en las cantidades del seguro y terminaciones de seguro, conforme se lo exija la Compañía con fines de administrar el seguro. La planilla del Contratante así como cualesquiera otros registros de los asegurados que puedan tener referencia al seguro de esta póliza, deberán ponerse a disposición de la Compañía con fines de inspección en cualquier momento razonable.

Cualquier error, falta u omisión inadvertida de parte del Contratante al notificar el nombre del Asegurado o sus dependientes o cuya cantidad de seguro va a ser cambiada de acuerdo con su

clasificación, no privará al Asegurado o familiar dependiente asegurado del seguro, ni afectará el importe de éste.

La omisión en notificar la terminación de un Asegurado o dependiente no implicará que se mantiene la cobertura de ese dependiente más allá de esa fecha de terminación. Es responsabilidad única del Contratante retener y devolver a la Compañía, los carnés de seguro de cualquier Asegurado Afiliado que deje de trabajar con el Contratante cubierto bajo esta póliza.

El Contratante será responsable de cubrir cualquier gasto incurrido por cualquier ex-asegurado afiliado posterior a su fecha de salida de la empresa, cuando no haya reportado su salida del grupo asegurado.

g. EDAD DE ACEPTACIÓN

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

Si se comprueba que a la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza la edad real del Asegurado Dependiente Hijo se encontrara fuera de los límites de admisión, de conformidad con las estipulaciones de ésta póliza, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado Dependiente Hijo sin responsabilidad alguna para la Compañía. Si se comprueba que a la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza la edad real del Asegurado era mayor a los sesenta y cinco (65) años y la edad que declaró fue menor a esa edad, el Asegurado tendrá que presentar a la Compañía Pruebas de Asegurabilidad que determinen su asegurabilidad o no junto con los exámenes médicos correspondientes para que la Compañía evalúe y determine, en caso de ser asegurable, sus condiciones en el seguro y su respectiva tarifa de conformidad con la cláusula **w. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD**. Si con posterioridad a la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá de la siguiente forma, siempre de conformidad con el plazo límite de tiempo de disputabilidad establecido en la cláusula **t.2. INDISPUTABILIDAD** de esta póliza:

- a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Compañía asumirá el riesgo, pero el Asegurado deberá reembolsar a la Compañía los montos correspondientes a las Primas dejadas de percibir por la Compañía. Si el Asegurado no lo hiciera, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza por falta de pago apropiado de la Prima. En caso de que el error fuere descubierto sucedido ya el siniestro, la Compañía podrá deducir de la suma indemnizada las Primas dejadas de percibir.
- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la obligación de la Compañía no se modificará, y la Compañía reembolsará en sus oficinas la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de recepción de la solicitud escrita correspondiente. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del contrato o de su última renovación.

La Compañía asumirá todas las obligaciones establecidas en la Póliza para con aquellos individuos que incorporare a los Grupos Asegurados pero cuya edad se encontrare fuera de los límites de admisión, siempre y cuando dichos individuos hubiesen declarado verazmente su edad en su Solicitud de Seguro.

h. FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS

El Contratante pagará las primas por adelantado, en las oficinas de la Compañía ubicadas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso, o mediante tarjeta débito, tarjeta de crédito, cheque, transferencia directa en una cuenta de la Compañía o a través de cualquier medio que sea utilizado y aceptado por los bancos del Sistema Bancario Nacional. Las primas se pueden pagar anual, semestral, trimestral o mensualmente. Mediante petición por escrito, podrá cambiarse la forma de pago en cualquier aniversario de la póliza, con el ajuste que corresponda de acuerdo a la forma de pago. El pago se puede realizar en la moneda pactada en la póliza o su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.

i. IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES

El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza serán responsabilidad del Contratante.

j. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

A partir de cualquier Fecha de Vencimiento de la Póliza, excepto en la primera, el Contratante gozará de un Período de Gracia de treinta (30) días naturales para pagar la Prima pactada. Si la prima no se recibe en la Compañía al final del período de gracia, la Compañía podrá tomar una de las dos siguientes acciones:

a) Dar por terminado el contrato, quedando liberada la Compañía de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro ocurrido a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Contratante, o también a los Asegurados en los planes contributivos, según corresponda, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,

b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Contratante, o también a los Asegurados en los planes contributivos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

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

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

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

K. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Cualquier Asegurado que deje de ser miembro del grupo y que presente una Solicitud escrita a la Compañía, tendrá derecho a una cobertura individual de gastos médicos, al plan que esté vigente al momento de la conversión, para él y sus familiares dependientes, según el caso, manteniendo cualquier exclusión por condiciones preexistentes que tenían bajo la póliza Colectiva. Tal solicitud deberá hacerla dentro de los treinta y un (31) días naturales siguientes a la primera de las fechas que se describen a continuación:

1. La fecha en que termine su afiliación, sea cual fuere el motivo.
2. La fecha en que deje de ser miembro de la categoría o categorías con derecho a seguro bajo la póliza y
3. La fecha de terminación de la cobertura o enmienda para terminar el seguro del Asegurado, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, siempre que tal fecha sea dos (2) años después de la fecha en que el seguro del afiliado entró en vigencia mediante la póliza.

Con sujeción a las condiciones anteriores tendrá derecho a que la Compañía le expida una cobertura Individual sin tener que presentar prueba de Asegurabilidad, sujeta a las siguientes condiciones y estipulaciones:

1. Dicha cobertura será en cualquiera de las formas de seguro con primas y beneficios a nivel que acostumbra a emitir la Compañía.
2. La prima para dicha cobertura individual será la prima aplicable a la clase de riesgo a que pertenece el afiliado, según la edad cumplida en el cumpleaños más próximo a la fecha de emisión de tal póliza individual.
3. El primer pago de prima de la cobertura individual de seguro emitida deberá hacerse a la Compañía dentro del período de los treinta y un (31) días naturales siguientes a la presentación de la solicitud de dicha cobertura.
4. En el caso de seguro de Gastos Médicos, el Máximo Vitalicio, al momento de su Conversión, será el menor entre el Plan de Conversión y el beneficio Máximo de la póliza Colectiva,

reducido por el monto de siniestros pagados acumulado por la Compañía por el asegurado hasta la vigencia de la fecha de conversión.

5. El seguro que resulte de la póliza convertida entrará en vigencia al finalizar el período de treinta y un (31) días naturales siguientes a la presentación de la solicitud de dicha cobertura individual.

L. LA COMPAÑÍA PUEDE MODIFICAR LAS PRIMAS

Durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia de la póliza, la prima se calculará de acuerdo con las tarifas de primas que anteceden. La Compañía tiene el derecho de modificar las tarifas: 1°) en cualquier aniversario de la póliza; y 2°) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que las tarifas que entonces se cobren, hayan estado vigentes por doce (12) meses, y siempre que la Compañía notifique al Contratante por lo menos con treinta y un (31) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

- a) Las tarifas vigentes;
- b) Los beneficios de la póliza;
- c) Número de afiliados asegurados;
- d) Número de familiares dependientes;
- e) Experiencia previa del grupo asegurable;
- f) Inflación de costos médicos.

Los ajustes de primas debido a cambios en el enrolamiento se harán en base del año póliza, a menos que hubiera un cambio en el enrolamiento de más de 10% con respecto al número de asegurados bajo el cual fue suscrita esta póliza. En este caso la Compañía tiene el derecho de modificar las primas en el momento en que esta situación se presente. Cualesquier ajustes que se realicen y se notifiquen a la Compañía dentro del Año póliza, o dentro de los treinta y un (31) días naturales siguientes de las mismas, se efectuarán de manera que cubran el período completo en que tales ajustes sean aplicables, siempre que éstos nunca pasen los doce (12) meses o del número de meses transcurridos en el año corriente de póliza, aplicando el período más corto.

m. DEBER DE NOTIFICACIÓN DEL ASEGURADO POR PLURALIDAD DE SEGUROS

Se entenderá como pluralidad de seguros cuando un mismo asegurado, mediante dos o más contratos de seguro, pacte con uno o más aseguradores la cobertura de un mismo riesgo, sobre un mismo interés y que coincida en un determinado período de tiempo.

Cuando la condición de pluralidad exista de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato con las condiciones indicadas en el párrafo precedente, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo al asegurador en su solicitud o en su tarjeta de enrolamiento según corresponda.

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

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

Esta obligación solo aplica para la cobertura básica de Gastos Médicos.

n. REHABILITACIÓN DEL SEGURO

El Asegurado cuyo seguro ha sido terminado, podrá rehabilitar su cobertura presentando prueba de Asegurabilidad que estará sujeta a la evaluación y aprobación de la Compañía.

o. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza y todas sus Coberturas terminarán a las 24:00 hrs. del día en que se declare la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales:

- a) Por falta de pago de la Prima por parte del Contratante de la Póliza al término del Período de Gracia;
- b) En los casos indicados en el aparte **II.q. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS.**
- c) Cuando en el aniversario de la Póliza o en cualquier fecha de vencimiento de pago de prima el número de Asegurados con este contrato sea menor de 10, o a menos del setenta y cinco por ciento (75%) del grupo de personas elegibles para el seguro que haya sido propuesto originalmente por el Contratante, en cuyo caso la Compañía notificará por escrito al Contratante de la terminación de la Póliza con por lo menos treinta y un (31) días naturales de anticipación.
- d) Cuando el Contratante, por su parte, decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza. En este último caso, la Compañía reembolsará al Contratante la prima no devengada correspondiente a los Asegurados, una vez deducido el veinte (20) por ciento por concepto de los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente. En modalidad contributiva, dicha devolución se efectuará al Contratante, en favor del Contratante y del Asegurado en las proporciones descritas en el Certificado de Seguro.

En todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el Contratante, bajo su entera responsabilidad y durante el plazo de treinta (30) días naturales previo a la terminación de la Póliza, deberá comunicarlo de inmediato a los Asegurados con el fin de que éstos cuenten con un plazo de al menos diez (10) días hábiles a partir de su notificación para ejercer las acciones que estimen pertinentes durante ese plazo, incluyendo exigir el pago de cualquier indemnización pendiente objeto de esta Póliza al Contratante, si así corresponde de conformidad con las estipulaciones de la misma.

La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en la tarjeta de Enrolamiento y/o su Formulario de Aceptación.

p. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LOS ASEGURADOS

Con excepción de lo previsto en las estipulaciones de la póliza tituladas Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente y Renta por Incapacidad Total y Permanente, la cobertura para cada Asegurado indicada en esta Póliza y reflejada en el Certificado de Seguro correspondiente terminará a las 24:00 hrs. del día en que se declare la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales:

- a) Con la pérdida de la condición de Elegibilidad del Asegurado, de conformidad con las estipulaciones que regulan la elegibilidad en estas Condiciones Generales;
- b) En la fecha en que el Asegurado deje de ser miembro de cualquiera de las categorías elegibles para seguro bajo esta póliza;
- c) En la fecha en que se termine o cuando se suspenda por más de dos (2) meses su contrato de trabajo con el Contratante;
- d) Cuando vencido el Período de Gracia el Contratante haya cesado en los pagos de las primas correspondientes al seguro del Asegurado bajo esta póliza;
- e) Fallecimiento del Asegurado por causas no cubiertas por esta Póliza;
- f) Cuando el Contratante solicite la exclusión de cada Asegurado.
- g) Con la falsedad en la información suministrada a la Compañía, tal y como se especifica en la cláusula **_II.q. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS.**
- h) Cuando los Dependientes Hijos de los Asegurados alcancen la edad máxima de cobertura dentro de la póliza estipulada en el Cuadro de Beneficios.

Se considerará para todos los efectos de esta cobertura como terminación del empleo, cuando el Asegurado cesa de trabajar para la empresa o por ausencia permanente del trabajo activo por cualquier otro motivo. Sin embargo, a no ser que el Contratante notifique por escrito lo contrario a la Compañía o deje de efectuar el pago de primas de la cobertura del Asegurado, se podrá considerar como Empleado activo aquel que se halle ausente de su empleo por motivo de enfermedad o lesión. Asimismo, el Contratante podrá considerar como Empleado activo por un período hasta de dos (2) meses después de cesar su empleo, a cualquier Empleado que se halle ausente de esta actividad como consecuencia de un paro temporal o por motivo de una licencia que se le hubiere concedido.

q. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS

Esta póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Contratante y los Asegurados en las solicitudes o reclamos correspondientes, las cuales forman parte integrante de la póliza.

En el caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Contratante o los Asegurados fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la información falsa o reticente hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Contratante o de los Asegurados, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Contratante, y también a los Asegurados en casos de pólizas contributivas, una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Contratante, y en los casos de pólizas contributivas también el o los Asegurados, podrán aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Contratante, y de los Asegurados cuando la póliza es contributiva, o su negativa a aceptar el ajuste, dará derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el contrato conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el contrato devolviendo al Contratante, y a los Asegurados cuando la póliza es contributiva, la prima no devengada al momento de dicha rescisión.

Cualquier información falsa, reticente o errónea suministrada sin dolo a la Compañía deviene indisputable una vez transcurridos dos años desde la Fecha Efectiva de la Póliza, y no podrá ser alegada por la Compañía como causal para dar por terminado el contrato o ajustar la Póliza.

En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Contratante los Asegurados Principales, sus Asegurados Dependientes, sucesores o cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido del Contratante o de cualquiera de los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de

proceder en contra del Contratante, del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

r. DERECHO DE RETRACTO Y REMBOLSO DE PRIMAS

El Contratante y cada Asegurado Principal pueden cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía dentro de un período de treinta (30) días naturales después de haber recibido la misma. Si no se han hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía reembolsará al Contratante, en los planes no contributivos, o en los planes contributivos al Contratante y a los Asegurados en las proporciones descritas en el Certificado de Seguro, la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará nula e inválida, como si nunca hubiese sido emitida.

También se procederá con el reembolso de la porción no devengada de la prima si la Póliza es cancelada por el Contratante, o por el Contratante y los Asegurados en caso de planes contributivos, después del plazo indicado en el párrafo anterior, o en caso de terminación anticipada de la Póliza. La porción no devengada de la Prima se calculará con base en el número de días que los Asegurados no estén cubiertos por la Póliza. El número de días se determina desde la fecha efectiva de la cancelación de la Póliza hasta su siguiente Fecha de Vencimiento.

El retiro por fallecimiento de las personas aseguradas dará derecho a la devolución de la prima a prorrata, a partir de la fecha de recibo de la respectiva comunicación, salvo que se le hayan reconocido siniestros, caso en el cual la Compañía tendrá derecho a exigir el valor de la prima total.

s. VALORACIÓN

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro.

La valoración podrá efectuarse por un perito nombrado de mutuo acuerdo por ambas partes que deberá presentar su informe en un máximo de treinta (30) días naturales. Los honorarios del perito los asumirán las partes en igual proporción.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, se procederá de conformidad con los derechos que otorga la legislación costarricense o de conformidad

con la cláusula **II.v.5. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.**

t. RECTIFICACIÓN E INDISPUTABILIDAD

t.1. RECTIFICACIÓN

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Contratante o los Asegurados tendrán un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza.

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

t.2. INDISPUTABILIDAD

Una vez transcurrido el plazo de dos años a partir del perfeccionamiento del presente contrato, salvo cuando la persona asegurada hubiera actuado con dolo, el asegurador no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas.

Cuando la reticencia o las declaraciones inexactas se refieran a la edad de la persona asegurada, el asegurador podrá ajustar el contrato al estado real del riesgo de acuerdo a lo estipulado en la cláusula **g. EDAD DE ACEPTACIÓN** de este contrato.

También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

u. PRESCRIPCIÓN

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

v. DISPOSICIONES LEGALES

v.1. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía pondrá a disposición de sus Asegurados una Red de Proveedores en la dirección electrónica que se les indique en el Cuadro de Beneficios. La Red de Proveedores son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y la prestación de servicios asistenciales y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones, por lo que la Compañía no asume más responsabilidad legal respecto de dichas personas que la impuesta por la legislación costarricense de protección al consumidor. El Asegurado tendrá siempre la opción de utilizar otros proveedores de su elección.

v.2. CONFIDENCIALIDAD

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

Los Asegurados tendrán derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones de los Asegurados. Los Asegurados tendrán derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizadas, complementadas o suprimidas, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y les cause un perjuicio ilegítimo.

v.3. MONEDA

Los valores de este contrato, tanto los beneficios de cobertura o indemnizaciones como de primas se expresan en dólares de los Estados Unidos de América. Sin embargo, los pagos correspondientes a los reembolsos o indemnizaciones, así como a las primas de esta Póliza, podrán efectuarse tanto en

dólares de los Estados Unidos de América, como en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

v.4. COMUNICACIONES

Cualquier comunicación que se transmita entre La Compañía y el Contratante o entre La Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a La Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Contratante o a los Asegurados serán efectuadas en los domicilios, números de fax o direcciones electrónicas consignadas en sus respectivas Solicitudes de Seguro y/o Tarjetas de Enrolamiento.

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

v.5. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Las partes podrán acordar la posibilidad de resolver toda controversia relacionada con ésta póliza mediante cualquiera de los medios alternos de solución de controversias (mediación, conciliación y/o arbitraje) establecidos en la Ley Nº 7727, del 9 de diciembre de 1997, de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social RAC.

v.6. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El presente Contrato se rige por las Leyes de la República de Costa Rica.

w. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

Para efectos de comprobar la elegibilidad de un nuevo asegurado con edad igual o mayor a sesenta y cinco (65) años de edad deberá presentar a la Compañía el formulario de Prueba de Asegurabilidad que ésta le proporcione. En caso de que los resultados del formulario de Prueba de Asegurabilidad impliquen la necesidad de efectuar algún examen particular al Asegurado, tales como, pero no limitados a: - Cuestionarios médicos específicos, -Exámen médico general, -Examen de orina,

-Electrocardiograma, -Examen de H.I.V., -Radiografía de Tórax, y –Perfil bioquímico, el Asegurado deberá presentarlo o presentarlos bajo su costo.

Una vez recibida de parte del Asegurado la Prueba de Asegurabilidad y las correspondientes pruebas médicas, en caso de ser necesaria alguna, la Compañía, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, evaluará su estado actual para que, de conformidad con los factores de riesgo del propuesto Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, determine su elegibilidad o no bajo la póliza y las condiciones de su aseguramiento.

Si la Compañía determina la posibilidad de aseguramiento del propuesto Asegurado bajo la póliza, procederá a notificarle, dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, sus condiciones de aseguramiento de conformidad con el análisis del riesgo efectuado. La Compañía ofrecerá al Asegurado posibilidades a escoger según la evaluación del riesgo y que incluyan combinaciones tales como: mantener o disminuir la suma asegurada, mantener o aumentar la tarifa o combinaciones entre sí. En los casos de reducciones de la suma asegurada ésta no podrá ser mayor al 50% y en caso de los recargos de tarifa, estos no podrán ser menores a 50% ni mayores a 300%.

III. ESTIPULACIONES APLICABLES AL ASEGURADO AFILIADO Y A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES PARA LOS GASTOS MÉDICOS

a. ASEGURADOS AFILIADOS ELEGIBLES PARA SEGURO

1. Todos los empleados activos y permanentes, mayores de 18 años que trabajan el horario completo, que trabajen exclusivamente para el Contratante, exceptuando los empleados provisionales, temporales y jubilados. El empleado activo es quien trabaja el horario completo, correspondiente a no menos de cuarenta (40) horas a la semana.

Nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula II. w. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de acuerdo a la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales

como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

Cada Empleado actual tiene derecho a seguro en la fecha efectiva de la póliza. Cada Empleado nuevo debe completar un periodo de sesenta (60) días de empleo continuo y activo.

- a. En los grupos no contributivos en que el Contratante aporta el pago total del seguro, los Afiliados serán automáticamente asegurados en la fecha de su elegibilidad, siempre y cuando se haya presentado solicitud de seguro o tarjeta de enrolamiento por escrito a través del formulario designado por la Compañía debidamente firmado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su elegibilidad. Si la solicitud es presentada a la Compañía después de los treinta (30) días naturales indicados, el Afiliado debe suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha que ésta designe. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.
- b. En los grupos contributivos en los que el Afiliado aporta una cantidad para el pago de las primas, la cobertura de cada Asegurado afiliado elegible será efectiva después de que la solicitud de seguro del Afiliado es completada y presentada a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su fecha de elegibilidad. Si la solicitud es presentada a la Compañía después de los treinta (30) días naturales indicados, el Afiliado debe suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo para esta. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

2. Todos los afiliados que mantengan su afiliación con el Contratante.

b. CLÁUSULA DE ASEGURABILIDAD

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza, todo Asegurado y sus dependientes asegurados tendrán derecho a los beneficios de Gastos Médicos, si incurre en tales gastos por atención o servicios médicos.

Los beneficios de Gastos Médicos, como se definen en el Cuadro de Beneficios, consisten de una cantidad de Gastos Médicos por beneficiario por Año Calendario. Estas cantidades estarán sujetas a las condiciones y limitaciones indicadas en el Cuadro de Beneficios. La cantidad total de los beneficios de Gastos Médicos no deberá exceder el Máximo Vitalicio de cualquier individuo asegurado (ya sea que ha habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro de un individuo bajo esta póliza, ya sea que el individuo haya estado o no cubierto bajo esta póliza, alguna vez como afiliado y otra vez como dependiente), como se indica en el Cuadro de Beneficios excepto como se estipula en el próximo párrafo.

c. CONTINUACIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

El seguro de un Asegurado continuará vigente y su afiliación se considerará que continúa, siempre que el Contratante continúe efectuando los pagos de primas y continúe con los requisitos establecidos para impedir selección individual contra la Compañía, bajo las siguientes circunstancias:

- a) Si el Asegurado se encuentra ausente de su trabajo activo y de tiempo completo debido a paro forzoso provisional o a consecuencia de una licencia que se le hubiere concedido, por un período hasta de dos meses (2) siguientes a la terminación de su trabajo activo y de tiempo completo.
- b) Si el Asegurado se encuentra ausente de su trabajo activo y de tiempo completo o se encuentra desempeñando un empleo de pocas horas debido a enfermedad o lesión, por un período hasta de dos (2) años siguientes a la terminación de su trabajo activo y de tiempo completo. Sin embargo, el seguro del Asegurado no continuará en vigencia más allá de la fecha en que él comience algún trabajo con fines de remuneración o ganancia con cualquier tercero que no sea el dueño de la póliza.
- c) Si el Asegurado o Afiliado mantiene su afiliación con el Contratante.

Si el seguro de un Asegurado continúa vigente como se indica en los incisos (a), (b) y (c) que preceden, el seguro del familiar dependiente también continuará vigente.

Si un Asegurado se encuentra total y permanentemente incapacitado al terminar su seguro y continúa total y permanentemente incapacitado, tendrá derecho a recibir los beneficios de Gastos Médicos hasta el final del período de 12 meses inmediatamente siguientes a la fecha de la terminación de su seguro, solamente por Gastos Médicos dentro de hospital y que sea debidamente comprobada la incapacidad por el Comité Médico de la Compañía, haciendo constar bajo criterio médico que la incapacidad continúa por la condición que ha causado dicha incapacidad total, siempre que el Máximo Vitalicio no haya sido pagado. **Este beneficio no aplica para los familiares dependientes.**

IV. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

a. SERVICIOS CUBIERTOS

Los gastos elegibles por los servicios cubiertos que se describen a continuación, sujetos a las condiciones particulares 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, co-aseguros, deducibles y a las exclusiones, limitaciones, Máximo Vitalicio y demás estipulaciones y condiciones de la póliza vigente, de acuerdo a los Costos Razonables, Usuales y Acostumbrados al área geográfica de cobertura y la fecha incurrida del gasto elegible por los servicios cubiertos.

En cuanto a la secuencia en que se aplicarán el deducible y co-aseguro, en combinación con la suma asegurada, al momento de pagar un reclamo, primero se aplicará el deducible, seguido por el co-aseguro una vez consumido el deducible. Consulte el Cuadro de Beneficios para detalles específicos sobre los niveles de deducibles y co-aseguros que aplican.

La Compañía ofrece una Red de Proveedores para brindar a los asegurados una amplia gama de servicios en beneficio del Asegurado, ya que, los proveedores de la red han acordado

contractualmente aceptar el pago directo de la Compañía por los servicios cubiertos en la póliza y prestados a los asegurados a los costos negociados previamente. Todos los beneficios de esta póliza están disponibles dentro y fuera de la Red de Proveedores. Los asegurados que utilicen proveedores que no forman parte de la red, deberán pagar por el servicio prestado, y posteriormente, presentar su reclamo a la Compañía el cual si es elegible, será reembolsado al porcentaje definido en el Cuadro de Beneficios. El utilizar proveedores que no forman parte de la red no exime al Asegurado de preautorizar los procedimientos y hospitalizaciones que así determine la Compañía.

Se consideran servicios cubiertos:

a.1. Reclusión Hospitalaria: Los gastos por internamiento en un hospital incluyen los siguientes rubros:

- a) **Cuarto diario, privado, semi-privado,** de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios, es la cantidad máxima a pagar según la categoría de habitación por gastos de cuarto y alimentos y cuidados generales de enfermería, recibidos durante la reclusión.
- b) **Unidad de Cuidados Intensivos:** De acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios, es la cantidad máxima a pagar por los cuidados generales recibidos durante la reclusión. **De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intensivos.**
- c) **Unidad de Cuidados Intermedios:** De acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios, es la cantidad máxima a pagar por los cuidados generales recibidos durante la reclusión. **De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intermedios.**

No se pagará el costo de Cuarto Diario y Unidad de Cuidado Intensivo y/o intermedios en un mismo día.

- d) **Gastos Misceláneos:** corresponde a los cargos regulares, usuales y acostumbrados que hace el hospital, 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:** video cirugía, radiofrecuencia, navegación virtual, láser, entre otros equipos de alta tecnología. El uso de todo equipo especial en un procedimiento, cirugía, u hospitalización deberá ser autorizado previamente por La Compañía para su cobertura, hasta el límite máximo definido en la autorización.

No se cubre ningún cargo administrativo cobrado por el Hospital por el uso de cualquier equipo hospitalario por parte de un anestesiólogo o 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 24 horas cumplidas. Todo servicio que se ingrese por un tiempo menor será considerado de carácter ambulatorio.

a.2. Servicio por atención en la Sala de Emergencias

Servicios suministrados por atención de emergencia derivada de enfermedades o accidentes, prestados en la sala de emergencias de un hospital, que incluyen materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos básicos necesarios para la estabilización del paciente y cuya enfermedad o lesión accidental no esté excluida dentro de la póliza.

Adicionalmente incluye el médico general y enfermera de turno de esta facilidad. **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 6 horas inmediatamente después de la atención en la Sala de Emergencias.**

- a) **Emergencias por Accidente:** Si a consecuencia de una lesión corporal accidental un Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por la sala de emergencia de un hospital, la Compañía pagará los gastos 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 consideraran accidentes para efecto de esta póliza, las siguientes condiciones: 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 otra lesión accidental definida como emergencia médica o urgencia.

- b) **Emergencias por Enfermedad:** Si a consecuencia de una enfermedad un asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por la sala de emergencia de un hospital, la Compañía pagará los gastos 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 emergencias 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 cualquiera otra enfermedad definida como emergencia médica o urgencia.

En caso de que un asegurado utilice la sala de emergencias por un accidente o enfermedad no incluida en el listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para cobertura en la sala de emergencias, el Asegurado deberá pagar el 100% de los gastos incurridos y luego debe 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.

a.3. Beneficio de Cirugía: Si un Asegurado incurre en gastos por una operación quirúrgica a

consecuencia de una incapacidad, la Compañía pagará de acuerdo a las estipulaciones contenidas en la presente póliza y lo establecido en el Cuadro de Beneficios y sujeto a las siguientes disposiciones:

- a) El pago será el menor del valor razonable, usual, y acostumbrado por ese procedimiento, después de aplicar el deducible, co-aseguro y/o co-pago, o la cantidad realmente cobrada al Asegurado.
- 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 50% del valor por el segundo procedimiento y 25% 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, cotizado en la tabla, incluirá la consulta normal pre-operatoria, investigación y preparación del paciente asegurado, el procedimiento quirúrgico, el cuidado total postoperatorio prestado por el 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 especialista acreditado 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, el director médico de la Compañía puede requerir que el asegurado consulte con un médico de segunda opinión acreditado con esta compañía. Los gastos de dicha consulta serán asumidos por la Compañía. De no cumplir con este requisito los gastos elegibles de hospital, médicos y otros, serán limitados al 50% de los gastos 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.**

a.4. Procedimientos Quirúrgicos designados para pacientes ambulatorios: Para efectos de esta

póliza las siguientes son cirugías y procedimientos que han sido designados para realizarse en forma ambulatoria a menos que para el caso particular y que después de realizar el procedimiento quirúrgico y pasado el plazo de observación que el mismo requiere, el médico considere que es médicamente necesario el servicio de reclusión hospitalaria, para lo cual solicitará la autorización respectiva a la Compañía, cambiando este servicio a la modalidad de servicio de reclusión hospitalaria y se tratará como tal: Cataratas, pterigio, dilatación y curetaje, endoscopias y cistoscopias, hemorroidectomia externa, herniorrafia 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, varicoceleotomía, 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 menor de 50% de los cargos razonables y acostumbrados hechos por todos los servicios cubiertos incluyendo hospital, médico, y cualquier otro tipo de servicios médicos ofrecidos o por suministros, los cuales estén relacionados con la cirugía efectuada o el valor que se hubiera pagado si el procedimiento fuere realizado de forma ambulatoria.

a.5. Servicios Dentales:

- a) **Tratamiento derivado de una lesión accidental:** Este servicio 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 accidente durante la vigencia de la póliza, incluyendo su reemplazo por pérdida total. Estos servicios deben ser prestados por un odontólogo idóneo quién deberá suministrar el detalle del tratamiento y su costo antes de iniciar los tratamientos dentales. 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:** Se cubrirá 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 la Compañía una radiografía previa a la cirugía para recibir autorización.

a.6. Cirugía Reconstructiva: Procedimiento quirúrgico primordialmente para restaurar una estructura anormal del cuerpo como consecuencia de un accidente o de una cirugía para corregir una formación

corporal que se ve lesionada como consecuencia de una enfermedad por malignidad; y requiere autorización por la Compañía. Son elegibles en esta cobertura:

- a) Lesiones sufridas por el asegurado producto de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- b) Una cirugía por diagnóstico de tumor maligno, ocurrida durante la vigencia de la póliza y siempre y cuando se determine que la enfermedad inició durante la vigencia de la póliza y se demuestre que era médicamente necesaria. Cualquier gasto por cirugía de reconstrucción debería llevarse a cabo con posterioridad al tratamiento o cirugía primaria por accidente o tumor maligno del cual se derivó ésta, debido a que la cirugía de reconstrucción no podía médicamente realizarse en el mismo momento que se realizó el tratamiento o cirugía primaria.
- c) Mamoplastías 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.

a.7. Beneficios de Anestesia: Si un Asegurado, a consecuencia de una incapacidad incurre en gastos por una operación quirúrgica que requiera médicamente la competencia de un médico anestesiólogo, la Compañía pagará, de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficios y sujeta a las siguientes disposiciones:

- a) El pago se limitará al menor de: (a) el valor usual y acostumbrado definido en el tarifario de la Compañía, o (b) el cargo total del anestesiólogo.
- 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 anestesiólogo que permanece en presencia constante durante el procedimiento, con el solo fin de prestar los servicios de anestesia médicamente necesarios.

a.8. Beneficios de Maternidad como cualquier otra incapacidad: incluye Parto Normal, cesárea o aborto espontáneo. Si un Asegurado incurre en gastos de médico y hospital, la Compañía reembolsará de acuerdo a los cargos razonables y acostumbrados conforme a lo establecido en el Cuadro de

Beneficios, sujeto a las siguientes disposiciones:

- a) Cargos del hospital incluyendo cuidado general de enfermeras, mientras la madre amerite estar en el hospital.
- b) Cargos hechos por un médico gineco obstetra idóneo en el área donde se presta el servicio.
- c) Este beneficio es pagadero solo una vez por embarazo.

Este beneficio será pagadero siempre que se cumpla con el período de espera indicado en el Cuadro de Beneficios.

No se reconocerá esta cobertura, aún cuando se trate de un embarazo de la Asegurada o del cónyuge del Asegurado, cuando la concepción (embarazo) sea lograda utilizando procedimientos no cubiertos por esta póliza como son: inseminación artificial incluyendo la implantación de embriones in vitro y transferencia de embriones, embarazos a base de terapia de hormona, inductores de la evaluación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento o similares relacionados directa o indirectamente con éstos. No se pagará tampoco ningún cargo por servicios relacionados a este tipo de embarazos, tratamientos, terapias, procedimientos o intervenciones, ni tampoco los cargos relacionados con sus consecuencias y secuelas directas o indirectas tales como hemorragias o pérdida de productos (abortos, fetos o recién nacidos).

En ningún caso se pagarán gastos de maternidad por el embarazo, complicaciones y/o secuelas derivadas de dicho embarazo, de las hijas, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del Asegurado.

a.9. Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido

- a) Cobertura para gastos del recién nacido sano: Se incluyen los gastos elegibles y médicamente necesarios incurridos por los servicios de atención médica y hospitalaria antes de que el recién nacido salga del hospital.
- b) Cobertura Especial para recién nacido prematuro: Es la atención brindada al recién nacido en estado crítico e inestable que requiere reclusión hospitalaria desde el momento de su nacimiento prematuro.
- c) Cobertura con Condiciones Congénitas: Es la atención brindada al recién nacido por condiciones congénitas desde el momento de su nacimiento hasta su vigésimo-octavo día

después del nacimiento.

En caso de que la cobertura b y c se presente simultáneamente en el recién nacido, la Compañía solo pagará una de las cantidades establecidas en el Cuadro de Beneficios y será del mayor monto.

Las coberturas especiales de los puntos a y b se pagarán de acuerdo a los máximos establecidos en el Cuadro de Beneficios por gastos hospitalarios y honorarios médicos incurridos antes de salir del hospital y son elegibles solamente niños nacidos, mientras esta póliza esté vigente y que se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre. La cobertura especial para condiciones congénitas (punto "c") se mantendrá vigente luego del vigésimo-octavo día después del nacimiento siempre y cuando el bebé haya nacido dentro de una maternidad cubierta por esta póliza y que el asegurado principal haya inscrito el recién nacido como dependiente en esta póliza según las condiciones del punto 10 abajo. Este beneficio continuará hasta el monto máximo de cobertura para condiciones congénitas indicado en el cuadro de beneficios y mientras la cobertura del asegurado principal se mantenga vigente. En el caso de que el beneficio de condiciones congénitas se haya reducido por haber sido combinado con una condición de prematuridad (condiciones b y c arriba), solamente la suma restante será disponible para cubrir los tratamientos para las condiciones congénitas.

a.10. Honorarios Médicos Intrahospitalarios: Atención y tratamiento por un médico tratante. La atención estará disponible mientras el Asegurado esté recluido en el hospital a causa de un accidente o enfermedad. Se cubrirán honorarios del médico tratante por la atención o tratamiento con base a los honorarios usuales y acostumbrados establecidos por la Compañía y estará limitado a una visita diaria (1) por cada día de hospitalización.

- a) No se pagarán beneficios por consultores médicos a menos que sean previamente autorizados por la Compañía y en los que de acuerdo con la opinión del Director Médico de la Compañía, se consideren necesarios los servicios de un médico adicional para la atención de una condición distinta. Este servicio estará limitado a una (1) visita diaria.**
- b) No se pagarán beneficios por los servicios de visitas de un cirujano o anestesiólogo, en o después del día en que se practica una operación, así como tampoco de ningún otro médico no relacionado con los procedimientos**

quirúrgicos, sin autorización del Director Médico de la Compañía.

c) No se pagarán honorarios por los servicios de manejo del dolor post operatorio.

a.11. Honorarios o Servicios de Consulta Externa en el Consultorio: La Compañía reembolsará el gasto hasta la cantidad máxima por visita indicada en el Cuadro de Beneficios por la atención facultativa y tratamiento por un médico en su consultorio.

a.12. Servicio de Ambulancia Terrestre o Aérea: Este servicio está limitado a un viaje de traslado del lugar donde se contrae la enfermedad u ocurre el accidente al hospital o clínica equipada para proporcionar tratamiento especial para dicha enfermedad y en caso de requerir el servicio para transporte intrahospitalario por causa de un emergencia médica, se limita a un viaje entre instituciones hospitalarias. Este servicio incluye solamente los siguientes rubros hasta los máximos indicados en el Cuadro de Beneficios.

- a) Ambulancia Terrestre. Uso limitado a casos de urgencia, 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 las condiciones particulares de esta póliza.
- b) Ambulancia Aérea: Antes del inicio del vuelo se requiere autorización y coordinación entre la Compañía y el Médico tratante para el transporte en una ambulancia aérea, la cual deberá llevar personal y equipos adecuados y que la condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros. Caso contrario, la Compañía se reserva el derecho de no cancelar los gastos de ambulancia aérea.

a.13. Beneficios de Radiografías (RX) e imagenología, Laboratorios clínicos y de patología para diagnóstico: Estos gastos serán cubiertos por la Compañía de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficios, siempre que dichos exámenes sean médicamente necesarios de acuerdo al diagnóstico y ordenados por un médico. Los exámenes cuyo costo supere el monto establecido en el Cuadro de Beneficios requerirán autorización de la Compañía.

a.14. Equipo Médico Duradero: Son equipos y suministros que: son recetados por un médico; son médicamente necesarios; son usados únicamente para propósitos médicos; son útiles únicamente para una persona con una lesión; son diseñados para uso prolongado; y sirven un propósito

terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión. **No están cubiertos: equipo de diálisis, camas de hospital, sillas de rueda, muletas, ni andaderas.** Refiérase al Cuadro de Beneficios para cobertura específica.

a.15. Marcapasos, válvulas, prótesis o implantes: Están cubiertos para la sustitución de un órgano, estructura o miembro siempre y cuando la condición médica que haya generado esta pérdida se haya iniciado dentro de la vigencia de la cobertura del Asegurado en la póliza. **Se excluye el reemplazo, total o parcial, de los aparatos prostéticos o implantes.**

a.16. Gastos por atención suministrada en el hogar: Por enfermeras graduadas y tituladas idóneas en el área donde se presta el servicio 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, basado en las indicaciones médicas específicas de cuidados especiales para el manejo y administración delicada de medicamentos y drogas para la recuperación del Paciente.

a.17. Drogas o medicamentos: Son aquellos debidamente autorizados, y recetados por un médico, necesarios para el tratamiento de una enfermedad elegible bajo la póliza.

a.18. Terapia Física Mio-Neurorestaurativa: Este servicio cubre los gastos elegibles médicamente necesarios 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 lesión por un accidente, cubierta por esta póliza y a consecuencia del cual dicho estado se ha deteriorado. Incluye las terapias para patologías de columna con equipos de tracción o distracción ya sean fijos o portátiles, mecánicos o computarizados sujeto a dos visitas diarias y máximo hasta cinco días. Se requiere que el médico tratante envíe un programa previamente definido y por escrito, documentando la duración específica y preestablecida y apoyada por un informe. El servicio debe ser brindado por un profesional idóneo y que no sea un familiar del Asegurado. El tratamiento está sujeto a la autorización de la Compañía.

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 ocupacional y terapia del lenguaje.

- b) Terapia para tratamiento neuro-restaurativo.
- c) Terapia física
- d) Terapia respiratoria

a.19. Cobertura por trastornos mentales: Se pagarán los beneficios regulares de los Gastos Médicos aplicables a los gastos incurridos mientras el individuo se encuentre hospitalizado, que se deban a enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales.

Para gastos incurridos fuera de hospital aplica lo siguiente:

- a) Los beneficios serán determinados a razón del 50% de los gastos elegibles; y
- b) Por servicios de un psiquiatra profesional: (1) solamente las primeras 50 visitas serán elegibles en cualquier Año Calendario, y (2) a los montos específicos definidos en el Cuadro de Beneficios.

a.20. Cobertura para trasplantes de órganos: Esta cobertura será utilizada únicamente por los gastos elegibles en que incurra un 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 el estado de la salud a consecuencia directa del procedimiento de trasplante.

Se requiere coordinar con la Compañía cualquier procedimiento de trasplante de órganos. De no cumplirse con este requisito la Compañía no cubrirá ningún gasto 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 B

- Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso
 - Leucemia no linfocítica aguda del primer o segundo relapso
 - Tumores de células germen (gameto)
- c) Médula ósea orogénica:
- Anemia aplástica
 - Leucemia aguda
 - Inmunodeficiencia combinada severa
 - Síndrome de Wiskott.Aldrich
 - Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schönberg) u osteopetrosis generalizada
 - Leucemia mielógena crónica
 - Neuroblastoma estado III o IV en niños mayores de un año
 - Beta talasemia homocigoto (talasemia mayor)
 - Linfoma de no- Hodgkins estado III o estado IV
 - Linfoma de Hodgkins estado III A o B, o estado IV A o B

No están cubiertos los gastos incurridos por servicios médicos u hospitalarios por trasplante que se origine:

- a) **Cuando un tratamiento alternativo o procedimiento igualmente disponible para el paciente, no se haya tomado en consideración para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable de la realización del trasplante.**
- b) **Como resultado de un procedimiento por el cual al receptor se le proporciona equipo artificial o mecánico diseñado para reemplazar un órgano humano.**
- c) **El trasplante de médula como tratamiento para el VIH SIDA.**
- d) **Cuando el donante es de especie animal.**
- e) **Cuando el asegurado se encuentre en cuidado de custodia, con ocasión de senilidad o deterioro cerebral, entre otras causas.**

- f) Cuando el trasplante se origine por un padecimiento no cubierto por esta póliza.**
- g) No se cubren trasplantes de médula heterólogos en el exterior.**
- h) No se cubren los gastos por donantes de órganos.**

a.21. Cobertura Internacional

La Cobertura Internacional solamente aplica si se indica en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

Para utilizar la Cobertura Internacional el Asegurado se debe pre-autorizar en el país de residencia, indicando el tratamiento o procedimiento que se va realizar con quince (15) días hábiles de anticipación a la Compañía, para coordinar lo relacionado a los costos de hospital, segunda opinión médica en caso de tratarse de una cirugía o procedimiento, con el propósito de asesorarle en la selección del proveedor y ayudarle a reducir los costos en el extranjero. En caso de una emergencia el Asegurado deberá reportar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a dicha admisión, aún cuando el Asegurado haya sido dado de alta.

De no solicitar y obtener la pre-autorización, el reembolso de los gastos elegibles y médicamente indicados, será limitado al **50%** de lo razonable y acostumbrado establecido en la Red de Proveedores del país donde se recibe el servicio y no se aplicará el límite de co-aseguro si lo hubiere.

a) Asegurados con cobertura internacional:

Deben utilizar la Red de Proveedores participantes de la Compañía en los países donde existe, incluyendo los Estados Unidos de América y los gastos serán reembolsados de acuerdo al máximo indicado en el Cuadro de Beneficios. Si el Asegurado no utiliza la Red de Proveedores, las cantidades que serán reembolsadas serán iguales a la misma cantidad que la Compañía hubiera pagado si el Asegurado hubiera recibido los servicios de un proveedor médico participante de la Red de Proveedores en el área de servicio donde se incurran los servicios que generan el reclamo. El asegurado será responsable de la diferencia entre la cantidad cobrada por cualquier proveedor de servicios médicos y los costos establecidos con los proveedores de la Red de Proveedores participantes por

servicios médicos, sin que aplique este excedente al límite de co-aseguro.

b) Asegurados sin cobertura internacional:

Si el Asegurado no tiene el beneficio de Cobertura Internacional, el reembolso de los gastos será igual a la misma cantidad que la Compañía hubiera reembolsado si hubiera recibido los servicios de un proveedor participante en la Red de Proveedores de su país de residencia y aplicará este beneficio únicamente en casos de emergencia comprobada, incurrida mientras el Asegurado esté viajando. Estos gastos no aplicarán para el límite de co-aseguro si lo hubiere. El Asegurado será responsable de la diferencia entre la cantidad cobrada por cualquier proveedor de servicios médicos fuera del país de residencia y los costos establecidos con la Red de Proveedores de servicios médicos.

a.22. Terapias de Tratamiento: Quimioterapia, radiación, inmunoterapia, braquioterapia, incluyendo los medicamentos usados directamente con estas terapias; hemodiálisis y diálisis peritoneal, incluyendo los medicamentos usados directamente con el tratamiento de diálisis

a.23. Exámenes Preventivos: Exámenes médicos y pruebas y laboratorio para determinar el estado de salud de un asegurado con el fin de que el médico pueda hacer las recomendaciones al asegurado sobre como alcanzar y mantener un estado de salud óptimo.

a.24. Coberturas especiales: Este beneficio se ofrece a algunos Contratantes e incluye: exámenes de la vista, anteojos y exámenes y servicios dentales hasta el monto máximo establecido en el Cuadro de Beneficios (condiciones particulares de esta póliza).

b. ELEGIBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO:

- a) Será elegible a partir del décimo primer (11) día de nacido y si al décimo primer (11) día continúa hospitalizado será elegible el primer día después de haber sido dado de alta y debe ser incluido en la póliza por el Asegurado, con el pago de la prima correspondiente.
- b) Inscripciones posteriores a estas fechas estarán sujetas a completar el formulario de

asegurabilidad, sujeto a la evaluación por parte de la Compañía sin costo alguno para ésta. La fecha de inclusión será determinada por la Compañía, siempre que dicha prueba sea satisfactoria; **en el caso de que dicha prueba de asegurabilidad no sea satisfactoria, el recién nacido no podrá ser considerado para los fines de seguro como familiar dependiente y por lo tanto no se le proporcionará seguro como tal.**

c. CONDICIONES PREEXISTENTES

Las condiciones preexistentes según se muestra bajo definiciones, quedan condicionadas a las siguientes estipulaciones:

Para que una condición preexistente, siguiente al período de espera establecido en el Cuadro de Beneficios, sea elegible para cobertura según el criterio único de la Compañía, debe haber sido declarada en la prueba de asegurabilidad. La Compañía y el Contratante acordarán el período de carencia para las condiciones pre-existentes declaradas y podrán acordar excluir de forma permanente cualquiera condición pre-existente que estimen conveniente.

En el caso de que la Compañía exonere al Contratante de la obligación de aplicar pruebas de asegurabilidad a sus empleados, las partes acordarán aplicar o no un período de carencia para condiciones pre-existentes. Adicionalmente, las partes podrán acordar excluir ciertas condiciones pre-existentes de forma permanente.

De existir, el período de carencia para condiciones pre-existentes será establecido en el Cuadro de Beneficios (condiciones particulares de esta póliza).

Para las condiciones pre-existentes sujetas al período de espera de pre-existencia definido en el cuadro de beneficios, la Compañía no pagará beneficios y no se acumularán para el deducible indicado en el Cuadro de Beneficios, por ningún gasto causado, o que se deba a, o que resulte de una condición preexistente, durante el período de pre-existencia establecido. Posterior al período de pre-existencia establecido, las condiciones pre-existentes declaradas tendrán cobertura como cualquiera otra enfermedad, sujetas a los límites de cobertura establecidos en el Cuadro de Beneficios.

Cualquier condición pre-existente que la Compañía y el Contratante acuerden excluir de forma permanente será incorporada formalmente como un anexo a esta póliza.

La Compañía no pagará beneficios y no se acumularán para el deducible indicado en el Cuadro de Beneficios, por ningún gasto causado, o que se deba a, o que resulte de una condición preexistente excluida de forma permanente.

Cualquier omisión por no haber revelado o descrito con certeza una condición médica o tratamiento podrá ser causal de terminación de la cobertura.

d. PRE-AUTORIZACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN

Para todas las admisiones hospitalarias y procedimientos médicos y quirúrgicos electivos o programados y de exámenes especiales para diagnóstico de alto costo y tecnología, con un costo mayor del establecido en el Cuadro de Beneficios, ya sea que requieran internamiento hospitalario o no, que no sean de urgencia, a efectuarse dentro o fuera del país, se requerirá una pre-autorización médica, solicitada a la Compañía siete (7) días hábiles—si son locales—y quince (15) días hábiles—si son en el extranjero—antes de que se lleve a cabo el procedimiento. Igualmente la Compañía podrá requerir o no una segunda opinión para todos los procedimientos quirúrgicos electivos, no de emergencia.

Todas las admisiones por emergencia deben ser reportadas dentro de las 12 horas siguientes a su admisión y antes de su salida del hospital. Si la admisión es pre-autorizada y el asegurado se queda hospitalizado por más días de los autorizados, no se pagarán los cargos incurridos durante esos días adicionales.

El médico tratante podrá solicitar días adicionales a los autorizados inicialmente, justificando la necesidad médica de los mismos a la Compañía, quien evaluará la necesidad de los mismos y podrá autorizar o rechazar la solicitud. El Asegurado será responsable de pagar al proveedor los gastos adicionales en caso de no ser autorizados por la Compañía, los cuales no serán reembolsados.

Todos los procedimientos médicos dentro del hospital, que no guarden relación con el diagnóstico original por el cual la pre-autorización fue obtenida, deberán ser analizados y aprobados por la

Compañía, para que los mismos sean autorizados o reembolsados.

Si no se cumplen los requisitos de pre-autorización o segunda opinión para los procedimientos que así lo requieran, los gastos elegibles, tanto de médicos, hospitales u otros proveedores, se limitarán al 50% de los cargos razonables y acostumbrados (Tarifario PALIC) si se determina que fueron médicamente necesarios y no aplicarán para completar el límite de co-aseguro si lo hubiere. No tendrán cobertura alguna, aquellos gastos no preautorizados que se determinen no ser médicamente necesarios, de conformidad con el criterio de la Compañía.

No serán cubiertos gastos médicos por cargos en exceso a las tarifas negociadas con los proveedores, ni en exceso de las tarifas usuales y acostumbradas.

e. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

La Compañía no pagará beneficios por ningún gasto, cargo o costos por servicios médicos u hospitalarios, causados por o que se deban a, o que resulten de:

- 1. Todos los beneficios, equipos de alta tecnología y tratamientos que no estén específicamente incluidos en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de esta póliza, al igual que sus complicaciones, secuelas y/o lesiones resultantes.**
- 2. Gastos incurridos por una enfermedad, lesión, tratamiento, atención o servicio médico, mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o posteriores a la fecha de terminación de esta póliza, aún cuando la incapacidad se inició durante la vigencia de la misma. Sí estarán cubiertos los gastos por tal incapacidad cuando esta inicie durante la vigencia de la póliza, pero dichos gastos serán cubiertos hasta la fecha de vencimiento de esta póliza.**
- 3. Cualquier reclamo en donde se compruebe que el Asegurado y/o el Contratante omitió información o hizo declaraciones falsas, incompletas o inexactas en la prueba de asegurabilidad, tanto del Asegurado Principal como de sus**

- dependientes.
4. **Cualquier servicio realizado para tratar condiciones preexistentes con período de carencia, según lo establecido en el Cuadro de Beneficios.**
 5. **Gastos correspondientes a vacunas, con excepción de los indicados en el Cuadro de Beneficios y cualquier gasto de un procedimiento, estudio o tratamiento considerado como experimental, investigativo o preventivo.**
 6. **Gastos o servicios por procedimientos médicos innovadores de alta tecnología no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto la Compañía analice su inclusión en las coberturas de la póliza y determine el costo requerido en caso de ser autorizados.**
 7. **Lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de participar en actos o actividades delictivas, guerra o acción de guerra, declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, prestar servicio en una unidad policial o militar así como en aquellos grupos fuera de la ley.**
 8. **Lesión o enfermedad causada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura o mientras se encuentre bajo los efectos de embriaguez o de drogas ilícitas, uso impropio de cualquier droga recetada por un médico o resultante de la adicción a cualquiera de tales drogas.**
 9. **Aquellos servicios médicos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno ya sea estatal, departamental, municipal o cualquier subdivisión política, u otros en los que al Asegurado no se le exija pagar o cuando un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual. No obstante el Asegurado de esta póliza se encuentre también cubierto por la seguridad social, este podrá elegir ser tratado en un centro médico privado, en cuyo caso tales servicios amparados estarán cubiertos en los términos indicados en esta póliza.**
 10. **Por epidemias declaradas por el Ministerio de Salud, o bien de la entidad homóloga en cualquier otro país donde el Asegurado se encuentre y sea**

- contagiado. Los casos tratados antes de la declaratoria y posteriores al levantamiento de la declaratoria tendrán cobertura bajo esta póliza.
11. Gastos incurridos en establecimientos públicos o privados ubicados en países que se encuentren bajo un embargo económico autorizado y reconocido por la Organización de las Naciones Unidas u otro organismo internacional o por el Gobierno de los Estados Unidos de América.
 12. Hospitalizaciones y servicios prestados en hospitales o centros de cirugía ambulatorios para procedimientos que puedan realizarse en el consultorio médico y/o de manera ambulatoria.
 13. Cuidados de custodia, mantenimiento preventivo o de rutina, curas de reposo o de convalecencia o casa de rehabilitación para cualquier condición.
 14. Gastos por alimentación ambulatoria, alimentación parenteral o enteral, drogas o medicinas no recetadas, remedios, vendajes, jeringas, instrumentos o utensilios, suplementos alimenticios, vitaminas o minerales.
 15. Gastos relacionados al diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual, incluyendo, pero no limitándose a la Queratotomía, Queratoplastía, Queratomeulosis, Queratocono, y Excímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. Asimismo, los relacionados a la habilitación de lentes o cualquier otro tratamiento innovador para corregir defectos de la visión.
 16. Aquellos que se deban a tratamientos dentales y de las encías, con excepción de lo indicado en el apartado IV, Inciso a, Servicios Cubiertos, numeral a.5 Servicios dentales derivados de una lesión accidental.
 17. Gasto o cargo por tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular (ATM), desórdenes cráneo mandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura Temporomandibular (ATM), así como la cirugía maxiofacial de cualquier origen estético o congénito, incluyendo la parte odontológica.
 18. Servicios o tratamientos relacionados con el cambio o modificación del género

- o sexo o reversión de los mismos.
19. Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales; embarazos logrados por inseminación artificial, incluyendo implantación de embriones In Vitro y transferencias de embrión. Embarazos logrados a base de terapia hormonal, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares relacionados directa o indirectamente. No se pagará ningún cargo por servicios relacionados a estos tipos de embarazos, tratamientos, terapias, procedimientos o intervenciones, ni tampoco los cargos relacionados con sus consecuencias y/o las complicaciones asociadas con estos y secuelas directas o indirectas, tales como: hemorragias o pérdida de productos (abortos, fetos o recién nacidos).
 20. Cualquier medicamento utilizado para el control de la natalidad, aunque éste fuere recetado con fines terapéuticos, tales como: anticonceptivos orales, parenterales, materiales o dispositivos anticonceptivos o similares y los abortivos.
 21. Tratamientos para reversar una esterilización masculina (Vasectomía) o femenina (Salpingectomía o ligadura de trompas); y cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual, aparatos, medicamentos o cualquier tratamiento utilizado para este propósito.
 22. Terminación electiva del embarazo, aborto legal y sus complicaciones inmediatas y posteriores.
 23. Tratamiento y/o estudio de una enfermedad transmitida sexualmente, excepto el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios.
 24. Lesión corporal accidental o enfermedades a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, alpinismo y/o equivalente, aviación (excepto cuando se encuentre viajando, únicamente como un pasajero en una línea aérea de vuelos regulares y comerciales), incluyendo planear y saltar en paracaídas o cualquier otro deporte de altura o aéreo, deportes de invierno, carreras de caballos, motonetas o motocicletas y todo tipo de competencia de velocidad, excepto las

- pedestres; actividades submarinas que involucren el uso de aparatos para respirar y esquí acuático (todo deporte considerado como extremo).
25. Estudios y tratamientos para trastornos del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo, obesidad, control de peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio.
 26. Consultas médicas o cualquier servicio médico a domicilio salvo las explícitamente aprobadas por la Compañía.
 27. Gastos incurridos por un donante de órgano y cualquier costo por la compra de un órgano. Tampoco se cubrirá la investigación, exámenes, estudios, de donantes potenciales.
 28. Aquellos de cirugía estética o cirugía reconstructiva o sus complicaciones, excepto lo indicado en el apartado IV, inciso a, servicios cubiertos, numeral a.6; gastos por estudios y tratamientos para el uso de la hormona del crecimiento, tratamientos de podiatría, aparatos de soporte para los pies, juanetes, callos o uñas encarnadas, excepto aquellas que demuestren carácter infeccioso.
 29. Gastos por reposición de cualquier prótesis fija o removible y prótesis externas o implantables del oído, incluyendo todo tipo de audífonos.
 30. Gastos por atención suministrada o servicios proporcionados por médicos y enfermeras tituladas que sean parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquier otro que conviva con la persona asegurada.
 31. Servicios o suministros de uso común en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, estuches para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas antialérgicas y ortopédicas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias.
 32. Consultas o terapias por psicólogos, fonoaudiólogos y aquellas que se deban a enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales, excepto lo indicado

- en el apartado IV inciso a, **Servicios Cubiertos, bajo el numeral a.19.**
- 33. Gastos de maternidad y sus complicaciones si las hubiese de hijas, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del Asegurado.**
- 34. Gastos por servicios médicos a consecuencia de accidentes ocupacionales de los cónyuges y dependientes elegibles.**

f. AVISO Y PRUEBA DE RECLAMACIÓN.

El aviso escrito de cualquier lesión o enfermedad en que se base la reclamación, debe presentarse a la Compañía a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la incapacidad que produjo la enfermedad. La prueba de tal lesión o enfermedad se le debe suministrar a la Compañía, a más tardar a los noventa (90) días naturales después de haberse terminado el período por el cual los beneficios son pagaderos bajo esta póliza.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en esta póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

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

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

La Compañía tendrá derecho y la oportunidad de que un médico designado por ésta examine a la persona reclamante bajo esta póliza cuando y cuantas veces así lo requiera médicamente, en forma razonable.

g. REQUISITOS PARA EL PAGO DE UNA RECLAMACIÓN

Los requisitos mínimos para presentar una reclamación, tanto por servicios prestados dentro de la Red de Proveedores como fuera de ella, así como para siniestros ocurridos nacionalmente o en el extranjero, son los siguientes:

- Formulario de reclamación médica proporcionado por la Compañía, debidamente lleno y firmado por el Asegurado, así como por el médico tratante quien incluirá su sello y firma.
- Originales de recetas, recibos, órdenes de laboratorio y de cualquier otro examen de diagnóstico, firmadas y selladas por el médico.
- Originales de facturas y/o recibos, de pagos al contado, firmados y sellados que sustenten los gastos médicos.
- Resultados de radiografías, ultrasonidos, tomografías, exámenes de laboratorio y de cualquiera otro examen de diagnóstico y seguimiento.
- Copia del expediente clínico o historia médica del Asegurado, cuando la Compañía lo solicite.
- Informes médicos (Reporte Operativo, Reporte Histopatológico, etc)
- Pre-autorización aprobada por la Compañía.
- Resultado del protocolo médico.

Una vez que la Compañía reciba la documentación completa, y en caso de que el reclamo haya sido aceptado, la Compañía contará con un plazo de 30 días naturales para realizar el pago.

En caso de cualquier duda puede comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 2204-6300 o al correo electrónico Servicioalclientecr@palig.com.

h. CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Debe presentar su reclamo a las oficinas de la compañía situadas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso, dentro de un plazo de noventa (90) días naturales a partir

de la fecha en que se produjo el siniestro, con todos los documentos necesarios, los cuales son los siguientes:

- Formulario de Reclamación debidamente lleno con los datos del Asegurado y del paciente (Asegurado Principal, Cónyuge o dependientes), la información clínica completada por el médico tratante, así como sello y firma del médico tratante. Además, dicho formulario debe incluir la firma del paciente, que en caso de ser un menor de edad, deberá ser firmado por el Asegurado Principal.
 - Documentos de pago impresos originales, debidamente numerados, los mismos deben tener nombre del paciente o del Asegurado, del proveedor y cumplir los requisitos fiscales.
- Para pago de exámenes se debe presentar adicional al formulario lleno y el documento de pago, la orden médica para el examen.
 - Para el pago de medicamentos se debe presentar adicional al formulario completado y el documento de pago, la receta del medicamento.
 - Para el pago de gastos de hospitalización, se debe presentar el formulario de hospitalización, documento de pre-autorización si es requerido por su póliza, facturación detallada y documento de pago.

En caso de cualquier duda puede comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 2204-6300 o al correo electrónico beneficioscr@palig.com.

Para casos de urgencia, hospitalizaciones por enfermedad o accidente, maternidad y procedimientos quirúrgicos, la Compañía pueda requerir la cuadrícula clínica, nota operatoria y reporte del anestesiólogo para poder pagar correctamente un reclamo.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que la ocurrencia del Evento se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario con el objetivo de determinar si procede o no el reclamo. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos,

reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado y/o terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de los reclamos, y será mantenida en total confidencialidad.

i. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Con excepción de la cobertura de vida, el pago de los beneficios de esta póliza no se duplicará con los beneficios de cualquier otro plan colectivo o plan establecido, por el cual un Asegurado puede ser elegible.

Si un Asegurado dependiente, elegible para recibir beneficios bajo esta póliza, también resulta elegible para recibir beneficios bajo cualquier otro plan (según se define posteriormente) que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos necesarios, razonables y acostumbrados para el tratamiento de un Evento, la suma de las indemnizaciones pagaderas por esta Póliza y cualquier otra póliza de seguros será coordinada y el pago será proporcional al monto asegurado en relación con el monto total asegurado por todos los seguros, de manera que el total pagado no sobrepase el total de los gastos elegibles en esta Póliza. En ningún caso, la cantidad de beneficios pagaderos por esta póliza, podrá exceder la cantidad máxima estipulada para el o los beneficios de que se trate.

El término “Plan” se refiere a cualquier programa que proporcione beneficios o servicios por o para el cuidado o tratamiento dental, médico u hospitalario, cuyos beneficios o servicios sean brindados bajo planes de seguro colectivo, planes individuales de salud o cualquier otra cobertura que provea reembolso por servicios médicos.

j. SUBROGACIÓN

El Contratante por este medio transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía, todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos hechos sobre la base de la póliza por la pérdida, lesiones o daños a sus asegurados o dependientes de éstos, registrados en la Compañía y por los cuales se efectuaren pagos o anticipos.

En virtud del derecho de subrogación, la Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños. En igual forma lo podrá hacer con el Asegurado o dependientes, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

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

V. ESTIPULACIONES APLICABLES AL ASEGURADO AFILIADO PARA EL SEGURO DE VIDA

a. ASEGURADOS AFILIADOS ELEGIBLES PARA SEGURO

1. Todos los empleados activos y permanentes, a partir de la edad de 18 años que trabajan el horario completo, que trabajen exclusivamente para el Contratante, exceptuando los empleados provisionales, temporales y jubilados. El empleado activo es quien trabaja el horario completo, correspondiente a no menos de cuarenta (40) horas a la semana.

Nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula II.w. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de acuerdo a la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

Cada Empleado actual tiene derecho a seguro en la fecha efectiva de la póliza. Cada Empleado nuevo debe completar un período de sesenta (60) días de empleo continuo y activo.

- i. En los grupos no contributivos en que el Contratante aporta el pago total del seguro, los Afiliados serán automáticamente asegurados en la fecha de su elegibilidad, siempre y cuando se haya presentando solicitud de seguro o tarjeta de enrolamiento por escrito a través del formulario designado por la Compañía debidamente firmado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su elegibilidad. Si la solicitud es presentada a la Compañía después de los treinta (30) días naturales indicados, el Afiliado debe suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha

que ésta designe. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

- ii. En los grupos contributivos en los que el Afiliado aporta una cantidad para el pago de las primas, la cobertura de cada Asegurado afiliado elegible será efectiva después de que la solicitud de seguro del Afiliado es completada y presentada a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su fecha de elegibilidad. Si la solicitud es presentada a la Compañía después de los treinta (30) días naturales indicados, el Afiliado debe suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

2. Todos los afiliados que mantengan su afiliación con el Contratante.

b. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Al fallecimiento del Asegurado, su seguro de vida será pagadero a sus beneficiarios designados en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por la misma.

El Asegurado puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sin tener que notificar a dicho beneficiario ni obtener su consentimiento. El cambio de beneficiario debe efectuarse en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por ésta, y el mismo será efectivo en la fecha en que el formulario, debidamente firmado, sea registrado por la Compañía. El pago hecho por la Compañía a una persona beneficiaria, antes de haber sido informado de la sustitución o revocación, la libera de las obligaciones correspondientes.

En caso de haber designado más de un beneficiario y el Asegurado ha dejado de especificar el derecho respectivo que tengan los varios beneficiarios, éstos tendrán una distribución en partes iguales. Si alguno de los beneficiarios designados hubiese fallecido antes que el Asegurado, su derecho quedará terminado y la cantidad que le correspondía será distribuida en partes iguales a los

otros beneficiarios registrados en la póliza. En caso que el Asegurado no haya designado beneficiarios o de no vivir ningún beneficiario al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, el pago correspondiente será efectuado a los herederos legales del Asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

Advertencia:

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

VI. SEGURO DE VIDA Y OTRAS COBERTURAS ADICIONALES

Nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más para el Seguro de Vida y las Otras Coberturas Adicionales deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con lo establecido por la cláusula II.w. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha

Prueba no sea satisfactoria de conformidad con la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

a. SEGURO DE VIDA

El seguro de vida es la suma asegurada indicada en el Cuadro de Beneficios que la Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado luego de presentadas las pruebas legales del fallecimiento de aquél.

Beneficios adiciones incluidos en el seguro de vida:

a.1. AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS O GASTOS DE SEPELIO

Este beneficio consiste en un pago para cubrir los gastos funerarios del asegurado fallecido hasta la suma máxima indicada en el Cuadro de Beneficios. Esta suma se pagará previa presentación del Certificado de Defunción a la Compañía. Este pago será descontado del monto de su seguro de vida.

El pago de este auxilio por gastos funerarios es independiente del beneficio básico de seguro de vida. Por lo tanto, el pago de este auxilio de gastos funerarios no implica la aceptación del reclamo del seguro de vida por parte de la Compañía

a.2. BENEFICIO DE ACCELERACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

Esta cobertura permite el pago anticipado de una parte del seguro de vida básico de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios, si el Asegurado contrae alguna de las enfermedades listadas en la presente cláusula. Este pago será descontado del monto de su seguro de vida.

Para que este beneficio se haga efectivo se requiere lo siguiente:

(a) que el seguro de vida haya estado vigente por un período mayor de dos años;

(b) que el Asegurado notifique por escrito a la Compañía a más tardar dentro de los 90 días naturales siguientes a que haya recibido el diagnóstico de que padece una de las siguientes enfermedades:

- 1. Neoplasias con nomenclatura T3N3M2**
- 2. Síndrome Insuficiencia Inmunológica adquirida**
- 3. Lupus Eritematoso Sistémico con más de 5 años de evolución**
- 4. Distrofias Musculares**
- 5. Esclerosis Múltiple**
- 6. Fiebre Hemorrágica de Ebola**
- 7. Síndrome Leish- Nyhan**
- 8. Insuficiencia Cardíaca de más de 5 años de evolución**
- 9. Cirrosis Hepática**
- 10. Parálisis Cerebral**
- 11. Leucemia**

(c) Que la enfermedad listada haya sido diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de esta póliza y que se demuestre su padecimiento mediante Certificación de Diagnóstico del Médico Tratante que incluya la respectiva epicrisis y los soportes médicos.

b. SEGURO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

b.1. EXENCIÓN DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio adicional se otorga únicamente a asegurados que sean empleados del Contratante.

La Compañía exonerará del pago de primas por cobertura adicional de Seguro de Vida e Incapacidad Total y Permanente a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente, manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad y cumpla con las siguientes condiciones:

a. La terminación de su empleo haya ocurrido a causa de la incapacidad: (a) mientras se encontraba asegurado bajo esta póliza y las primas correspondientes a los seis (6) meses precedentes a la terminación del empleo hayan sido pagadas; (b) como resultado de una Incapacidad Total y Permanente, según se define en la póliza.

b. Que la Incapacidad Total y Permanente este diagnosticada médicamente a continuar sin interrupción desde la fecha de la terminación del empleo hasta la fecha del fallecimiento y que la póliza haya estado vigente durante dicho período.

La cantidad original de seguro en la fecha de su incapacidad, estará sujeta a la misma reducción de seguro que aplique a un Asegurado activo, según se indique en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

El período de exención de prima terminará cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- I. La fecha de terminación de la póliza;
- II. La muerte del asegurado; y
- III. La recuperación de la incapacidad del Asegurado.

Al recibir las pruebas de la muerte del Asegurado, la Compañía pagará a su beneficiario la cantidad de seguro de vida vigente en esa fecha. Si una póliza Individual hubiera sido emitida para convertir el seguro del Asegurado y si una reclamación de muerte ha sido pagada bajo la póliza individual, la Compañía no efectuará ningún pago bajo otra estipulación de la póliza.

La prueba inicial de tal incapacidad total y permanente deberá ser presentada dentro de un período de doce (12) meses desde que se inició tal incapacidad, y que el Asegurado haya estado incapacitado por un período no menor de tres (3) meses de forma continua y permanente inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. Posteriormente, la prueba subsiguiente de tal incapacidad total y permanente, deberá ser presentada dentro de cada período de tres (3) meses que siguen inmediatamente al

primero y de ahí en adelante cada tres (3) meses mientras dure la incapacidad y estuviere vivo el Asegurado.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar pruebas de Asegurabilidad satisfactorias de la existencia y continuidad de la Incapacidad Total y Permanente y de someter a exámenes físicos al Asegurado durante la incapacidad. En caso de que el Asegurado se rehúse a cumplir con estos requisitos, dejará de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza.

Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, la cual tendrá el derecho de examinar al Asegurado en cualquier momento durante dicha incapacidad. Si un Asegurado incapacitado no presenta las pruebas de la manera y dentro del período de tiempo especificado o rehusara ser examinado por la Compañía, desde esa fecha en adelante, dejará de tener derecho a este beneficio o cualquier otro beneficio de la póliza. En caso de que el Asegurado se rehúse a cumplir con estos requisitos, dejará de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza.

b.2. EXENCION DE PRIMAS Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio adicional se otorga únicamente a asegurados que sean empleados del Contratante.

Con el pago de la prima adicional correspondiente, este beneficio reemplaza al beneficio de Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente, indicado en el inciso b.1. anterior, bajo el seguro de vida.

La Compañía exonerará del pago de primas por cobertura adicional de Seguro de Vida e Incapacidad Total y Permanente a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente, manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad, con la condición de que suministre a la Compañía pruebas legales en la manera y dentro del período de tiempo especificado en esta póliza, siempre que:

- a. La terminación del empleo del Asegurado Afiliado haya ocurrido: (a) mientras dicho Asegurado se encontraba asegurado bajo esta póliza y siempre que las primas correspondientes a los seis meses precedentes a la terminación del empleo, debido a dicha incapacidad, hayan sido pagadas; y (b) como el resultado de una incapacidad total y permanente según se ha definido en esta póliza, y
- b. Dicha incapacidad total y permanente esté diagnosticada médicamente a continuar ininterrumpidamente desde la fecha de terminación del empleo hasta la fecha de la muerte.

Al recibir dichas pruebas la Compañía pagará al Asegurado un beneficio a base de pagos mensuales, como liquidación total de todas las obligaciones bajo los beneficios de seguro de vida de la póliza y sujeto a las condiciones siguientes:

- a. El primer pago mensual será pagadero dentro de los tres (3) meses después de recibida la prueba de dicha incapacidad total y permanente, pero nunca antes de que el Asegurado haya estado incapacitado total y continuamente por un período de seis (6) meses.
- b. El número de pagos mensuales será de 60, y cada uno será a base de la tarifa establecida en las condiciones particulares. Sin embargo, si la suma asegurada vigente al comienzo de la Incapacidad Total y Permanente es menor de la indicada en las condiciones particulares, el número de pagos mensuales se obtendrá dividiendo la cantidad de seguro entre el número indicado también en las condiciones particulares y la cantidad de dicho pago estará basada en el valor que tengan los plazos en la fecha en que el primero de estos sea pagadero y sobre la base del tipo de interés compuesto del 3% anualmente, cuya cantidad será el total de seguro a pagar. Ningún beneficio aplicará después de los 60 pagos mensuales.

c. Si dicha Incapacidad Total y Permanente es debida a, o acompañada por trastornos mentales y el Asegurado, se encuentra incapacitado para recibir dichos pagos mensuales, estos podrán ser pagados al representante legal debidamente autorizado.

d. Si cualquiera de los pagos a que el Asegurado tiene derecho, se encuentra sin pagar a la muerte del mismo, serán conmutados sobre la base del tipo de interés compuesto del 3% anual, y pagados a su beneficiario.

Si cualquier póliza individual ha sido emitida por la conversión del seguro del Asegurado, se entiende que la póliza colectiva deja de existir respecto de ese asegurado al que se aplicó la conversión.

Si el Asegurado vuelve al trabajo y por lo tanto llega a ser elegible bajo la póliza, su seguro quedará restaurado, sujeto al pago de las primas correspondientes. Sin embargo, la suma asegurada será:

(a) igual a la misma suma del seguro antes de la incapacidad menos el total de los pagos efectuados de renta por incapacidad; o,

(b) igual a la cantidad indicada en el párrafo (a) hasta que el Asegurado haya completado un período no menor de doce (12) meses consecutivos de trabajo activo después de su retorno, en cuyo caso deberá presentar pruebas de Asegurabilidad que, de acuerdo a parámetros médico-técnicos, resulten satisfactorias a la Compañía para rehabilitar la cantidad completa de seguro a la que consecuentemente tenga derecho. La cantidad completa de seguro entrará en vigencia en la fecha designada por la Compañía siempre que las pruebas de asegurabilidad presentadas sean satisfactorias a la misma, según parámetros médico-técnicos.

La prueba inicial de la Incapacidad Total y Permanente debe ser presentada

dentro de un período de doce (12) meses inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. En adelante, pruebas de la continuación de dicha Incapacidad Total y Permanente deberán ser presentadas dentro del período de tres (3) meses inmediatamente anterior a cada siguiente aniversario de la terminación del empleo. Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, la cual tendrá el derecho de examinar al Asegurado en cualquier momento durante dicha incapacidad. Si un Asegurado incapacitado no presenta las pruebas de la manera y dentro del período de tiempo especificado o rehusara ser examinado por la Compañía, desde esa fecha en adelante, dejará de tener derecho a este beneficio o a cualquier otro beneficio de la póliza.

**b.3. EXENCION DE PRIMAS Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
CON RESTAURACIÓN DE SUMA ASEGURADA**

Este beneficio adicional se otorga únicamente a asegurados que sean empleados del Contratante. **Con el pago de la prima adicional correspondiente, este beneficio reemplaza al beneficio de Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente, indicado en el inciso b.1. anterior, bajo el seguro de vida.**

La Compañía exonerará del pago de primas a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente, manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad, con la condición de que suministre a la Compañía pruebas legales en la manera y dentro del período de tiempo especificado en esta póliza, siempre que:

- a. La terminación del empleo del Asegurado Afiliado haya ocurrido: (a) mientras dicho Asegurado se encontraba asegurado bajo esta póliza y siempre que las primas correspondientes a los seis meses precedentes a la terminación del empleo, debido a dicha incapacidad, hayan sido pagadas; y (b) como el resultado de una incapacidad total y permanente según se ha definido en esta póliza, y

b. Dicha incapacidad total y permanente esté diagnosticada médicamente a continuar ininterrumpidamente desde la fecha de terminación del empleo hasta la fecha de la muerte.

Al recibir dichas pruebas la Compañía pagará al Asegurado un beneficio a base de pagos mensuales, como liquidación total de todas las obligaciones bajo los beneficios de seguro de vida de la póliza y sujeto a las condiciones siguientes:

a. El primer pago mensual será pagadero dentro de los tres (3) meses después de recibida la prueba de dicha incapacidad total y permanente, pero nunca antes de que el Asegurado haya estado incapacitado total y continuamente por un período de seis (6) meses.

b. El número de pagos mensuales será de 60, y cada uno será a base de la tarifa establecida en las condiciones particulares. Sin embargo, si la suma asegurada vigente al comienzo de la Incapacidad Total y Permanente es menor de la indicada en las condiciones particulares, el número de pagos mensuales se obtendrá dividiendo la cantidad de seguro entre el número indicado también en las condiciones particulares y la cantidad de dicho pago estará basada en el valor que tengan los plazos en la fecha en que el primero de estos sea pagadero y sobre la base del tipo de interés compuesto del 3% anualmente, cuya cantidad será el total de seguro a pagar. Ningún beneficio aplicará después de los 60 pagos mensuales.

c. Si dicha Incapacidad Total y Permanente es debida a, o acompañada por trastornos mentales y el Asegurado, se encuentra incapacitado para recibir dichos pagos mensuales, estos podrán ser pagados al representante legal debidamente autorizado.

d. Si el asegurado muere durante el período de los 60 pagos mensuales, el beneficiario recibirá el valor de la póliza de vida original

Si el Asegurado vuelve al trabajo y por lo tanto llega a ser elegible bajo la póliza, su seguro quedará restaurado, sujeto al pago de las primas correspondientes. Sin embargo, la suma asegurada será:

- a. Igual a la misma suma del seguro antes de la incapacidad menos el total de los pagos efectuados de renta por incapacidad; o,
- b. Igual a la cantidad indicada en el párrafo (a) hasta que el asegurado haya completado un período no menor de doce (12) meses consecutivos de trabajo activo después de su retorno, en cuyo caso deberá presentar pruebas de Asegurabilidad que, de acuerdo a parámetros médico-técnicos, resulten satisfactorias a la Compañía para rehabilitar la cantidad completa de seguro a la que consecuentemente tenga derecho. La cantidad completa de seguro entrará en vigencia en la fecha designada por la Compañía siempre que las pruebas de asegurabilidad presentadas sean satisfactorias a la misma, según parámetros médico-técnicos.

La prueba inicial de la Incapacidad Total y Permanente debe ser presentada dentro de un período de doce (12) meses inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. En adelante, pruebas de la continuación de dicha Incapacidad Total y Permanente deberán ser presentadas dentro del período de tres (3) meses inmediatamente anterior a cada aniversario de la terminación del empleo. Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, la cual tendrá el derecho de examinar al Asegurado en cualquier momento durante dicha incapacidad. Si un Asegurado incapacitado no presenta las pruebas de la manera y dentro del período de tiempo especificado o rehusara ser examinado por la Compañía, desde esa fecha en adelante, dejará de tener derecho a este beneficio o a cualquier otro beneficio de la póliza.

c. SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTAL - Aplicable al Afiliado

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza, al recibir la Compañía pruebas legales de que un Asegurado sufra cualquiera de las pérdidas que se estipulan en la Tabla de Indemnizaciones que aparece a continuación, como resultado directo de lesión corporal por causa accidental, conforme lo demuestre alguna contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de ahogamiento o de lesiones internas descubiertas mediante autopsia), y siempre que dicha pérdida se produzca dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del accidente que la ocasionó, se pagará al beneficiario, en adición al seguro de vida, la cantidad correspondiente a la pérdida en caso de fallecimiento por accidente del Asegurado. De sufrir cualquiera de las otras pérdidas especificadas en esta Tabla, se le pagará al propio Asegurado la cantidad que corresponda de acuerdo a dicha Tabla.

c.1. Tabla de Indemnizaciones

AL SUFRIR LA PÉRDIDA DE:	PORCENTAJE DE SUMA ASEGURADA
La vida	100%
Ambos brazos o ambas manos	100%
Ambas piernas o pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Un brazo o de una mano, junto con la de una pierna o de un pie	100%
Un brazo o de una pierna, junto con la irreparable vista de un ojo	100%
Parálisis incurable que impida todo trabajo	100%
Un brazo	65%
Una pierna	65%
Irreparable del habla	50%
Sordera total e incurable de ambos oídos	50%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Dedo pulgar o índice de una mano	25%
Dedo de la mano	6%

Dedo gordo del pie	8%
Cualquier otro dedo del pie	4%

En lo que respecta a las manos y los pies, la palabra pérdida implica desmembración causada por separación ya sea arriba, o en la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente. Con relación a los ojos, la palabra pérdida implica la pérdida total e irre recuperable de la vista. No se pagará más de la cantidad total del seguro por todas las pérdidas que sufra el Asegurado a consecuencia de algún accidente.

c.2. Doble Indemnización

El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas antes especificadas será el doble, si tales lesiones corporales ocurren bajo las siguientes condiciones:

- a) Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o
- b) Mientras el Asegurado se encuentre dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores de minas); o
- c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier edificio público en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio.

c.3 Exclusiones:

No se pagará el beneficio de doble indemnización por cualquier pérdida causada directa o indirectamente, parcial o totalmente por:

- a) Homicidio o tentativa de homicidio o por lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas.**

- b) Suicidio o tentativa de suicidio o lesión asestada a si mismo intencionalmente, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.**
- c) Insurrección o guerra declarada o no, guerra civil, revolución o cualquiera acción atribuible a éstas. Cualquiera otra clase de desorden público o laboral.**
- d) Cualquier acto de terrorismo, invasión, sedición, bombardeos, usurpación de poder.**
- e) Energía nuclear (reacciones nucleares, radiación, contaminación)**
- f) Participación en algún tumulto, motín, cometer algún asalto o delito, asesinato, atentado, infracción o cualquier intento de violación de la ley o resistencia al arresto, allanamientos, destrucción de morada.**
- g) Conducir, viajar, abordar o descender de cualquier clase de aeronave si el asegurado es piloto, oficial o tripulante de tal aeronave o da o recibe clases de entrenamiento o instrucción o desempeña algún trabajo a bordo de tal aeronave, o que requiera el desembarque de ésta.**
- h) Tratar de abordar o descender de, o a consecuencia de ello, o por encontrarse en naves aéreas de combate o de guerra o de entrenamiento militar o policial, o de reconocimiento, o en aviones militares o de policía de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro o emergencia catastrófica.**
- i) Por encontrarse en una nave aérea que está siendo usada en vuelos de fumigación, o durante vuelos de carácter deportivo o acrobático o de**

- aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.
- j) Enfermedad física o mental, o debido a algún tratamiento médico o quirúrgico o a diagnóstico de éstos.**
 - k) Infección de protozoos o de bacterias (excepto solamente de infección piógena que ocurra simultáneamente de una cortada o herida accidental visible).**
 - l) Tomar veneno o causarse asfixia por inhalar gas ya sea voluntaria o involuntariamente.**
 - m) Lesiones sufridas al participar en competencias de velocidad en cualquiera clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo o cualquier otro deporte extremo.**
 - n) Accidentes ocasionados como consecuencia de que el asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope; y los accidentes que se produzcan en estado legal de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.**
 - o) Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el asegurado esté prestando servicio en la fuerza policial, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o participación en grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**
 - p) Daños o muerte causada por armas de fuego, armas corto punzantes, artefactos explosivos y/o incendiarios, cualesquiera sean las circunstancias en que ocurran.**

q) Daños o muertes por latrogenia médica en casos de tratamientos quirúrgicos o médicos los cuales se demuestren negligencia e impericia por parte de médicos tratantes.

VII. ESTIPULACIONES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA, MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTAL

a. CESIÓN

Los derechos del seguro proporcionados por este seguro no podrán ser cedidos.

b. AVISO Y PRUEBA DE MUERTE Y DESMEMBRACIÓN

La notificación por escrito del fallecimiento o pérdida del Asegurado debe ser presentada por escrito a la Compañía en sus oficinas, ubicadas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de su fallecimiento o pérdida, acompañada de los siguientes documentos:

- Formulario de Reclamación por Muerte (que será proporcionado por la Compañía).
- Carta del Contratante notificando la muerte del Asegurado.
- Certificación de la defunción emitida por el Registro Civil. En caso de que el fallecimiento ocurriese fuera de Costa Rica, certificado de defunción emitido por la autoridad competente en el lugar del deceso, debidamente apostillado o, en su defecto, debidamente autenticado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica.
- En caso de muerte en un accidente: si el accidente fue de tránsito se deberá entregar fotocopia del Parte Policial, en caso contrario el parte oficial del Organismo de Investigación Judicial.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad Personal o Partida de Nacimiento del fallecido.
- Original del Certificado de Defunción.
- Copia de la tarjeta de enrolamiento.
- Copia de la Cédula de Identidad Personal o Partida de Nacimiento del o los beneficiarios. Al momento de hacer entrega de la liquidación del seguro los mismos deberán presentar su documento de identidad original.

El aviso de desmembración o pérdida de la vista accidental deberá presentarse bajo las mismas reglas en un lapso no mayor de 12 meses después de ocurrido el siniestro, acompañado del formulario correspondiente (proporcionado por la Compañía) y de una carta del Contratante indicando el motivo de la incapacidad del Asegurado. El Asegurado se obligará entonces a asistir a consulta con el médico designado por la Compañía quien evaluará su condición y el alcance de su incapacidad.

El dejar de enviar tales notificaciones o pruebas dentro del tiempo estipulado en este documento no invalidará reclamación alguna, siempre que se demuestre que no fue factible hacerlo dentro de ese período de tiempo y que tales avisos o pruebas fueron presentados tan pronto como fue razonablemente posible.

La compañía resolverá la reclamación dentro de los (treinta) 30 días naturales siguientes al momento en que se completen a satisfacción de la Compañía los documentos y trámites que correspondan al siniestro. Toda reclamación será pagada al Asegurado dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la notificación de la aprobación del siniestro por parte de la Compañía. En caso de que la Compañía rechace la reclamación, el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con la legislación costarricense.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A06-212 de fecha 9 de diciembre del 2010.