

POLIZA COLECTIVA DE SALUD (COLONES) - No 296**COLEGIO FEDERADO DE INGENIEROS Y DE ARQUITECTOS DE COSTA RICA S.A****-ANEXO-
CUADRO DE SEGURO**

**BENEFICIOS MAXIMOS PARA EL COLEGIADO
RELACIONADO CON LA OCUPACION O NO – COLEGIADO**

LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	PLAN BASICO COSTA RICA
Máximo Anual Renovable por persona	₡ 1.000.000,00
El Máximo Vitalicio para los cargos por Servicios relacionados con el SIDA (Esta cantidad será el máximo aplicable a este beneficio durante el tiempo que el asegurado permanezca en la póliza)	₡ 150.000,00
Deducible Año Calendario Costa Rica	₡ 40.000,00
Porcentaje de Cobertura – Coaseguro	80% - 20%
Aplicación de Cobertura	Por reembolso

COBERTURAS SIN APLICAR DEDUCIBLE – POR REEMBOLSO	MAXIMO	COPAGO
Consulta Médica Ambulatoria	₡ 45.000,00	₡ 20.000,00

COBERTURAS AL 80% DESPUES DE CUBRIR EL DEDUCIBLE – POR REEMBOLSO	MAXIMO	COBERTURA
Estudios de diagnóstico (Laboratorios, Rayos X, RMI, etc)	₡300.000,00	80% por año póliza
Uso del Cuarto de Urgencias por Accidente o Enfermedad (Ver listado de Enfermedades Crítico Detalladas)	₡200.000,00	80% por año póliza
Cirugía Ambulatoria	₡500.000,00	80% por año póliza
Terapias Físicas (50 Terapias anuales)	₡15.000,00	80% por año póliza

BENEFICIOS ESPECIALES

COBERTURAS AL 80% DESPUES DE CUBRIR EL DEDUCIBLE – POR REEMBOLSO	MAXIMO	COBERTURA
Ambulancia Terrestre Local	₡ 50.000,00	80% por año póliza
Se incluyen Medicinas recetadas a pacientes no Hospitalarios	₡ 300.000,00	80% por año póliza
Control Ginecológico 1. Examen de Papanicolau y consulta una vez al año - Asegurada titular 2. Examen de mamografía preventiva aplica a partir de los 40 años de edad – Asegurada titular	R&A	80% por año póliza
Control Urológico 1. Examen PSA en sangre una vez al año – Asegurado titular mayor de 40 años	R&A	80% por año póliza

Generalidades

- El programa emitido para El Colegio está orientado para la atención de gastos médicos en atención privada por accidente o enfermedad, de acuerdo a las condiciones contratadas por el tomador de la póliza y según el cuadro de beneficios indicado en el contrato. Las atenciones preventivas no se cubrirán, a excepción de lo detallado en las condiciones particulares.

- No se cubren preexistencias durante los primeros 6 meses.
- Durante los primeros 6 meses de cobertura en el programa, se contará con acceso para atenciones en caso de accidentes. Posterior a este periodo se determina cobertura para las atenciones médicas por enfermedad.
- La póliza es ocupacional y no ocupacional para el colegiado.
- Para colocar y mantener el plan vigente se deberán tener mínimo 10 asegurados principales aprobados.
- Se incluye la coordinación de beneficios.
- Incluye el traslado del deducible por gastos incurridos durante los últimos tres meses del año calendario.
- Es importante considerar que el pago de las fisioterapias se efectuará una a una vía reembolso, esto con el objetivo de que el cobro se efectúe una vez incurrido cada gasto y requieren que se presente un formulario por cada factura presentada.
- **Tratamientos prolongados:** Para este contrato estaremos aplicando como excepción comercial el pago de tratamientos continuos en un solo reclamo, hasta los límites señalados en el cuadro de beneficios. Deben de presentar copia de la receta médica con la indicación del periodo del tratamiento, copia del formulario completo por el médico, formulario original completo por el asegurado y factura original y desglosada. La receta médica debe de renovarse cada 6 meses.

Condiciones Catastróficas

Se cubrirán al co-aseguro correspondiente después de completar el deducible correspondiente todos aquellos gastos por o relacionados con los siguientes tratamientos o procedimientos: Hemodinámica, Neurocirugía, Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía de corazón abierto, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones (de acuerdo a lo indicado en el cuadro de beneficios), Transplante de órganos, Politraumatismo, Casos de Oncología (Radio y Quimioterapia), Cuidado Critico Neonatal (de acuerdo a lo indicado en el cuadro de beneficios) y Exámenes de Resonancia Magnética.

Urgencias por Enfermedad

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), enfermedades del sistema respiratorio, fiebre alta continua en menores de seis (6) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento u obnubilación, dolor abdominal agudo (Abdomen quirúrgico, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, entre otros), cólico biliar/colecistitis aguda, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas (incluye Neumonía), deshidratación moderada-severa, intoxicación aguda, cólico nefrouretral, trombosis, gastroenteritis (vómito o diarreas), convulsiones, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, coma, cuerpo extraño en ojos, nariz, garganta y oídos, mordedura de animales, esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, heridas cortantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, escroto agudo, descompensación diabética aguda.

**-ANEXO DE ACLARACIONES-
CONDICIONES GENERALES**

Considerando que el condicionado general aplica de forma independiente para todos nuestros contratos colectivos de salud y este se encuentra inscrito ante el ente regulador, la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), no se pueden efectuar modificaciones. No obstante Pan American establece condiciones particulares según las necesidades y características de cada grupo, las cuales se detallan en el presente documento.

A continuación detallamos algunas aclaraciones relacionadas a las condiciones generales de nuestro programa de seguros:

- Entiéndase que el Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica no mantiene una naturaleza jurídica de empresa.
- En la cláusula de terminación de la póliza los plazos señalados y los porcentajes determinados en el inciso d, aplican para las terminaciones anticipadas del contrato. Recordemos que la vigencia del contrato es de un año y no aplicaría estas anotaciones, sin embargo el contratante tiene el derecho de terminar el contrato en cualquier momento aplicando lo señalado en esta cláusula (Página 24)
- Por la naturaleza del negocio, en cualquier sección de las condiciones generales en donde se refiera a empleado, trabajador o colaborador; entiéndase por Agremiado o Colegiado.
- En la sección de declaraciones falsas e inexactas, se menciona el dolo como una justificante para facultar a la aseguradora a efectuar ajustes en las condiciones contractuales, sin embargo este debe de ser demostrado y sustentado por la aseguradora. Esta redacción es prácticamente una copia del artículo de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros que indica que el asegurado tiene la opción de aceptar las nuevas condiciones o de lo contrario el asegurador procederá a cancelar la póliza.
- La elegibilidad de los colegiados en el programa de seguros dependerá de las disposiciones que establezca el Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos como parte de sus políticas para la inscripción como agremiados.

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 revertir 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.