ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Cédula jurídica 3 – 101 – 593961

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS OPTIMUS

NOTA: Se indica que el producto registrado es copia fiel del producto "SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS OPTIMUS", registrado bajo el código P20-64-A11-750 en el marco de la transferencia total de cartera de Triple-S Blue, INC. I.I cédula jurídica 3-012-631203 a ASSA Compañía de Seguros, S.A, cédula jurídica 3-101-593961 debidamente autorizada mediante resolución SGS-R-2453-2022 del 3 de marzo de 2022 por la Superintendencia General de Seguros y la cual fue modificada y aclarada mediante resolución SGS-R-2456-2022 de fecha 16 de marzo del 2022.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

ADDENDUM – SUSTITUCIÓN DE ASEGURADORA, INFORMACIÓN DE CONTACTO Y CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS OPTIMUS

Queda por este medio mutuamente entendido entre ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante "La Compañía") y el Contratante/Tomador nombrado en las Condiciones Particulares, sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales de la Póliza y al presente Addendum, que vienen a modificar el Contrato de Seguro indicado, sujeto a los términos y condiciones contenidos en el mismo.

El derecho a gozar de las prestaciones que se pueda suministrar mediante este Addendum depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos los términos, condiciones y demás estipulaciones del Contrato de Seguro que se modifica mediante el presente Addendum.

I. DEFINICIONES

Para efectos especiales de este Addendum, se establecen las siguientes definiciones:

LA COMPAÑÍA: Se refiere a ASSA Compañía de Seguros, S.A., con cédula de persona jurídica número 3 – 101 – 593961, la cual está registrada en la SUGESE mediante la Resolución SGS-R-251-2009 con fecha de inscripción 27 de noviembre de 2009 e identificada con el código A05.

TRIPLE-S: Se refiere a Triple-S Blue, Inc., I.I. en Costa Rica, con cédula de persona jurídica número 3-012-631203, la cual está registrada en la SUGESE mediante la Resolución SGS-R-456-2010 con fecha de inscripción 08 de marzo de 2012 e identificada con el Código A11.

II. CONDICIONES GENERALES

CAMBIO DE ENTIDAD ASEGURADORA

A través del presente Addendum, la Compañía sustituye y toma el lugar de TRIPLE-S como la aseguradora responsable de proveer la cobertura necesaria de la Póliza, sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales de la Póliza.

Por lo anterior, a partir de la emisión de este Addendum, la Compañía se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones y al pago de la prima respectiva.

La cobertura de este Addendum está sujeta a que la póliza descrita se encuentre vigente y a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella por Addendum.

CAMBIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO Y PARA RECLAMOS

A través del presente Addendum, la Compañía manifiesta que para notificaciones, consultas o trámites referentes a su Póliza, deberá utilizar los siguientes medios de contacto de la Compañía en sustitución de los de TRIPLE-S:

CONSULTAS, NOTIFICACIONES Y OTRAS COMUNICACIONES:
Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica | Teléfono: (506)

2503-2700 | Fax: (506) 2503-2797 | Apartado: 46-6155, Fórum, Santa Ana | Correo electrónico:contacto@assanet.com

AVISO DE SINIESTRO:
Teléfono: (506) 2503-ASSA (2503-2772) | Correo electrónico: reclamoscr@assanet.com

CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

A través del presente Addendum, y siempre que su Póliza incluya esta posibilidad, la utilización de servicios médicos fuera de la República de Costa Rica será por medio del proveedor que, de tiempo en tiempo, la Compañía establezca en Estados Unidos de América y comunique a los Asegurados a través de su página web. Por lo tanto, quedan sin efecto las disposiciones originales de la Póliza referidas a los *Arreglos entre Planes (Inter Plan Arrangements)* con licenciatarios de BlueCross y/o BlueShield fuera del área geográfica de Costa Rica, lo cual incluye al programa BlueCard® o Programa Tarjeta Azul y el programa BlueCross BlueShield Global Core.

La Compañía garantiza que la red que seleccione será equivalente a la red BlueCross BlueShield en todos los aspectos sustanciales, incluyendo los servicios que prestan. En el resto del mundo (exceptuando Estados Unidos de América), se cubrirán los gastos fuera de red.

ARTÍCULO SUPLETORIO

En todo lo que no esté previsto en este Addendum, se aplicarán las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales que rigen este seguro, por lo cual las restantes condiciones contractuales de su Póliza, que incluye prima, deducibles, exclusiones, periodos de disputabilidad y carencias, se mantienen inalterados.

En fe de lo cual, se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

Assa Compañía de Seguros, S. A.

Representante Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1012 de fecha 16 de junio del 2024.

TRIPLE-S BLUE, INC.I.I.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS OPTIMUS

CONTRATO TIPO

LAS PRESENTES CONSTITUYEN LAS CONDICIONES GENERALES

CODIGO DE PRODUCTO: P20-64-A11-750

FECHA DE REGISTRO: 07-02-2018

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

María Teresa Patiño Peláez
Representante Legal

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

INDICE

I.DEFINICIONES 9
II.DOCUMENTACION DE LA POLIZA 28
BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA. 28
III.AMBITO DE COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS 29
BENEFICIO MÁXIMO POR AÑO POLIZA Y POR ASEGURADO. 30
SUMA ASEGURADA PARA LAS DIFERENTES COBERTURAS 30
EMPLEADOS O AFILIADOS ELEGIBLES PARA EL SEGURO 30
COBERTURA BÁSICA DE GASTOS MEDICOS. 31
GASTOS CUBIERTOS 32
GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE 33
COBERTURA LIMITADA DE GASTOS AMBULATORIOS 33
COBERTURA BASICA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA 33
GASTOS POR CIRUGIA: 34
COSTOS DE HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA 35
COBERTURA DE MUERTE POR CAUSA NATURAL O CAUSA ACCIDENTAL. 35
GASTOS FUNERARIOS. 36
COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL O DESMEMBRAMIENTO. 36
COBERTURAS OPCIONALES 37
A.BENEFICIO DE MATERNIDAD: 37
B.CUIDADO CRÍTICO NEONATAL. 38
C.TRASPLANTE DE ÓRGANOS 38
D.BENEFICIOS PREVENTIVOS 39
E.AMBULANCIA TERRESTRE Y AMBULANCIA AÉREA 40
F.CIRUGÍA DE ESTERILIZACIÓN 40
G.COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO FUERA DEL PAIS DE RESIDENCIA. 41
H.TRATAMIENTOS POR PSIQUIATRÍA Y/O PSICOLOGÍA 41
I.TRATAMIENTOS POR ALCOHOL Y/O DROGAS 41
J.OTROS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS 41
K.COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 42
L.COBERTURA DE ENFERMEDADES CRÍTICAS Y/O CATASTRÓFICAS: 44
EXCLUSIONES 45
DEDUCIBLE 51
COASEGURO 52
PLAZOS DE ESPERA O PERIODOS DE CARENCIA 52
LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES 54
IV.DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS 55
V.OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO 56
VI.PRIMAS 56
POSIBILIDAD DE MODIFICACION DE PRIMAS POR LA COMPAÑÍA: 57
VII. PERIODO DE GRACIA Y MORA EN EL PAGO 59
VIII.DESCUENTOS Y RECARGOS 60
FRACCIONAMIENTO DE PRIMA 61
UTILIZACIÓN DEL SEGURO-PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS 62
AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES 65
REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN Y TRÁMITE DE RECLAMOS 65
INFORMES DE MEDICOS Y DE HOSPITALES 68

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

EXAMEN MEDICO....68
PRUEBA DEL SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACION....68
PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS....69
RECHAZO DEL RECLAMO, ACCIONES DE APELACION Y REVISION....69
PAGO DE BENEFICIOS POR ESTA PÓLIZA Y LIQUIDACION DE GASTOS....69
DERECHO DE AUTOPSIA....69
IX.VIGENCIA. PRORROGAS, RENOVACIONES, REHABILITACION Y TERMINACION....69
INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA. 70
REHABILITACION DE LA POLIZA. 70
CANCELACION RESCISION O NULIDAD RELATIVA O ABSOLUTA DE LA POLIZA. 70
TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA. 71
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LOS ASEGURADOS....71
TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA. 71
X. CONDICIONES VARIAS....72
DECLARACIONES EN LA SOLICITUD. 73
RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACION DEL RIESGO. 74
ACCIONES FRAUDULENTAS. 74
MODIFICACIONES A LA PÓLIZA. 74
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. 74
CAMBIO EN LA COBERTURA DE SEGURO Y CAMBIO DE CLASIFICACION. 75
REGISTRO DE ASEGURADOS AFILIADOS Y FAMILIARES DEPENDIENTES ASEGURADOS. 75
CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN....75
RECTIFICACION DE LA POLIZA 76
CESION....76
IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES. 76
EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS. 76
PAGOS INDEBIDOS. 77
MONEDA. 77
SUBROGACION. 77
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION. 78
PRESCRIPCION 78
LEGITIMACION DE CAPITALES 78
RESPONSABILIDAD DE LA POLIZA Y USO DE LA MARCA....78
LEGISLACION APLICABLE 79

XI.INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS 79

RESOLUCIONES EN SEDE ADMINISTRATIVA....**79**
MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. **79**
TRIBUNAL CON JURISDICCION. **79**

XII.COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES....80

COMUNICACIONES. **80**
ANEXO 1. PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SEGUROS, AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMOS....81
ANEXO 2. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD....88
ANEXO 3. COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO FUEROA DEL PAIS DE RESIDENCIA....90
ANEXO 4. CUADRO DE BENEFICIOS Y OPCIONES DE LIMITES, COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES....105

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

TRIPLE-S BLUE, INC.I.I.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

TRIPLE-S BLUE, INC.I.I., es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza, y acuerda pagar los beneficios de acuerdo con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la presente póliza.

TRIPLE-S BLUE, INC.I.I. es concesionario independiente de la BlueCross and BlueShield Association, lo que permite a TRIPLE-S BLUE, INC.I.I. comercializar sus productos en Costa Rica con el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA, lo que faculta a las personas aseguradas en esta póliza acceder fuera del territorio de la República de Costa Rica, a los servicios y beneficios con otros licenciatarios de BlueCross and BlueShield Association a nivel mundial, según se establece en las Condiciones Generales de esta póliza.

Esta La Póliza es emitida en consideración a las declaraciones en la Solicitud del Tomador, que forma parte de la presente póliza y al pago de la primera prima. El certificado para cada Asegurado se emite de acuerdo con la solicitud de inclusión, la cual se adhiere a la documentación.

El área de servicio de BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA es la República de Costa Rica. Esta póliza se emite a residentes de la República de Costa Rica, cuyo domicilio permanente está ubicado dentro del área de servicio.

El presente es un contrato tipo en que las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados, no obstante, las partes de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, sublímites, copagos, deducibles y coaseguros dentro de un rango de alternativas establecidas por la TRIPLE-S BLUE, INC, conocida con el nombre comercial de BlueCross BlueShield Costa Rica, así como una serie de beneficios opcionales, únicamente por solicitud expresa del Contratante o Tomador del seguro colectivo, según el tipo de riesgo y composición del grupo asegurado.

TRIPLE-S BLUE, INC., es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza.

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

_____
María Teresa Patiño Peláez
Representante Legal

CONDICIONES GENERALES

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Las presentes constituyen las Condiciones Generales del **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS OPTIMUS CONTRATO TIPO,** el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

I. DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza las siguientes frases, palabras y términos, deben entenderse de la forma siguiente:

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.

ACUPUNTURA: Práctica de la medicina china y japonesa, que consiste en la Introducción de una o más agujas que se realiza en una parte del cuerpo y tiene una finalidad curativa o terapéutica.

ALERGIAS: Las alergias, también llamadas reacciones de hipersensibilidad, son respuestas exageradas de las defensas de nuestro organismo, al entrar en contacto con determinadas sustancias, llamadas alérgenos. Uno de los grupos de alérgenos más frecuentes son los pólenes, unas células reproductoras de las plantas, hongos ambientales, los ácaros, el polvo y los epitelios de algunos animales, como los perros, gatos, caballos y roedores. También pueden generar reacciones alérgicas determinados alimentos o fármacos y la picadura de insectos como abejas o avispas.

ADENDA: Para los efectos de esta póliza, se refiere a la documentación que se agregue para reportar cambios durante la vigencia del contrato, tales como: el domicilio del asegurado, dirección contractual, inclusión o exclusión de beneficiarios y otros.

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS DE LA COMPAÑÍA: Se refiere a la Unidad administrativa de la Compañía, ubicada en el domicilio de ésta, encargada de recibir la documentación para el pago de los reclamos, realizar el ajuste, solicitar información adicional en caso necesario, y confeccionar los pagos a los asegurados, a los proveedores afiliados o prestadores de servicios, según corresponda.

AMBULANCIA: Transporte de emergencia terrestre o aéreo, nacional o internacional, destinado y legalmente autorizado para trasladar personas lesionadas o enfermas, desde el lugar donde ocurre el evento cubierto o se manifiesta o contrae la enfermedad, hasta el centro médico facultado para su atención.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

AÑO CALENDARIO: El periodo de doce (12) meses consecutivos entre el primero (1º.) de enero al treinta y uno (31) de diciembre del mismo año.

ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA: Se define como cada año subsiguiente a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, que se indica en las Condiciones Particulares.

AÑO PÓLIZA: Significa un período de un año contado desde la fecha de inicio de la vigencia 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: collares, abrazaderas, braceros, rodilleras, tobilleras, corsés ortopédicos, férulas, yesos para ligamentos lastimados y otros.

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

ARREGLOS ENTRE PLANES O "INTER PLAN ARRANGEMENTS": Relaciones de servicios médicos que mantiene BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA con otros licenciatarios de Blue Cross y/o Blue Shield fuera del área geográfica de Costa Rica.

ASEGURABLE: Significa ser apto para obtener un seguro, de acuerdo con los requerimientos de la Compañía.

ASEGURADO: Es el afiliado 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, aprobada 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.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: Consultas y cargos misceláneos por atención durante las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE EXPEDIENTES PARA EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO Y TRÁMITE DE RECLAMOS: Es el formulario mediante el cual se autoriza a la Compañía para revisar, reproducir y recopilar información relacionada con la salud, tales como expedientes clínicos o administrativos, ya sea de instituciones públicas o privadas, centros de salud, consultorios, hospitales y anteriores compañías

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

de seguros, en las cuales el Asegurado, su cónyuge o sus dependientes, han sido atendidos o han estado asegurados, de conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros No. 8956.

La recopilación o reproducción (incluye fotocopiado y escaneo), se hará por medio de profesionales en Medicina o Técnicos en registros médicos, acreditados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o por funcionarios debidamente autorizados por la Compañía para tal fin, o bien mediante documentación aportada por el mismo solicitante o asegurado a satisfacción de la Compañía.

BENEFICIARIO: Es la persona designada por el asegurado, que después de su fallecimiento, recibirá los beneficios de las coberturas de muerte y cualquier otro beneficio indicado en las Condiciones Generales o Particulares de la póliza.

BENEFICIOS AMBULATORIOS: Se refiere a los beneficios de atención médica, de laboratorio y otros servicios, que no requieren de hospitalización o internamiento, que incluyen, pero no están limitados a:

1. Servicios integrales de diagnóstico y evaluación.
2. Tratamiento y cuidado ambulatorio, cuidados de emergencia, rehabilitación y servicios de soporte de transición.
3. Consulta profesional.
4. Medicinas de farmacia, siempre que sean recetadas por el médico tratante y se presente la factura original de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.
5. Servicios integrales de análisis de laboratorio, centros de diagnósticos e Imagenología y su evaluación.
6. Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas; alquiler de sillas de ruedas.
7. Quimioterapias, radioterapias y diálisis.

BENEFICIO OFTALMOLÓGICO: Beneficio que incluye examen de la vista y suministro de lentes, de conformidad con lo estipulado en las condiciones particulares del contrato.

BOTAS, CALZADO O PLANTILLAS ORTÓPEDICAS: El calzado ortopédico o las plantillas, que se utilizan para recuperar y corregir poco a poco las malformaciones de las piernas o los pies.

CERTIFICADO DE SEGURO: Es el documento que se le entrega al Asegurado Principal como evidencia de las condiciones en que se otorga el seguro, en el que se referencian los beneficios, limitaciones y exclusiones.

CESÁREA: Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

CHEQUEO MÉDICO: Evaluación de la condición de salud mediante exámenes y entrevista por parte de un profesional médico, para prevención y/o detección temprana de enfermedades u otras condiciones.

CIRUGÍA COSMÉTICA O ESTÉTICA: Procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar o modificar la apariencia física, sin que exista una enfermedad o lesión accidental que lo amerite. **La cirugía cosmética no está cubierta por esta póliza y** no se considera una cirugía reconstructiva, por razones de naturaleza psiquiátrica, psicológica o por el peso del Asegurado.

CIRUGÍA MENOR: La Cirugía Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados en centros de atención primaria o unidades hospitalarias, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Procedimiento quirúrgico efectuado para restaurar estructuras anormales del cuerpo y mejorar defectos en función y apariencia, que hayan sido resultado de una enfermedad o lesión accidental o por cirugía previa requerida como consecuencia de una enfermedad o accidente, que fue cubierta por el seguro y que sea médicamente necesario.

CLASE: Son los distintos grupos de asegurados, cubiertos bajo esta póliza, a quienes se les otorga las coberturas diferenciadas, que elija el Contratante.

COASEGURO: Es el porcentaje de los gastos cubiertos por la póliza, después de pagar o acumular el deducible, que el asegurado debe asumir según se establece en las condiciones particulares del contrato de seguro. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.

COBERTURA INTERNACIONAL O MUNDIAL: Es la cobertura ofrecida fuera del área geográfica local o regional.

COBERTURA LOCAL O REGIONAL: Es la cobertura que se ofrece solamente en un área geográfica, dentro de la cual los servicios del plan de seguro son usualmente proporcionados al Asegurado. Para los efectos de esta póliza, la cobertura local o regional está limitada a los países de Latinoamérica, de conformidad con la definición incluida en esta cláusula, entendiéndose que aplican los respectivos costos usuales, razonables y acostumbrados (URA) de cada país, para el pago de los servicios y atenciones que se brindan a los asegurados.

COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO POR ENFERMEDAD AGUDA O ACCIDENTE: Cubre las enfermedades agudas y los accidentes que ocurren durante un viaje al exterior, hasta el monto máximo especificado en las condiciones particulares del contrato, en caso de que el Contratante la solicite.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

COMPAÑÍA, NOSOTROS: Se refiere a Triple S Blue INC, que utilizará el nombre comercial de BlueCross BlueShield Costa Rica.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Para los efectos de esta póliza se consideran las siguientes complicaciones, siempre y cuando no sean por causa de enfermedades o condiciones preexistentes tales como la trombofilia, toxoplasmosis o hipertiroidismo en cuyo caso, este último, las complicaciones no estarían cubiertas por la póliza:

a. Terminación espontánea del embarazo, ocurrida durante el periodo de gestación, donde un nacimiento viable, no es posible;
b. Cualquier condición que requiera internamiento en un hospital antes del parto (cuando el embarazo no ha terminado), cuyo diagnóstico sea distinto al de embarazo, pero causado o adversamente afectado por el embarazo por nefritis aguda; nefrosis; descompensación cardiaca; aborto interrumpido. condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, previo al alumbramiento
c. Preeclampsia, y,
d. Falsa labor de parto; o manchas ocasionales; o periodo de descanso prescrito por el Médico durante el embarazo; o náusea matinal; o condiciones similares asociadas con un embarazo difícil.

COMPLICACIONES DEL NACIMIENTO: Cualquier desorden no genético que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días a partir del nacimiento incluyendo, pero no limitado a niveles elevados de bilirrubina en sangre, hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, enfermedad respiratoria y traumatismo al nacer, producida por un trastorno en el desarrollo embrionario o durante el parto.

CONDICIONES CONGÉNITAS: Cualquier condición, enfermedad, desorden o defecto, que esté presente en el momento del nacimiento o antes del mismo, de origen genético o hereditario, independientemente de que se manifieste y/o se diagnostique por primera vez al momento del nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

CONDICIONES PREEXISTENTES: Se refiere a cualquier enfermedad, incluyendo cualquier condición durante o resultante de un Embarazo, o lesión o enfermedad de un Asegurado:

a. Que existía en la fecha en que se haya perfeccionado el presente contrato de seguro, y/o cuyos síntomas, incluyendo la concepción en el caso de embarazo, se encontraban presentes en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o antes.
b. Por la cual el Asegurado fue atendido o le efectuaron exámenes, tuvo consultas, recibió tratamiento médico o quirúrgico, aviso o diagnóstico, o por las que hubiera incurrido en gastos médicos con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Toda condición preexistente conocida por el asegurado debe ser revelada en la solicitud de seguro. Cualquier condición preexistente no revelada y conocida por el asegurado, puede dar como resultado el rechazo de un reclamo. El asegurado se compromete a suscribir el formulario: "Autorización para Consulta de Expedientes". El asegurado está obligado a someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por la Compañía, a fin de determinar o no una preexistencia, los costos serán a cargo de esta última. Corresponderá a la Compañía la carga de la prueba en caso de que alegue preexistencia.

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

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

CONTINUIDAD TOTAL DE COBERTURA: Es un beneficio que solamente puede otorgarse cuando el Contratante o el Asegurado, aportan toda la información sobre las enfermedades o condiciones existentes, antes de la inclusión a un seguro anterior y durante su vigencia, así como las primas y reclamaciones pagadas, debidamente documentadas por la compañía aseguradora anterior.

De conformidad con todas esas condiciones declaradas, la Compañía podrá evaluar el riesgo y determinar si otorga o no la continuidad en estos términos.

CONTINUIDAD PARCIAL DE COBERTURA: Es un beneficio que solamente puede otorgarse cuando el Contratante o el Asegurado, aportan toda la información sobre las enfermedades o condiciones que se presentaron durante la vigencia de un seguro anterior. Igualmente, deberá presentarse la información de las primas y reclamaciones pagadas, debidamente documentadas por la compañía aseguradora anterior.

De conformidad con todas esas condiciones declaradas, la Compañía podrá evaluar el riesgo y determinar si otorga o no la continuidad en estos términos.

CONTRATANTE O TOMADOR: 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 o miembros del grupo 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. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación. En el caso de que una sociedad corredora de seguros participe como Intermediario de Seguros de esta Póliza, el

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Contratante deberá aclarar a los Asegurados si la misma actúa como asesor con contraprestación de honorarios asumida por el Contratante, y detallará las obligaciones y responsabilidades de la misma.

CONTROL INFANTIL: Es el control o supervisión de salud que comprende las consultas regulares de revisión y las acciones de prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades u otras condiciones médicas, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento. Este beneficio aplica hasta que el niño o niña, cumpla 6 años de edad o hasta la edad que se establezca en las condiciones particulares de la póliza.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: En el caso de que el Asegurado tenga cobertura médica bajo otra póliza (doble cobertura), sea o no como asegurado principal, serán reembolsados por la Compañía los gastos elegibles proporcionales entre los seguros existentes sin exceder el cien por ciento (100%) de la totalidad de los gastos, aplicando las estipulaciones vigentes del contrato.

COPAGO: 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, si así se establece en las condiciones particulares del seguro. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía**.**

COSMÉTICO: Toda aquella sustancia de origen natural o sintético, o mezcla de sustancias o productos que no contengan ingredientes activos o propiedades terapéuticas, y que no ha sido registrado como medicamento ante las autoridades facultadas para este efecto, tales como: bloqueadores, protectores solares, cremas faciales, cremas para manos o cuerpo, bases de maquillaje, talcos y lociones.

CUADRO O ESQUEMA DE BENEFICIOS: Es el compendio de beneficios que contiene las condiciones particulares de la póliza, en el cual se detallan las coberturas, deducibles, coaseguros y montos asegurados correspondientes.

CUIDADOS BAJO CUSTODIA: son los servicios proporcionados que incluye, pero no están limitados a la asistencia personal que no requiere la destreza de un profesional.

CUIDADOS DE DESCANSO: Se refiere a suministros o tratamientos de mantenimiento o terapia en cualquier facilidad que incluye: balnearios, hidroclínicas, instituciones de rehabilitación, sanatorios, instituciones de descanso o de cuidado con custodia, hogar para la tercera edad, o instituciones que no sean un Hospital, cuidado domiciliario o cuidados de salud a domicilio.

CUIDADOS DE MATERNIDAD: Es la atención proporcionada y facturada por un proveedor autorizado, por cualquier condición durante y resultante de un embarazo.

DEDUCIBLE: Es el monto que el Asegurado es responsable de asumir, antes de la aplicación del

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

coaseguro, y antes de que sea efectivo el pago de la indemnización bajo el plan elegido en esta póliza. Este monto no será reembolsado por la Póliza.

DEPENDIENTES ELEGIBLES: Se consideran dependientes del asegurado principal:

1. El cónyuge: La persona física que forme parte de un matrimonio. Como sinónimo de cónyuge, se suele utilizar el término “esposo” o “esposa”.

2. El conviviente: La persona que se encuentre en unión de hecho pública, notoria, única y estable, por más de tres (3) años, entre un hombre y una mujer que posean aptitud legal para contraer matrimonio.

3. Los Hijos e Hijas solteros (as), hijastros o hijos adoptados legalmente, serán elegibles desde un día de nacido y hasta los veintiún (21) años de edad. Si ya estaban incluidos en la póliza a los 21 años, la cobertura se extenderá hasta la fecha de su cumpleaños número veinticuatro (24), a partir de la cual quedarán excluidos como dependientes, su cobertura será terminada y se procederá con el reembolso de la prima no devengada.

DESMEMBRAMIENTO: Para efectos de esta póliza, es la cobertura que otorga un porcentaje de la suma asegurada, en caso de que el asegurado principal o titular, sufra un accidente que provoque una pérdida total o funcional permanente de algún miembro u órgano del cuerpo, tal como se detalla en las condiciones particulares.

DESORDEN NERVIOSO O MENTAL: Son las enfermedades psiquiátricas generalmente aceptadas en Costa Rica por las entidades o instituciones médicas del país, y en caso de no existir regulación o normativa al respecto, se recurrirá a una o más de las siguientes fuentes: literatura médica de prestigio, consultas con médicos especialistas, Asociación Médica Americana (AMA), Manual de Diagnóstico y Estadística para Enfermedades Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Para los efectos de esta póliza, no se considera desorden nervioso o mental: la incapacidad de aprendizaje, los desórdenes de conducta, o problemas disciplinarios.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Es el criterio o juicio final emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica completa de la persona, incluyendo todos los exámenes físicos, pruebas de laboratorio, gabinete, rayos x o imágenes, así como cualquier otro procedimiento o prueba diagnóstica, examen histopatológico o citológico (de ser así necesario) y por los cuales se confirma la condición o enfermedad.

DOBLE COBERTURA: La doble cobertura se refiere a la situación en que un asegurado o beneficiario de esta póliza, también tenga cobertura bajo un seguro de otra compañía aseguradora. En este caso se

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

aplicará lo dispuesto en este Aparte I. DEFINICIONES, sobre COORDINACIÓN DE BENEFICIOS y EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS.

EDAD: Significa la edad del Asegurado a la fecha del último cumpleaños.

ELEGIBILIDAD: Condición necesaria para que se emita un seguro a un solicitante, a cuyo efecto se comprueba a través de la solicitud de seguro, la edad, estado de salud y otros elementos de suscripción de riesgo o mediante exámenes médicos o historial médico.

EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL: Pandemia que ha sido declarada como tal, por la Organización Mundial de la Salud. Algunas enfermedades que han sido catalogadas bajo esta categoría son: el coronavirus, el ébola, el zika y la gripe H1N1.

EMERGENCIA MEDICA: Es el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas de gravedad variable que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la aparición de dicha condición y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento, se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales o en la función o pérdida de algún órgano.

Para los efectos de esta póliza se entenderán como condiciones médicas de emergencia las siguientes:

Convulsiones, hemorragias, enfermedades agudas del sistema circulatorio (angina, infarto, crisis hipertensiva, ataque al corazón) y del sistema respiratorio (bronquitis aguda, neumonía, neumotórax, crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda), gastrointestinal (gastroenteritis, sangramientos, hemorragias, víscera perforada, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal), deshidratación severa, desmayo, intoxicación severa, reacción alérgica severa, shock anafiláctico, edema angioneurótico, reacción a medicamentos, cólico renal, sangre en la orina, retención urinaria, falla renal aguda, cefaleas intensas, fiebre alta en la infancia, dolor intenso en cualquier localización del cuerpo, crisis diabética, heridas graves, esguinces, fracturas, luxaciones, trombosis, quemaduras moderadas y/o graves, traumatismo severo o politraumatismo (no relacionado con ingesta de alcohol o drogas ilícitas), envenenamiento por mordedura de serpiente cuadros sépticos moderados y graves.

En caso de que se presente una condición como las descritas y que no haya transcurrido el periodo de carencia estipulado en la Cláusula PLAZOS DE ESPERA O PERIODOS DE CARENCIA, se entiende que se brindará cobertura únicamente para los gastos incurridos durante las primeras veinticuatro (24 horas), salvo que expresamente se hayan otorgado plazos diferentes o se haya eliminado la limitación del beneficio para las primeras 24 horas, en cuyo caso, deberá indicarse expresamente en las condiciones particulares del contrato.

EPIDEMIA: Una epidemia es una enfermedad que se extiende durante un determinado tiempo en una

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

zona afectando a un gran número de personas.

ENFERMEDAD: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo, manifestada por síntomas y unos signos característicos y diagnosticada por un médico.

ENFERMEDAD AGUDA: Es aquella que se presenta durante la vigencia de la póliza y que se caracteriza por una aparición súbita o repentina, de corta duración (máximo 48 horas).

ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Son las causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. Las zoonosis son enfermedades infecciosas en los animales que pueden ser transmitidas al hombre.

En caso de que se presente una enfermedad infecciosa, conforme a esta definición y que no haya transcurrido el periodo de carencia estipulado en la Cláusula PLAZOS DE ESPERA O PERIODOS DE CARENCIA, se entiende que se brindará cobertura únicamente para los gastos incurridos durante las primeras veinticuatro (24 horas), salvo que expresamente se hayan otorgado plazos diferentes o se haya eliminado la limitación del beneficio para las primeras 24 horas, en cuyo caso, deberá indicarse expresamente en las condiciones particulares del contrato.

EQUIPO MÉDICO DURADERO: Es el equipo médico prescrito por un médico, diseñado para uso continuo y que es médicamente necesario para la recuperación o rehabilitación funcional del organismo, el tratamiento de una enfermedad o lesión, así como para evitar la agravación o un mayor deterioro de la condición de salud de un asegurado, como, por ejemplo: camillas, muletas, sillas de ruedas, bastones, equipos y accesorios de oxígeno u otros que la compañía defina.

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: Es cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivo o suministro, que **no cumpla** con uno o varios de los siguientes criterios:

a. Que tal servicio o suministro se encuentra conforme a los estándares generalmente aceptados por la práctica médica en Costa Rica.
b. Que estudios publicados en literatura médica reconocida, y aceptados por la comunidad médica, demuestren que tal servicio o suministro tiene un efecto beneficioso neto en el resultado de la salud para un diagnóstico específico.
c. Que al momento de que tal servicio o suministro sea administrado a un Asegurado, éste ha sido aprobado para esa indicación o aplicación por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o en su defecto por la Administración de Alimentos y Medicamentes de los Estados Unidos de América

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

("FDA por sus siglas en inglés").

FAMILIA INMEDIATA: Para efectos de esta póliza, son considerados los parientes de primer, segundo y tercer grado de consanguinidad y afinidad, que incluye: padres e hijos, abuelos, hermanos y nietos, tíos y sobrinos; suegros, yernos o nueras, cuñados, tíos y sobrinos políticos.

FECHA DE PRÓRROGA: Se refiere a la fecha en la cual se extiende el plazo de la póliza contrato sin cambios en su contenido salvo algunos puntos excepcionales, como por ejemplo, un aumento de la prima debido al resultado de la aplicación de la fórmula de cálculo de la misma indicado en la cláusula "**PRIMAS**".

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 periodo de vigencia indicado en el certificado de seguro.

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 las condiciones particulares de la misma y que determinará las fechas de las prórrogas 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 CUBIERTOS: Son los Gastos Razonables Usuales y Acostumbrados (URA) incurridos por el Asegurado, mientras se encuentre cubierto por esta póliza, por servicios médicos necesarios, tratamientos, suministros y/o medicamentos prescritos, cubiertos por esta Póliza. Los gastos cubiertos se detallan en esta póliza.

GASTOS ELEGIBLES: Son los gastos en que incurre el Asegurado por razón de una enfermedad o accidente, que se encuentren dentro de los gastos usuales, razonables y acostumbrados, del país en que se brindó la prestación del servicio, que están cubiertos según las condiciones de la póliza. Sobre estos gastos se aplica el deducible y coaseguro correspondiente.

GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Son los honorarios previamente negociados que factura un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o semejante, para el tratamiento de condiciones o enfermedades afines por su naturaleza o severidad. Los honorarios que se facturen por tratamientos o suministros poco frecuentes o que no estén disponibles en un área o zona geográfica, serán determinados por la Compañía, considerando la naturaleza y severidad de la lesión o enfermedad, el nivel de complejidad, el grado de habilidad necesario del profesional de la salud y la especialidad del (o los) profesional (es) que intervengan en la atención del asegurado, así como los costos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas. El gasto usual, razonable y acostumbrado (URA), es utilizado para determinar el monto máximo a pagar por un servicio cubierto por la póliza de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

GENU VALGO: Deformidad de los miembros inferiores, piernas arqueadas en forma de paréntesis. Las rodillas se aproximan en su cara interna y los tobillos se separan.

GENU VARO: Deformidad de los miembros inferiores, piernas en forma de equis. Las rodillas se separan en su cara interna y los tobillos se acercan.

HABITACION PRIVADA: Es la habitación del hospital destinada a la hospitalización de un solo paciente y para el cual el hospital aplica su tarifa de Habitación Privada.

HABITACION SEMI-PRIVADA: Es una habitación del hospital destinada a la hospitalización de más de un paciente y para el cual, el hospital aplica su tarifa de Habitación Semi- Privada.

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 ejecutar acciones relacionadas con la salud de las personas, de acuerdo con la ley vigente en el área donde se encuentre ubicado. Dispone de instalaciones adecuadas para brindar atención a sus pacientes y con servicios de diagnóstico, emergencias, farmacia, laboratorio y tratamiento quirúrgico; así como el cuidado de personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, durante las veinticuatro (24) horas del día, bajo la supervisión y atención de un equipo de médicos y enfermeras graduados y con licencia para ejercer su profesión.

No se considera Hospital:
Un servicio de casa de reposo o unidad de convalecencia ubicado dentro de o afiliado al Hospital; un hogar de convalecencia, o institución de cuidados prolongados; una institución dedicada principalmente para el cuidado de ancianos, tratamiento de enfermedades mentales, adicción a las drogas, alcoholismo; o, un Resort, Spa o Sanatorio.

HOSPITALIZACIÓN: Es el periodo que comienza con el ingreso del Asegurado a un hospital u otra institución por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas. El internamiento concluye cuando el Asegurado es dado de alta de ese mismo sitio, a menos que sea trasladado a otro lugar similar para continuar el tratamiento de la misma condición de salud, u otra condición relacionada con ella. Este traslado será considerado parte de un mismo internamiento. El internamiento concluye al ser dado de alta de la última institución a la cual el Asegurado ha sido trasladado.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para efectos de este beneficio, la Incapacidad total permanente, es la que causa una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior al 66.66%, que le impide ejercer su profesión o actividad habitual mediante la cual genera ingresos.

LATINOAMÉRICA: Se refiere a todos los países en el Continente Americano, excluyendo a los Estados Unidos de América, Canadá, Puerto Rico y las Islas Vírgenes Estadounidenses

LESIÓN: Alteración o daño de un órgano que produce una modificación morfológica y/o funcional, causada por un accidente imprevisto, involuntario y que sea el resultado único y directo de un trauma externo y violento que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

LEVANTAMIENTO DE PERIODOS DE CARENCIA: Consiste en la eliminación de los noventa (90) días de espera para la utilización del seguro o del periodo indicado para alguna condición específica sujeta a carencia, previo análisis y por acuerdo o autorización por parte de la compañía.

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN Toda sustancia de origen natural, sintético o semisintético y toda mezcla de esas sustancias o productos que se utilizan para el diagnóstico, tratamiento y alivio de las enfermedades o estados físicos anormales, o de los síntomas de los mismos y para el restablecimiento o modificación de funciones orgánicas en las personas. Son medicinas cuya venta y uso están legalmente restringidas, relacionadas con un diagnóstico patológico, médicamente necesarias, que son ordenadas por un médico y que solo se pueden obtener con una receta escrita.

MÉDICO: Persona con estudios que está 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; siempre que no sea el Tomador, el Asegurado o parte de la familia inmediata del asegurado, tal como se define en este contrato.

MÉDICO 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.

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

MÉDICO O PROVEEDOR AFILIADO: 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 a los asegurados dentro de una Red de Proveedores Afiliados.

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

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

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

MONTO VITALICIO: Es el monto máximo que se pagará lo largo de todos los periodos anuales de prórroga de la póliza hasta su terminación definitiva, para cubrir las enfermedades, servicios o procedimientos que se limitan bajo esta suma, sin importar si la cobertura de la póliza del asegurado ha sido interrumpida o no, o fue terminada y posteriormente rehabilitada.

MUERTE ACCIDENTAL: Es la muerte por causas violentas, súbitas y externas. No se consideran accidentales, las lesiones que fueron provocadas por el Asegurado a sí mismo o las que fueron ocasionadas por terceros con el consentimiento de éste.

NUTRICION: Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Buena nutrición es una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular, como elemento fundamental de la buena salud.

NUTRICIONISTA: Profesional especializado que le brinda asesoría para llevar una dieta suficiente y equilibrada.

PAIS DE RESIDENCIA: Es el país declarado en la solicitud, en el cual reside permanentemente el asegurado y sus dependientes y/o en el cual fue emitida la póliza. En caso de que un asegurado esté fuera de Costa Rica por más de 180 días, debe declararlo y la compañía se reserva el derecho de aceptación del riesgo.

PANDEMIA: Es una enfermedad epidémica que se extiende por muchos países o afecta a casi todos los habitantes de una zona, también se puede decir que es una epidemia mundial o global.

PERIODO DE COBERTURA: Período que comienza en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza y continúa por trescientos sesenta y cinco días (365) consecutivos desde esta fecha, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas.

PERIODO DE GRACIA: Es el período de tiempo que se concede al Asegurado para que pueda pagar las primas debidas, después de que la cobertura de la Póliza ha expirado y durante el cual, la Compañía permitirá que la prima de la Póliza sea pagada. En esta póliza ese periodo es de treinta (30) días naturales.

PLAN ANFITRION O "HOST BLUE" O "HOST PLAN": Cuando un asegurado obtiene servicios médicos fuera del área geográfica en la que BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA brinda servicios, a través de proveedores que participan en la red en otra área geográfica, el licenciatario que brinda servicios en esa

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

otra área geográfica se denomina PLAN ANFITRION O “HOST BLUE”.

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

PLAN DE ASEGURAMIENTO DEL SEGURO COLECTIVO: Se refiere a cada una de las opciones del seguro que pueden ser elegidas por el Contratante del seguro colectivo, que se especifican en las condiciones particulares del contrato y en el certificado que se entrega a cada uno de los asegurados principales o titulares del grupo. Para los efectos de esta póliza, el grupo debe tener mínimo 25 asegurados titulares.

PLAZOS DE ESPERA O PERIODOS DE CARENCIA: Es un período corto de tiempo que se inicia a partir de la vigencia de la póliza, que debe transcurrir para que el asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta póliza y durante el cual las pérdidas que ocurran no serán cubiertas por la póliza. Los plazos de espera o periodo de carencia se encuentran regulados en las condiciones generales de esta póliza, salvo que por acuerdo expreso se hayan otorgado plazos diferentes o se hayan eliminado las limitaciones establecidas en esta póliza, en cuyo caso, deberá indicarse expresamente en las condiciones particulares del contrato.

PÓLIZA: Documento que detalla las condiciones generales y particulares del contrato de seguro pactado entre una entidad Contratante y la Compañía.

PRE-NOTIFICACION: 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, quirúrgico o de diagnóstico que será practicado al asegurado, conforme a los requerimientos incluidos en esta póliza.

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-notificación serán: evaluar si el servicio es médicamente necesario, si el lugar donde se prestará el servicio es el adecuado, si tiene relación o no, con el diagnóstico indicado y verificar la elegibilidad del Asegurado para el servicio que se está solicitando, de conformidad con lo establecido en el contrato. Las pre-notificaciones, se evaluarán con base en las políticas establecidas por la Compañía. En algunos casos se refiere a este término como pre-certificación o pre-autorización:

En caso de emergencia no se requerirá pre-notificación, pero se deberá dar aviso a la Compañía dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la prestación del servicio o tratamiento de emergencia.

La pre-notificación en ningún momento se entenderá como garantía de pago, ya que el pago de la reclamación está sujeto a las condiciones contractuales y al cumplimiento de los requisitos. La compañía

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

puede negar la autorización de pago directo al proveedor de servicios, cuando por el diagnóstico, procedimiento, presunta evolución, complejidad, inconsistencias, dudas razonables sobre el mecanismo de trauma o relación de hechos, el caso amerite una valoración pormenorizada del caso, que incluye, pero no se limita a la recopilación y revisión de las historias clínicas, resultados de exámenes, aclaraciones de los médicos tratantes, segunda opinión médica u otras pruebas documentales, para fundamentar la resolución final. En estos casos, el asegurado, debe realizar el trámite del reclamo, vía reembolso.

PRECIO APROXIMADO. El precio aproximado es una tarifa de precio negociado, vigente en el momento en que una reclamación es tramitada, reducida o aumentada mediante un porcentaje, tomando en cuenta ciertos rubros negociados con el proveedor y otras transacciones que están relacionadas y no relacionadas con las reclamaciones. Tales transacciones pueden incluir, pero no se limitan a, recuperación de fraude y abuso, reembolsos para proveedores no aplicados a una reclamación específica, arreglos retrospectivos y pagos relacionados al desempeño.

PRECIO PROMEDIO. El precio promedio es un porcentaje de los cargos facturados por servicios cubiertos vigentes en el momento que una reclamación es tramitada, representando los pagos totales negociados por el Plan Anfitrión con todos sus proveedores de servicios médicos o una clasificación similar de sus proveedores y otras transacciones, las que pueden incluir las mismas indicadas anteriormente bajo el renglón de precio aproximado.

PRECIO REAL: El precio real es la tarifa de pago vigente en el momento que la reclamación es tramitada sin ningún otro aumento o reducción.

PREMATURIDAD: Condición clínica que presenta un niño o niña, cuando nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación. Cualquier enfermedad que se manifieste en los primeros treinta y un (31) días de nacido (a), relacionado con la prematuridad, se considera una complicación de nacimiento.

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

PROGRAMA BLUE CARD O TARJETA AZUL: Es el programa que permite a los asegurados el acceso a servicios médicos dentro del área de servicio de un Host Blue o Plan Anfitrión según se define en esta póliza.

PROPUESTA DE SEGURO: Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Seguros y al Contratante, en caso de que aplique.

PROPUESTA DE PRÓRROGA: Documento que contiene una oferta de prórroga realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de prórroga será enviada por la Compañía al Contratante con un plazo de anticipación de al menos (30) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique.

PROTESIS: Estructura que remplaza un miembro, un órgano o una función del cuerpo.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD: Son documentos que contienen información de la condición de salud de las personas solicitantes del seguro, tales como la historia clínica, resultados de exámenes de laboratorio, biopsias, imágenes como ultrasonidos, electrocardiogramas, mamografías, resonancias, mediciones (tensión arterial), así como exámenes físicos o certificados médicos, que la Compañía pueda requerir para determinar si una persona es aceptable para el seguro y definir las condiciones de aseguramiento.

RED DE PROVEEDORES AFILIADOS: Es el grupo de hospitales, médicos, laboratorios y farmacias a los que el asegurado puede recurrir para recibir los servicios amparados bajo esta póliza. Una vez que se ha informado debidamente al potencial consumidor sobre hospitales y médicos para la elección de un proveedor afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, la información será además proporcionada por alguno de los siguientes medios según sea su elección: a) en un disco compacto, b) un documento impreso, c) mediante envío a su correo electrónico, d) a través de la lista que publicará la compañía, o el administrador de la red, en el sitio de internet. Adicionalmente, esta información puede ser obtenida en la forma indicada en la Unidad de Asistencia o Central Operativa de la Compañía, que podrá brindar la asesoría necesaria sobre el proveedor afiliado disponible o pertinente en cada país, según la enfermedad sufrida o emergencia surgida.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: No es una obligación contractual de la Compañía ni tampoco del Contratante o Asegurado. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.

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

SALPINGECTOMÍA: Es un método de planificación familiar que consiste en el corte de las trompas de Falopio, impidiendo, por lo tanto, que el ovulo pase a la cavidad uterina y los espermatozoides a la cavidad pélvica.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: Es la opinión profesional de un médico autorizado por la Compañía para emitir otra opinión con respecto a la opinión dada por el médico tratante, que podría requerir ésta, antes que el Asegurado reciba un servicio o tratamiento elegible bajo esta póliza. Es una facultad de la compañía realizar este tipo de consulta, para sustentar sus decisiones y por lo tanto, debe asumir el costo correspondiente.

SERVICIOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Servicios brindados por enfermera titulada y autorizada por la legislación vigente del lugar donde se atiende al paciente asegurado, ya sea en el hospital o centro médico autorizado o en el domicilio del paciente asegurado.

SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS: Son los servicios o suministros provistos por un hospital, médico u otro proveedor que sean requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión y que para los efectos de esta póliza resulten:

a) Compatibles con los síntomas o con diagnóstico y tratamiento de la condición, enfermedad, padecimiento o lesión del Asegurado.
b) Apropiados con respecto a estándares aceptables de la práctica médica.
c) El suministro más apropiado o nivel de servicio que pueda ser brindado en procura del bienestar del asegurado.
d) No únicamente para la conveniencia del asegurado, del médico, del hospital u otro proveedor, según otro criterio médico.

SOLICITANTE: Es la persona que firma la solicitud de seguro.

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS: Es el conjunto de formularios que completan y firman las personas que solicitan cobertura bajo esta póliza, salvo que se trate de menores de edad, en cuyo caso los formularios serán firmados por alguno de sus padres o representantes legales.
Forman parte del contrato de seguro, los formularios “Solicitud de Seguro de Gastos Médicos”, “Declaración de Salud para un Seguro de Gastos Médicos” y “Autorización para consulta de expedientes”.

SOLICITUD INDIVIDUAL: 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 la cobertura de muerte natural o accidental, e incluir para el seguro de gastos médicos sus dependientes elegibles, en el caso de que los tuviera.

SUMA MÁXIMA ANUAL: Es el monto máximo asegurado anual, indemnizable por este contrato, con respecto a un Asegurado, durante el año póliza, siempre que la misma se encuentre vigente, y de acuerdo con las coberturas o riesgos cubiertos, en las condiciones generales y/o particulares.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

TARJETA DE IDENTIDAD DEL SEGURO: Es la tarjeta que la Compañía entrega al Asegurado una vez emitido el contrato, en que se indica su nombre, condición de asegurado, clase y número de póliza, así como fecha de su emisión y la Unidad de la Compañía, a la que el asegurado debe acudir para hacer uso de los beneficios de esta póliza.

TERAPIA PSICOLÓGICA: Consultas brindadas por profesional en Psicología debidamente autorizado.

TERCERAS MOLARES: Muelas del juicio o cordales.

TIEMPO ADECUADO: En caso de que las oficinas de Reclamos de la Compañía se encuentren cerradas al momento de una emergencia, el próximo día hábil será considerado como tiempo adecuado para reportar un reclamo al amparo de esta Póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: Es el procedimiento médico necesario ejecutado mientras la cobertura del Asegurado bajo esta póliza se encuentre vigente, durante la cual**:** Uno o más Órganos son quirúrgicamente removidos del Donante (vivo o difunto), a un Asegurado como Recipiente, o b) Tejido es quirúrgicamente trasplantado a un Asegurado, como recipiente, de: Un Donante (vivo o difunto) o el mismo Asegurado.

TRASPLANTE Y DEFINICIONES RELACIONADAS:

1. **Alogénico**: significa un trasplante en el cual la sangre, tejido o médula ósea trasplantada al paciente ha sido obtenido de un donante. El donante puede ser consanguíneo del paciente u otra persona compatible.

2. **Alogénico Autólogo**: significa un trasplante en el cual la sangre, tejido o médula ósea re-implantada en el paciente, ha sido obtenida del paciente mismo.

3. **Electivo:** significa, en conexión con un Trasplante, un tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía que:

    a. No es un servicio médicamente necesario, según se define en la Póliza; y
    b. No es la única alternativa para el Asegurado o su dependiente, para vivir una vida normal a pesar de la enfermedad o condición.

4. **Experimental o Investigativo:** significa con respecto a un Trasplante, que un procedimiento Médico o Quirúrgico, tratamiento, curso de tratamiento, equipo, o medicamento es o está:

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

i. No considerado ampliamente como seguro, efectivo o apropiado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por uno o más de los siguientes: la comunidad médica, revistas médicas de prestigio, organizaciones profesionales reconocidas de la comunidad médica internacional;
ii. Bajo investigación o está limitado a la investigación;
iii. Su uso limitado a esfuerzos clínicos disciplinados y estudios científicos;
iv. Su valor o beneficio terapéutico no ha sido probado de una forma objetiva;
v. Bajo estudio, investigación, periodo de prueba, o en cualquier fase de ensayo clínico (incluyendo los protocolos de investigación)

5. **Órgano:** Significa una parte del cuerpo humano que ejerce una función específica.

6. **Recipiente:** Significa la persona que recibe el órgano o tejido trasplantado**.**

TRASTORNOS DEL SUEÑO: Los trastornos del sueño son problemas relacionados con dormir, que incluyen la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir en exceso y conductas anormales durante el sueño, como sonambulismo y síndrome de alimentación nocturna**.**

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales, dañados o perdidos en un accidente cubierto por esta Póliza.

UNIDAD DE ASISTENCIA O CENTRAL OPERATIVA: Se refiere a la Unidad que a nombre de la Compañía, brinda los servicios a sus asegurados sobre los proveedores médicos de la Red de Proveedores Afiliados disponibles por especialidad en Costa Rica o en cualquier otro país en que se encuentre el asegurado requiriendo los servicios. Asimismo, colabora con el asegurado en el uso del seguro y trámite de pre-notificación.

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: Se refiere a las unidades que brindan cuidados especializados tales como la unidad de quemados, unidad de diálisis, unidad de cardiología intensiva, unidad de neonatología, y otras, los cuales son necesariamente brindados dentro de un hospital.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Se refiere a los cuidados y servicios que son brindados por la unidad especializada en cuidados intensivos y que necesariamente son brindados dentro de un hospital.

VASECTOMIA: Es una cirugía para cortar los conductos deferentes, que son los que llevan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra. Después de una vasectomía, los espermatozoides no pueden salir de los testículos.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

VACUNAS: cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos.

II. DOCUMENTACION DE LA POLIZA

BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA. La presente Póliza se emite de acuerdo con la información ofrecida en la Solicitud de Seguro. La documentación válida que conforma la presente póliza y para fijar los derechos y obligaciones, es la siguiente: la solicitud del seguro firmada por el tomador o la persona asegurada, la propuesta de seguros aceptada por el tomador o la persona asegurada, según corresponda, la declaración de salud o cuestionarios de salud, la autorización para la revisión de expedientes, las pruebas de asegurabilidad que hubiere requerido la Compañía para cada Asegurado, los reportes o registros del Tomador del Seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, **Anexo 1-** Procedimiento para la utilización de los seguros, Aviso de siniestro y Reclamos, **Anexo 2**- Pruebas de Asegurabilidad, **Anexo 3-** Cobertura de Asistencia al Viajero fuera del país de residencia, **Anexo 4-** Cuadro de Beneficios, así como otras solicitudes o propuestas que se presenten luego de emitido el seguro y adenda que se llegaren a agregar a la póliza. **Prevalecerán las condiciones especiales y particulares sobre las generales.**

Los beneficios y coberturas elegidas por el Contratante del Seguro Colectivo se especifican en las Condiciones Particulares de la póliza y en el certificado que se entrega a cada asegurado titular perteneciente al grupo.

Producto de la inclusión del Asegurado en la Póliza, el Tomador procederá a informar al Asegurado de forma expresa y clara si la contratación de cualquier cobertura en esta Póliza es obligatoria u opcional para el Asegurado.

III. AMBITO DE COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS

El presente Seguro Colectivo brinda cobertura Regional y/o Internacional y permite elegir la suma asegurada, límites de cobertura o beneficios, copagos, deducibles y coaseguros dentro de un rango de alternativas establecidas por la Compañía, así como una serie de beneficios opcionales, únicamente por solicitud expresa del Contratante o Tomador del seguro colectivo. Los términos del contrato acordados serán indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

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, según corresponda, y de acuerdo a la suma asegurada y a las coberturas, beneficios o servicios contratados, que se hayan pactado entre el Contratante o Tomador del Seguro y la Compañía,

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

expresamente incluidas en las Condiciones Particulares y en los Certificados de Seguro Certificados de Seguro entregado a cada asegurado titular del grupo.

Los beneficios de Gastos Médicos, como se definen en este contrato, consisten en el reconocimiento de dichos gastos, por beneficiario por Año Póliza, con sujeción a las condiciones y limitaciones indicadas en las Condiciones Generales y Particulares del contrato. El monto total de los Beneficios de Gastos Médicos no deberá exceder el Beneficio Máximo por Año Póliza por asegurado, el cálculo del monto del beneficio por Año Póliza se hará considerando todos los beneficios pagados durante el periodo anual, ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad de la vigencia de la póliza, ya sea que el individuo haya estado o no cubierto bajo esta póliza alguna vez como afiliado y otra como dependiente.

BENEFICIO MÁXIMO POR AÑO POLIZA Y POR ASEGURADO.
El beneficio máximo por año póliza, para el asegurado principal y sus dependientes, será el establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, según lo acordado entre el Tomador o Contratante y la Compañía, dentro de un rango entre **$2.000.00 y $500.000.00**.

SUMA ASEGURADA PARA LAS DIFERENTES COBERTURAS
Los límites de suma asegurada para las diferentes coberturas, beneficios o servicios elegidos por el Contratante o Tomador del seguro se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y en los Certificados de Seguro para cada asegurado titular del grupo.

EMPLEADOS O AFILIADOS ELEGIBLES PARA EL SEGURO

a. El aseguramiento en este plan se dará, en la fecha de elegibilidad del afiliado o empleado, una vez que se presente la respectiva solicitud de seguro, la declaración de salud y las pruebas de salud que se hubieren determinado necesarias, y estas hayan sido aceptadas por la Compañía. En caso de que el riesgo no resulte técnicamente elegible, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

b. Tendrán derecho a ingresar en la póliza, todos los empleados activos y permanentes, mayores de 18 años que trabajan el horario completo en forma exclusiva para el Contratante, exceptuando los empleados provisionales, temporales y jubilados. EI empleado activo es quien trabaja el horario completo, correspondiente a no menos de cuarenta (40) horas a la semana.

c. Cada empleado actual tiene derecho al seguro en la fecha efectiva de la póliza, mientras que cada empleado nuevo debe completar un periodo de sesenta (60) días naturales de empleo continuo y activo, antes de ingresar a la póliza.

d. Todos los afiliados que mantengan su afiliación con el Contratante, que tengan al menos sesenta

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

(60) días naturales de pertenecer al grupo.

COBERTURAS

COBERTURAS BASICAS:

- **COBERTURA BÁSICA DE GASTOS MEDICOS: PODRÁ INCLUIR, UNA DE LAS DOS SIGUIENTES ALTERNATIVAS DE GASTOS AMBULATORIOS:**
  - **COBERTURA BÁSICA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE**
  - **COBERTURA LIMITADA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE**

  ADEMÁS, INCLUYE:

  - **COBERTURA BÁSICA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA.**

- **COBERTURA DE MUERTE POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL**
- **GASTOS FUNERARIOS**
- **COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO**

COBERTURAS OPCIONALES:

A. BENEFICIO DE MATERNIDAD
B. CUIDADO CRÍTICO NEONATAL
C. TRASPLANTE DE ÓRGANOS
D. BENEFICIOS PREVENTIVOS
E. AMBULANCIA TERRESTRE Y AMBULANCIA ÁEREA
F. CIRUGÍA DE ESTERILIZACIÓN
G. COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA
H. TRATAMIENTO POR PSIQUIATRÍA Y/O PSICOLOGÍA
I. TRATAMIENTOS POR ALCOHOL Y/O DROGAS
J. OTROS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS
K. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
L. COBERTURA DE ENFERMEDADES CRÍTICAS Y/O CATASTRÓFICAS

COBERTURA BÁSICA DE GASTOS MEDICOS.

Bajo esta cobertura se proporcionan servicios médicos por Hospitalización, Cirugía, Beneficios Ambulatorios, y los otros beneficios médicos que se describen con sujeción al cumplimiento de los requerimientos de pre-notificación y las estipulaciones del contrato.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Los beneficios o servicios se otorgan, de conformidad con los gastos usuales, razonables y acostumbrados, suma asegurada, límites de cobertura, coaseguros, deducibles y/o copagos elegidos y contratados bajo esta póliza, que se indican en las Condiciones Particulares.

GASTOS CUBIERTOS: Esta cobertura cubre los costos usuales, razonables y acostumbrados por los servicios y suministros médicamente necesarios, los cuales deben ser ordenados por un Médico, como consecuencia de una enfermedad o lesión cubierta por la póliza. La Compañía hará el pago una vez que se hayan satisfecho el deducible y el porcentaje de coaseguro, hasta el límite de cobertura establecido.

GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE

Se cubren los gastos en que incurra el asegurado por enfermedad y/o accidente que correspondan a servicios o prestaciones médicas de tipo ambulatorio o consulta externa.

Gastos cubiertos:

a) Honorarios médicos por consultas y tratamiento en consultorio o sala de urgencias.
b) Exámenes de laboratorio, radiografías, ultrasonidos y aquellos s exámenes que requiera el asegurado que sean médicamente necesarios para establecer un diagnóstico preciso y brindar el correspondiente tratamiento.
c) Cirugía menor.
d) Tratamiento dental derivado de una lesión accidental: Cubre los gastos en que haya incurrido el Asegurado por lesiones sufridas como consecuencia de un **accidente** cubierto conforme a la definición incluida en esta póliza, ocurrido durante la vigencia del seguro, y únicamente si se trata de piezas dentales naturales, incluyendo la sustitución de las piezas siempre que sean permanentes (no se cubren los implantes). Estos servicios deben ser prestados por un odontólogo debidamente autorizado, de conformidad con la legislación del área geográfica en la cual se brinda el servicio. El Asegurado debe presentar a la compañía un documento en que el odontólogo indique: Lesiones sufridas, detalle del tratamiento, radiografías, fotos de trauma y el costo, además de las pruebas necesarias que evidencien, que el daño se debe a causas accidentales y que las piezas no fueron tratadas con anterioridad, independientemente de la causa.
   El tratamiento debe comenzar dentro de los seis (6) meses siguientes a la lesión; y ser parte de un programa de tratamiento prescrito por un odontólogo y efectuado mientras la cobertura se encuentre en vigor.
e) Medicamentos prescritos por el médico tratante.
f) Materiales, vendajes, inmovilizadores recomendados por el médico o necesarios para la atención del paciente.
g) Los gastos por servicios ambulatorios de emergencia por enfermedad o accidente cubierto conforme a la definición incluida en esta póliza, que ocurra al asegurado y que se produzcan

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

durante las primeras veinticuatro (24), después de que acontezca el evento o de presentar los primeros síntomas, serán cubiertos al 100%, una vez superado el deducible establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. Los gastos ambulatorios incurridos con posterioridad s a las veinticuatro (24) horas, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones de la póliza para la cobertura de gastos ambulatorios y/o hospitalarios.

COBERTURA LIMITADA DE GASTOS AMBULATORIOS

Bajo esta cobertura el Tomador o Contratante del seguro, puede elegir en forma limitada los siguientes servicios: el número de consultas según selección, exámenes de laboratorio, medicamentos, radiografías y ultrasonidos. Esta modalidad será otorgada, previa valoración por parte de la Compañía. Los gastos médicos ambulatorios, **NO SE OTORGAN EN FORMA INDEPENDIENTE DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS,** si no en forma complementaria, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

COBERTURA BASICA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA

Los Gastos Cubiertos incluyen:

a) Servicios de Hospitalización por una enfermedad o lesión.

b) Servicios de Cirugía, dondequiera sean realizados. En caso de múltiples procedimientos quirúrgicos por la misma sesión, por el procedimiento secundario se pagará un máximo del 25% del primer procedimiento. Incluye los servicios de un Asistente Médico limitado al porcentaje que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza con respecto a los costos usuales, razonables y acostumbrados aprobados para el cirujano que realiza el procedimiento. Si se requiere más de un Asistente Médico, la cobertura máxima no podrá superar el porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

c) Servicios de Anestesia para una cirugía, obstetricia u otros servicios relacionados cubiertos bajo esta póliza, siempre que sean medicamente necesarios, el beneficio está limitado al porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

d) Cargos de Hospital por habitación y alimentación:

1. Costos usuales, razonables y Acostumbrados para una habitación privada o semiprivada según las estipulaciones indicadas en las Condiciones Particulares.
2. Costos para Sala de Cuidados Intensivos usuales, razonables y acostumbrados, según las estipulaciones indicadas en las Condiciones Particulares.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

e) Servicios de Terapia Radioactiva, para tratamientos terapéuticos por condiciones benignas o malignas, incluyendo descargas de Rayos X, radio e isótopos radioactivos, y procedimientos de medicina nuclear.

f) Otros servicios de hospitalización: Cuidados de enfermería, inhalaciones, servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, rayos x, electrocardiogramas, electroencefalogramas, resonancia magnética (MRI), CAT scans y otras pruebas de diagnóstico y pre-admisión, oxígeno, soluciones intravenosas, inyecciones, medicamentos prescritos y su administración).

g) Tratamientos especiales, Diálisis, radiación y quimioterapia, servicios de terapia para tratamiento de una condición benigna o maligna, incluye rayos x, radio e isótopos radioactivos, procedimientos de medicina nuclear y medicamentos especializados.

h) Cirugía Reconstructiva: Solamente en caso de que la causa sea una enfermedad y/o lesión accidental que haya sido cubierta de conformidad con las condiciones estipuladas en esta póliza.

i) Equipo duradero y/o aparatos de apoyo: Cubre los gastos médicamente necesarios para restablecer la salud del asegurado, según la definición establecida en las condiciones generales de esta póliza y los sublímites de cobertura indicados en las Condiciones Particulares.

j) Prótesis Quirúrgicas internas: Se cubren las prótesis quirúrgicas internas, que sean médicamente necesarias para la recuperación del asegurado.

GASTOS POR CIRUGIA:

1. Honorarios del Cirujano: En caso de múltiples procedimientos quirúrgicos sean realizados durante la misma sesión, por el procedimiento secundario se pagará un máximo del veinte y cinco por ciento **(25%)** del primer procedimiento.

2. Honorarios Asistente de Cirujano**:** Los honorarios están cubiertos únicamente cuando sean médicamente necesarios para la sesión de cirugía, y debe ser aprobado con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía. El límite máximo a cubrir será el veinte por ciento (**20%)** de los honorarios aprobados al cirujano principal por el procedimiento realizado, o hasta el porcentaje que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. Honorarios Anestesiólogo/Asistente de Anestesiólogo**:** Los honorarios están cubiertos únicamente cuando sean médicamente necesarios para la cirugía, y debe ser aprobado con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía; limitados al valor que sea menor entre los costos usuales, razonables y acostumbrados o un treinta por ciento **(30%)** de

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

los honorarios aprobados al cirujano principal por el procedimiento, o hasta el porcentaje que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Estos costos podrán ser evaluados, ampliados, actualizados y ajustados anualmente por la Compañía, de conformidad con las negociaciones efectuadas con los proveedores de la red y el Contratante o Tomador de seguro.

Costos de habitación y alimentación hospitalaria

Este beneficio es parte de la **COBERTURA BÁSICA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA,** por lo que **NO** se otorga en forma independiente, sin embargo, el Contratante o Tomador, puede elegir de entre las opciones establecidas por la compañía, el costo máximo diario y el coaseguro, que va a cubrir la estancia y alimentación hospitalaria de los asegurados, **de conformidad con lo siguiente y de acuerdo a las Condiciones Particulares de la póliza:**

1. Cubre los gastos por habitación y alimentación, fuera de América Latina y el Caribe por día, sujeto a habitación Semi-Privada y por un máximo de noventa (90) días en cada periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días, de conformidad con los sublímites, coaseguros o deducibles elegidos por el Contratante o Tomador.

2. Cubre los gastos por habitación y alimentación, en América Latina y el Caribe: por día, sujeto a habitación Privada o Semi-Privada y por un máximo de noventa (90) días en cada periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días, de conformidad con los sublímites, coaseguros o deducibles elegidos por el Contratante o Tomador.

3. Cubre los gastos por habitación de Cuidados Intensivos y/o cualquier otra unidad de cuidados especiales, por día, sujeto a un máximo diez días (10) días en cada periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días, fuera de América Latina y el Caribe sujeto a un máximo de 10 días, de conformidad con los sublímites, coaseguros o deducibles elegidos por el Contratante o Tomador.

4. Cubre los gastos por habitación de Cuidados Intensivos y/o cualquier otra unidad de cuidados especiales, por día, sujeto a un máximo de diez días (10) días en cada periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días, en América Latina y el Caribe, sujeto a un máximo de diez (10) días de conformidad con los sublímites, coaseguros o deducibles elegidos por el Contratante o Tomador.

Estos costos podrán ser evaluados, ampliados, actualizados y ajustados anualmente por la Compañía, de conformidad con las negociaciones efectuadas con los proveedores de la red y el Contratante o Tomador de seguro.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

COBERTURA DE MUERTE POR CAUSA NATURAL O CAUSA ACCIDENTAL.
La edad de contratación es a partir de los 18 años cumplidos, y la cobertura comprende el pago de un beneficio de muerte por causa natural o accidental, siempre y cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto bajo las condiciones estipuladas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

El monto a indemnizar por muerte se establece a través de sumas fijas o por múltiplos salariales, según se establezca en la Condiciones Particulares de la póliza, considerando el monto máximo definido por la Compañía y la elección del Contratante o Tomador dentro de tal límite.

GASTOS FUNERARIOS.
Bajo esta cobertura se otorga un monto fijo adicional al beneficio de muerte por causa natural o accidental, para cubrir los gastos funerarios, previa presentación del certificado de defunción y la factura correspondiente, según la opción escogida por el Contratante y que se indica en las condiciones particulares de la póliza y el certificado de seguro entregado a los asegurados titulares.

El pago de la suma adicional, que se otorga para gastos funerarios, no implica el derecho al pago de la suma asegurada de la cobertura de muerte, ya que este último dependerá de que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto bajo las condiciones estipuladas en esta póliza.

El monto máximo de la cobertura de muerte por causa natural o causa accidental y el monto máximo de la suma adicional por gastos funerarios, se especifican en las Condiciones Particulares del contrato y el certificado que se entrega a cada asegurado titular del grupo.

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL O DESMEMBRAMIENTO.
La edad de contratación es a partir de los 18 años cumplidos. Esta cobertura de muerte accidental comprende el pago de **una suma adicional igual a la suma contratada para la Cobertura de Muerte por causa Natural o causa Accidental, según los términos indicados en el punto L. COBERTURA DE MUERTE POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL.**

Asimismo, en caso de pérdida de miembros por causa accidental, esta cobertura pagaría un porcentaje del beneficio que corresponda por muerte accidental estipulado en el párrafo anterior, de conformidad con la siguiente **TABLA DE INDEMNIZACIONES POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL:**

1. **<u>Indemnización al 100%:</u>**

    a. Pérdida de ambas manos.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

b. Pérdida de ambos pies.
c. Pérdida de la vista ambos ojos.
d. Una mano, un pie.
e. Una mano, y la vista de un ojo.
f. Un pie y la vista de un ojo.

2. <u>Indemnización al 50%:</u>

a. Pérdida de una mano.
b. Pérdida de un pie.
c. Pérdida de la vista de un ojo.

COBERTURAS OPCIONALES

Las siguientes coberturas se otorgan a solicitud del Tomador o Contratante del seguro, y se harán constar en las Condiciones Particulares de la póliza, el Certificado de Seguro que se entrega a cada asegurado titular, así como en el l Cuadro de Beneficios, Copagos, Coaseguros y Deducibles.

A. BENEFICIO DE MATERNIDAD: Cubre Cuidados de Maternidad para la Asegurada o para la cónyuge o conviviente del Asegurado si ha sido incluida en la póliza, pero solamente en conexión con una Maternidad Cubierta. Se entiende por Maternidad Cubierta, el embarazo en el cual:

i. El parto ocurre al menos once (11) meses continuos después de la fecha efectiva de la cobertura de la madre bajo esta Póliza.
ii. Esta cobertura se encuentre vigente al momento en que los gastos cubiertos sean incurridos.

Por este beneficio se cubren los siguientes gastos, de acuerdo con las estipulaciones indicadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza:

i. Cuidados pre y post natales
ii. Aborto Legal: En caso de que sea medicamente necesario.
iii. Parto Normal o Cesárea
iv. **Complicaciones del Embarazo:** Para efectos del presente contrato y conforme a las definiciones y demás estipulaciones del mismo, se considerarán cubiertos los gastos médicamente necesarios a causa de complicaciones del embarazo o del parto, y que cumplan con las siguientes condiciones:

a. Las complicaciones se dan en un embarazo cubierto por el beneficio de maternidad.
b. Se presente la nota quirúrgica, así como los estudios clínicos, paraclínicos o

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

histopatológicos, que, en su caso, sustenten el diagnóstico.

v. **Cuidados del recién nacido** (limitado a dos visitas rutinarias de valoración al recién nacido durante la hospitalización).

De acuerdo con las sumas máximas, coaseguros, deducibles o copagos elegidos por el Contratante o Tomador y que se indican en las condiciones particulares de la póliza.

Este beneficio no es transferible y no brinda cobertura para hijas dependientes.

B. CUIDADO CRÍTICO NEONATAL: Cubre al niño nacido del Asegurado y su cónyuge o conviviente si ha sido incluida en la póliza, y **bajo una maternidad cubierta mientras la Póliza está en vigor**, por complicaciones de nacimiento, incluyendo la condición de prematuridad, enfermedades congénitas y/o desórdenes hereditarios, anormalidades de nacimiento o traumatismos al nacer, sujeto a los límites y condiciones de esta Póliza hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si más de un niño nace de un embarazo, el monto asegurado de la cobertura será distribuida proporcionalmente entre todos los recién nacidos.

C. TRASPLANTE DE ÓRGANOS. La Compañía indemnizará por **ÚNICA vez**, el monto asegurado elegido por el Contratante, que se indica en las condiciones particulares de esta póliza, siempre y cuando el Asegurado, se haya realizado un trasplante de conformidad con la definición de esta póliza y de los órganos que indica esta cláusula**.**

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones de la Póliza, será cubierto hasta un monto Vitalicio Máximo para cada Asegurado, según se indica en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza.

Los únicos trasplantes de órganos cubiertos por esta Póliza son los siguientes:

- Corazón
- Corazón/pulmón
- Un solo pulmón
- Los dos pulmones
- Riñones
- Riñones / Páncreas
- Hígado
- Córnea
- Injertos de hueso y piel

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

- Alógeno y Autólogo de Médula ósea, excepto aquellos procedimientos relacionados para el tratamiento de Condiciones Congénitas incluyendo defectos o condiciones genéticas.
- Intestino delgado

Exclusiones. No se pagará este beneficio:

a. **Si no se hizo la notificación previa a la Compañía, sobre la necesidad del Asegurado Titular, de efectuarse un trasplante de cualquiera de los órganos cubiertos por la póliza.**
b. **El procedimiento es considerado Experimental o Investigativo; o Electivo, conforme a lo indicado en las definiciones de esta póliza.**
c. **Suministrado poro como resultado de un trasplante en el cual el recipiente es provisto con equipos artificiales o mecánicos o artefactos designados para reemplazar órganos humanos; o en los cuales el donante es un animal.**
d. **La causa es una enfermedad o lesión preexistente, a la fecha de inclusión en la póliza o a consecuencia de un accidente, tratamiento, condición, lesión o enfermedad no cubierta, según las exclusiones indicadas en la Cobertura Básica de Gastos Médicos.**

D. BENEFICIOS PREVENTIVOS

1. **Chequeo anual preventivo:** Cubre el CHEQUEO MEDICO, conforme se define en el Aparte I. **DEFINICIONES** y sujeto al límite que se indica en las condiciones particulares de la póliza.
2. **Beneficio Oftalmológico**: Comprende examen de la vista y compra de lentes, hasta el límite que se indica en las condiciones particulares de la póliza.
3. **Chequeo Odontológico:** Revisión periódica anual de la condición dental, hasta el monto que se estipula en las condiciones particulares de la póliza.
4. **Vacunas para Adulto:** Este beneficio contempla un esquema básico de vacunas para adultos, predeterminadas y hasta el límite, que se establezca en las condiciones particulares del contrato.
5. **Control infantil**: Cobertura para gastos del recién nacido sano, para un menor nacido bajo una maternidad cubierta. Se cubre hasta cumplir los 6 años de edad. Incluyen los siguientes beneficios:

   Consultas:
   - De 0 a 12 meses: 6 consultas al año.
   - De 13 a 23 meses: 2 consultas al año.
   - De 24 meses a 6 años: 1 consulta al año.

   Vacunas básicas o reglamentarias: Hasta el límite indicado en las condiciones particulares del contrato.
   - BCG (Nacimiento).

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

- DPT (Difteria, Tétano, Tosferina).
- HEPATITIS B.
- Neumococo.
- Varicela.
- Polio oral
- Influenza Tipo B
- Rotavirus.
- MMR o SRP (Sarampión, Rubeola y Paperas)
- Meningitis, por haemophilus B,
- IPV, (Poliomielitis)

Se puede incluir el beneficio de **circuncisión** si es medicamente necesario.

6. **Control ginecológico:** Puede incluir Papanicolau (citología), Mamografía o Ultrasonido de mamas y valoración ginecológica anual, según la opción que elija el Tomador o Contratante y que se especifique en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
7. **Control urológico:** Puede incluir para hombres después de los 40 años PSA (antígeno prostático) y valoración urológica anual, según la opción que elija el Tomador o Contratante de la póliza y que se especifique en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza

E. AMBULANCIA TERRESTRE Y AMBULANCIA AÉREA

1. **Ambulancia Terrestre.** Transporte de emergencia por Ambulancia Terrestre a la facilidad médica más cercana, adecuada para el tratamiento de una Condición Cubierta y proveído que el traslado por cualquier otro método de transporte resultaría en pérdida de la vida o extremidad, hasta el límite indicado en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza.
2. **Ambulancia Aérea:** Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea a la facilidad médica más cercana adecuada para el tratamiento de una Condición Cubierta y para la cual el tratamiento no pueda ser provisto localmente y el Médico que lo atiende certifique y considere que el traslado por cualquier otro método de transporte resultaría en pérdida de la vida o extremidad. El transporte de Ambulancia Aérea debe ser pre-aprobado y coordinado por la Compañía para que esta cobertura entre en vigor: El monto Máximo Vitalicio de este beneficio, se indica en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza.

F. CIRUGÍA DE ESTERILIZACIÓN

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

1. **Vasectomía:** Según la definición contenida en el Aparte **I. DEFINICIONES** y hasta el monto indicado en las condiciones particulares del contrato de seguro.
2. **Salpingectomía:** Según la definición contenida en el Aparte **I. DEFINICIONES** y hasta el monto indicado en las condiciones particulares del contrato de seguro.
3.

G. **COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA.**

Las condiciones y los beneficios de la prestación de los servicios de asistencia a que se refiere esta cobertura se encuentran descritos en el Anexo 3. Cobertura de Asistencia al Viajero fuera del país de Residencia, hasta por la suma de **$ 10.000.00.** por año por asegurado, y opera ara todos los Planes de Aseguramiento a que se refiere esta póliza.

H. TRATAMIENTOS POR PSIQUIATRÍA Y/O PSICOLOGÍA

Cubre las consultas y tratamientos por psiquiatría y/o psicología hasta los sublímites y condiciones especificados en las condiciones particulares de la póliza.

I. TRATAMIENTOS POR ALCOHOL Y/O DROGAS

Cubre solamente internamiento en un centro médico especializado hasta el plazo y límite de monto que se establezca en las condiciones particulares de la póliza.

J. OTROS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS

1. **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 de las Condiciones Particulares. Debe presentarse a la Compañía una radiografía previa a la cirugía para otorgar la autorización.

2. **Prótesis externas o Aparatos de Apoyo:** Se otorga el beneficio para prótesis externas, médicamente necesarias, hasta el límite de monto que se indique en las condiciones particulares de la póliza.

3. **Calzado ortopédico y/o plantillas:** De conformidad con la definición indicada en el **Aparte I. DEFINICIONES** y según los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

4. **Servicios de Fisioterapia**: Cubre las sesiones de fisioterapia, si el evento que dio origen a estos servicios ha sido debidamente amparado por esta póliza, hasta el límite de sesiones de fisioterapia o monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. **Deportes:** Se brinda cobertura a los deportes que se practiquen en forma amateur o

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

profesional, previa valoración de la compañía, hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

6. **Cuidados de Salud en el Hogar:** Incluye los cuidados de enfermera en la residencia del asegurado, en caso de una enfermedad o accidente que así lo amerite por recomendación del médico tratante del Asegurado, según los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

7. **Nutrición:** Se cubre la valoración realizada por nutricionista hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

8. **Cama de acompañante del menor hospitalizado**: Cubre los gastos por estancia y alimentación para un acompañante de menor hospitalizado, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

9. **Acupuntura:** Cubre los gastos por tratamientos con esta técnica, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

10. **Tratamiento de Alergias:** Se cubre las pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamiento de alergias, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

11. **Anestesia Epidural:** Hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

12. **Otros Riesgos:** Bajo esta cobertura se podrían amparar las pérdidas que afecten a los integrantes del grupo asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial y a gastos y/o servicios que no están mencionados en la Cobertura Básica de Gastos Médicos o en las Coberturas Opcionales. Adicionalmente, podrá amparar alguna de las exclusiones mencionadas en esta póliza, a solicitud del Tomador o Contratante previa valoración de la compañía, tales como: HIV/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y Condiciones Preexistentes siempre que sean declaradas previo análisis de la compañía según la información suministrada.

Los gastos, riesgos o servicios de esta cobertura serán otorgados por la Compañía, solamente a petición del **CONTRATANTE o TOMADOR** de la póliza, conforme a las opciones predeterminadas, siempre y cuando se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, y haya sido pagada la prima respectiva.

K. **COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Esta cobertura puede ser contratada para los asegurados titulares integrantes del grupo, no para sus dependientes. La edad de

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

contratación es a partir de los 18 años cumplidos. La cobertura comprende el adelanto del 100% del beneficio establecido en la cobertura de Muerte por causa natural o accidental, en caso de una *Incapacidad Total y Permanente,* siempre y cuando la incapacidad haya ocurrido a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto bajo las condiciones estipuladas en la cobertura básica de gastos médicos. Por lo tanto, en caso de pagarse el presente beneficio, la cobertura de muerte por cualquier causa quedaría finiquitada.

La incapacidad total y permanente debe ser determinada médicamente, con una pérdida de la capacidad general para desempeñarse en su trabajo o actividad habitual de 66.66% o más, conforme ha sido definida en el Aparte I. Definiciones de esta póliza.

Para esta cobertura aplican las siguientes exclusiones, además de las indicadas en la cláusula EXCLUSIONES de esta póliza:

No se pagará este beneficio, cuando:

a. **El asegurado reclamante fue declarado inválido o incapacitado total y permanentemente, o estaba tramitando la declaratoria de invalidez, antes de la emisión de la póliza o inclusión en el seguro.**

b. **El asegurado fallece antes de que presente a la compañía las pruebas de la declaración de incapacidad total y permanente, en este caso la reclamación debe ser tramitada por los beneficiarios del asegurado o el Contratante, por la cobertura de muerte.**

c. **El Asegurado al momento de la declaratoria de incapacidad total y permanente, no se encontraba laborando de forma permanente y recibiendo remuneración a cambio de su trabajo.**

d. **El asegurado recibe ingresos de pensión por vejez.**

e. **o cuando la incapacidad es causada por:**

a. **Lesiones provocadas por el Asegurado o por otra persona en común acuerdo con el Asegurado, para sacar provecho, en perjuicio de la compañía.**
b. **Cualquier lesión o enfermedad causada por guerra o actos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (háyase o no declarado el estado de guerra) o guerra civil, así como huelgas, motines, insurrección o perturbación del orden público en los que el asegurado fue partícipe.**
c. **Participación del asegurado en actos delictivos o riñas (exceptuando la legítima**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

defensa).

d. Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encontraba bajo los efectos de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.

L. **COBERTURA DE ENFERMEDADES CRÍTICAS Y/O CATASTRÓFICAS:** Esta cobertura otorga el adelanto del 50% de la suma asegurada en la cobertura de muerte por causa natural o causa accidental, en caso de que el empleado o Asegurado Titular del grupo familiar, presente alguno de los diagnósticos y cumpla con al menos dos las condiciones, indicadas a continuación:

1. **Tumor maligno metastásico,** con presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium, o resultados demostrativos de nivel bajo de sodio, elevación del nivel de calcio plasmático, disminución de la concentración sérica de proteínas, déficit de albúmina en la sangre, aumento del número de leucocitos, nivel bajo de neutrófilos y bajo nivel de linfocitos, según parámetros de laboratorio. El diagnóstico y resultados de exámenes realizados deben estar documentados en la historia clínica del asegurado.

2. **Insuficiencia cardíaca crónica:** Insuficiencia cardiaca crónica, Insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento médico sin posibilidad de trasplante cardíaco.

   Condiciones o criterios:

   a) Disnea grado IV (incapacidad de realizar actividades físicas sin síntomas, los síntomas están presentes aún en reposo, o se incrementan con cualquier actividad) y/o angina resistente a tratamiento, con Insuficiencia Cardiaca secundaria.
   b) Fracción de eyección ≤20% (preguntar)
   c) Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
   d) Insuficiencia Cardiaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiarrítmico.

3. **Enfermedad pulmonar crónica:**

   Condiciones o criterios:

   a) Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por disnea de reposo grado (incapacidad de realizar actividades físicas sin síntomas, los síntomas están presentes aún en reposo, o se incrementan con cualquier actividad), con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

b) Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias.
c) Hipoxemia (disminución de la presión parcial de oxígeno en la sangre), pO2 55mmHg en reposo y respirando aire ambiente o StO2 88% con O2 suplementario, o nivel elevado de dióxido de carbono en sangre, pCO2 50mmHg.
d) Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
e) Taquicardia más de 100ppm en reposo.
f) Antecedente de Infarto agudo.

4. **Enfermedad hepática crónica: cirrosis hepática con insuficiencia hepática**

Condiciones o criterios:

a) Presencia de uno de los siguientes síntomas: encefalopatía, ascitis, síndrome hepatorrenal o sangrado digestivo
b) Bilirrubina sérica >3mg/dl
c) Albúmina<2,8g/dl
d) Tiempo de protrombina<30%

5. **Insuficiencia renal crónica: insuficiencia renal avanzada, si el asegurado no va a recibir diálisis.**
Condiciones o Criterios:

a) Síntomas urémicos (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado y otros que el médico determine mediante las pruebas realizadas al asegurado).
b) Secreción de orina menor de 400cc/día.
c) Potasio mayor de 7mEq/l que no responde al tratamiento.
d) Pericarditis urémica. Sobrecarga de fluidos sin respuesta a tratamiento.

6. **Enfermedades neurológicas crónicas y traumas que afectan el sistema nervioso:**

Esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedad cerebrovascular crónica, tumores cerebrales o traumas cráneo encefálicos, daño medular, que presenten deterioro cognitivo grave, con dependencia severa o total (Índice de Barthel<60), úlceras por presión refractarias, disfagia severa (alteración en la deglución) o desnutrición grave.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los riesgos, gastos o indemnizaciones, ocasionados por y/o a consecuencia de:

1. **Gastos que excedan los costos usuales, razonables y acostumbrados.**

2. **Lesiones o Enfermedades intencionalmente autoinfligidas mientras se encuentre sano o demente.**

3. **Lesiones o Enfermedades ocurridas mientras esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas ilícitas, distintas a drogas recomendadas como parte de un tratamiento indicado por un Médico.**

4. **Cirugía electiva de carácter cosmético o reconstructivo y sus complicaciones y secuelas, o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético y sus complicaciones o secuelas.**

5. **Exámenes o Procedimientos rutinarios o aquellos requeridos por una tercera parte. Estos exámenes incluyen, pero no están limitados a: seguros, escuelas; empleadores; exámenes físicos anuales o de campo; o exámenes requeridos por una autoridad judicial, a menos que estén especificados en las coberturas de esta póliza.**

6. **Servicios y suministros no autorizados por un Médico, que no tengan relación con el diagnóstico o que no sean médicamente necesarios o apropiados para el tratamiento o lesión o enfermedad, según sea determinado por la Compañía a través de criterios médicos calificados. Entre los suministros no cubiertos están: artículos de aseo y cuido personal, artículos de confort, cosméticos, pañales, videos y cd's.**

7. **Tratamientos experimentales o de investigación, procedimientos y/o servicios o tratamientos que no sean científica o médicamente reconocidos según el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o por las autoridades de salud competentes según la legislación costarricense, y en su defecto y supletoriamente por los estándares de los Estados Unidos de Norteamérica, incluyendo, pero no limitados a acupuntura.**

8. **Condiciones Congénitas, incluyendo nacimiento prematuro, anormalidades o defectos de nacimiento, excepto según se prevé en contrario para Dependientes menores, hijos del Asegurado o de su Cónyuge o conviviente, mientras se encuentren asegurados por esta Póliza, y solamente si tal hijo ha satisfecho todos los requerimientos para ser elegible desde la fecha de su nacimiento, tal como se establece en Edad de contratación y elegibilidad.**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

9. **Condiciones Preexistentes, incluyendo cualquier complicación o secuela derivada de o como resultado de una condición, enfermedad o lesión existente antes de la inclusión en la póliza. Sin embargo, podrán ser cubiertas por la póliza aquellas Condiciones Preexistentes, que hayan sido expresamente aceptadas por la Compañía y se indiquen en las Condiciones Particulares.**

10. **Servicios provistos por un miembro de la familia inmediata del Asegurado o por cualquier otra persona que habite con el Asegurado, de conformidad con la definición contenida en esta póliza.**

11. **Trasplante de órganos.**

12. **Consultas, tratamientos y terapias por psicólogos, fonoaudiólogos y aquellas que se deban a enfermedades mentales y/o trastornos nerviosos funcionales.**

13. **Consultas, servicios, terapias o tratamientos de problemas de aprendizaje o educacionales, salud educacional, terapia matrimonial, o medicina holística o cualquier otro programa con el objetivo de proveer o mejorar la realización personal.**

14. **Cuidado bajo custodia y cuidados de descanso. Solamente se cubrirán los cuidados de salud a domicilio cuando sean médicamente necesarios, por el límite de hasta un mes de cobertura domiciliaria y para una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.**

15. **Esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización femenina o masculina, cambio o transformación de sexo o implante sexual, tratamientos de fertilización in-vitro o relacionados con la concepción por medios artificiales, estudios de fertilidad o infertilidad, tratamientos anticonceptivos y disfunción o insuficiencia sexual, incluyendo, pero no limitado al costo del medicamento llamado Viagra o similar.**

16. **Cualquier estudio, tratamiento y procedimiento de ortodoncia, pero no limitado a prevención o corrección de irregularidades dentales y maloclusión mandibular por aparatos de alambre, frenillos y otras ayudas mecánicas o cualquier otro cuidado, reparación, remoción, reemplazo o tratamiento para los dientes o cualquier tejido circundante, excepto por tratamientos necesarios como consecuencia de daño físico a dientes naturales y sanos incurridos por accidente cubierto por la póliza.**

17. **Servicios médicos y/o dentales o suministros para el diagnóstico y tratamiento de problemas de las articulaciones mandibulares, incluyendo pero no limitado a Síndrome de articulación temporomandibular, desorden craneomandibular y otras condiciones de la**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

coyuntura que liga el hueso de la mandíbula al cráneo y la compleja musculatura, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, prognatismo, retrognatismo, microtrognatismo o cualquier tratamiento o cirugía para reposicionar la mandíbula superior, inferior o ambas mandíbulas.

18. **Gastos por preparación o instalación de dispositivos tales como dentaduras, dientes falsos, empastes o reposición de cualquier prótesis fija o removible.**

19. **Gastos por cualquier prótesis fija o removible y prótesis externas o implantables del oído, incluyendo todo tipo de audífonos.**

20. **Gastos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual incluyendo pero no limitado a la queratotomía, queratoplastia, queratomileusis, queratocono y excimer laser, anteojos, lentes intraoculares y/o lentes de contacto, así como cualquier procedimiento quirúrgico de los ojos, excepto por lesiones causadas por un accidente cubierto, los padecimientos oculares agudos y/o infecciosos, o los que están nombrados específicamente, en la cláusula que se refiere a los periodos de carencia.**

21. **Cuidados quiroprácticos o podiátricos, incluyendo cuidado de los pies en conexión con callosidades, callos pies planos, juanetes, arcos débiles, pies débiles, genu varo, genu valgo o quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos o aditamentos especiales de cualquier tipo o forma.**

22. **Admisión en hospitales durante los días viernes o sábado para una operación en un día lunes a menos que el Médico a cargo lo solicite por escrito a la Compañía, indicando que tal admisión resulta de una necesidad médica para la salud y bienestar del Asegurado.**

23. **Vitaminas, tónicos, suplementos nutricionales, alimentos para bebes, bioquímicos, remedios herbales, tratamientos hormonales de cualquier tipo, tratamientos homeopáticos y cualquier tipo de medicina alternativa, así como medicinas sin prescripción.**

24. **Gasas, vendajes, jeringas, instrumentos y cualesquiera aparatos no prescritos.**

25. **Cualesquiera gastos incurridos por acompañantes del paciente asegurado.**

26. **Tratamientos o complicaciones derivados de:**
    a. **Climaterio (pre-menopausia, menopausia y postmenopausia).**
    b. **Acné.**
    c. **Alopecia de cualquier tipo.**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

d. Estrés y fatiga.

27. Trastornos del sueño, apnea del sueño.

28. Enfermedades o condiciones trasmitidas sexualmente. Esto incluye, pero no está limitado a, herpes, gonorrea, sífilis, citomegalovirus, virus del papiloma humano (VPH), salvo lo dispuesto para el SIDA en las condiciones particulares de esta póliza.

29. Cualquier gasto, procedimiento diagnóstico y tratamiento relacionado directa o indirectamente, desde el punto de vista médico, con el sobrepeso y/o obesidad y el bajo peso, así como todas sus complicaciones y/o secuelas, incluidas las que surjan de su tratamiento.

30. Ningún gasto derivado o relacionado con el entrenamiento y/o práctica de deportes como deportista profesional o con remuneración o compensación económica de cualquier deporte.

31. Adicional a la Cláusula anterior, las lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos o de alto riesgo entre las que se señalan de manera enunciativa más no limitativa las siguientes: Alpinismo; artes marciales de cualquier tipo; aviación; automovilismo; buceo; boxeo; bungee jumping; canopy; carreras de caballos; deportes de invierno de cualquier tipo; deportes marítimos o pluviales; equitación; escalar montañas con o sin cuerdas guía; exploración de cuevas (espeleología), cavernas y volcanes; equitación; lucha de cualquier tipo; montañismo con o sin cuerdas guía; paracaidismo; parapente o similar; pesca marítima; rafting; rapel; rodeo; rugby o similar; sky trek; sky walk; snorkeling; sky surfing; surfing; tauromaquia y toreo; tiro; uso de vehículos acuáticos sin motor; vuelo delta y similares; vuelo en planeadores; windsurfing. La práctica de cualquier deporte esté o no enumerado anteriormente, deberá ser declarado en la solicitud de aseguramiento, y en estos casos, la Compañía se reserva el derecho de dar cobertura a una o más de estas actividades bajo condiciones particulares de aseguramiento. Si en el futuro al Asegurado o sus dependientes asegurados van a iniciar la práctica de cualquiera de esas actividades, deberán notificar por escrito de ello a la Compañía.

32. Cualquier lesión o enfermedad causada por guerra o actos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (háyase o no declarado el estado de guerra) o guerra civil.

33. Cualquier acto de cualquier persona actuando a nombre o en conexión con cualquier organización terrorista.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

34. **Cualquier lesión, enfermedad o tratamiento recibido mientras esté sirviendo como miembro de una unidad policial o militar.**

35. **Cualquier lesión o enfermedad causada por ley marcial o estado de sitio, o cualquier otro evento que determine la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio.**

36. **Tratamiento resultante por participar en una conmoción civil o acto ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.**

37. **Cualquier consecuencia que suceda o sobrevenga de un arma nuclear, química o biológica de destrucción masiva, en cualquier accidente, incidente o explosión.**

38. **Cualquier lesión o enfermedad causada mientras esté cometiendo o intentando cometer un acto criminal o provocando un asalto.**

39. **Beneficios de Maternidad para hijas dependientes.**

40. **Con la excepción de la angioplastia con globo, no estará cubierto cualquier otro procedimiento cardiovascular que no requiera cirugía.**

41. **Medicamentos de venta libre, medicamentos obtenidos sin receta. Medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo ingresado en el hospital, medicamentos recetados que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria o que no estén relacionados con el diagnóstico objeto de cobertura.**

42. **Admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) o más horas antes de una cirugía programada, excepto si es aprobada por escrito por la Compañía.**

43. **Equipo de riñón artificial para uso residencial, excepto si es aprobado por escrito por La Compañía.**

44. **Costos relacionados con la adquisición e implantación de corazón artificial, aparato mono o bi-ventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.**

45. **Dispositivos ortóticos, equipos médicos duraderos, implantes, quimioterapia y medicamentos altamente especializados (Ej.: Interferón, Procrit, Avonex, etc.) a menos que sean aprobados con anticipación por la Compañía y coordinados por el Administrador de**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Reclamos. Si son aprobados, serán provistos por La Compañía o reembolsados al costo en que hubiese incurrido La Compañía si los hubiera comprado a sus proveedores.

46. **Gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales en caso de senilidad o deterioro cerebral.**

47. **Tranquilizantes, antidepresivos, medicamentos para el insomnio, anticonceptivos, vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico, así como los suplementos alimenticios de cualquier tipo, excepto cuando éstos se requieran para la sustentación de la vida de una persona críticamente enferma.**

48. **Chequeos médicos, o exámenes preventivos excepto los cubiertos por esta póliza e indicados en las Condiciones Particulares.**

49. **Cualquier tipo de aborto y sus consecuencias, a menos que esté presente el riesgo de muerte de la madre.**

50. **Los beneficios de Maternidad estipulados en esta póliza, ni sus complicaciones y secuelas, si el embarazo de la Asegurada o de la cónyuge del Asegurado, se produjo utilizando técnicas de reproducción asistida o fecundación artificial como son: inseminación artificial, inseminación in vitro (fuera del útero), terapias de hormonas, o cualquier sustancia o tratamiento alterno.**

51. **Los gastos en que incurra el Asegurado Titular de la póliza y/o sus dependientes, fuera de Costa Rica, cuando cambien su lugar de residencia en forma permanente en otro país, o el tiempo permanencia sea mayor de ciento ochenta (180) días continuos.**

Podrán ser objeto de cobertura, previa valoración por parte de la Compañía y de común acuerdo con el Contratante o Tomador de seguro, algunas de las condiciones excluidas anteriormente, tal como se indica en la cláusula de OTROS BENEFICIOS.

DEDUCIBLE

El monto del deducible en esta póliza será la primera suma que se aplicará al asegurado al momento de pagar un siniestro, y corresponde al monto elegido por el Contratante o Tomador del seguro que se incluye en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los siguientes cargos o gastos no podrán usarse para satisfacer el monto del deducible:

- Cantidades que sobrepasen los límites de los Costos Usuales, Razonables y

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Acostumbrados establecidos por la Compañía.

- Copagos y coaseguros.
- Gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no están cubiertos bajo la póliza.
- Gastos que exceden los límites de los beneficios cubiertos en esta póliza (por ejemplo: número de días, meses, visitas, o cantidades en dólares).
- 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 por concepto de deducible para una determinada área geográfica no formará parte del deducible que se requiera acumular para las otras áreas geográficas en el periodo indicado en esta póliza.

Forma de pago del deducible: Cuando la Compañía le paga directamente al proveedor los servicios brindados al Asegurado, el proveedor le cobrará a éste el deducible y el coaseguro. Cuando la compañía paga directamente al asegurado, la Compañía rebajará **del monto de la indemnización la suma que corresponda por concepto de deducible y coaseguro.**

COASEGURO

Al momento de pagar un siniestro, después de pagarse el deducible y para todos los beneficios bajo esta póliza, el asegurado quedará sujeto al pago de un coaseguro, según las opciones elegidas por el Contratante o Tomador, conforme se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza y el Certificado de Seguro que se entrega a los asegurados titulares del grupo.

Se deja establecido que la secuencia de aplicación de deducible y coaseguro es la siguiente:

Primero: Se aplica el deducible establecido de conformidad con la opción escogida por el contratante.
Segundo: Se aplica el coaseguro establecido en estas condiciones para cada cobertura o beneficio de la póliza.

PLAZOS DE ESPERA O PERIODOS DE CARENCIA

Antes de que los Gastos Cubiertos sean elegibles para su reembolso al Asegurado, deben haber transcurrido los siguientes plazos de espera o periodos de carencia que se establecen como condiciones bajo esta Póliza:

a. Para cobertura de enfermedad: La presente póliza tiene un plazo de espera de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Los gastos incurridos por lesiones accidentales, enfermedades infecciosas y emergencias amparadas por la póliza, que ocurran, se presenten o manifiesten dentro del plazo de espera de noventa (90) días, quedan cubiertas **únicamente durante las primeras veinticuatro (24) horas**. Las condiciones consideradas como EMERGENCIA y/o ENFERMEDAD INFECCIOSA, para efectos de este contrato, serán las indicadas en el Aparte I. DEFINICIONES.

Cualquier gasto incurrido después de las primeras veinticuatro (24) horas indicadas en el párrafo anterior, y una vez transcurrido el periodo carencia, y en que hubiere incurrido después de ese plazo, será cubierto de conformidad con las condiciones contractuales de las coberturas de gastos médicos referentes a condiciones preexistentes, periodos de carencia, exclusiones, falsas declaraciones y omisiones, copagos, deducibles y/o coaseguros.

Si la compañía de previo, conviene con el Tomador o Contratante, el levantamiento de este periodo de espera, deberá ser establecido expresamente en las condiciones particulares de de la póliza.

Enfermedades amparadas distintas a las citadas en el párrafo anterior, serán cubiertas después de transcurridos los noventa (90) días naturales, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura bajo esta póliza, con excepción de:

- Los niños o niñas nacidos bajo una maternidad cubierta por la póliza, de acuerdo con los requerimientos establecidos en la cláusula **EDAD DE CONTRATACIÓN Y ELEGIBILIDAD** de este condicionado y no se estipule lo contrario en las condiciones particulares.

- Que la compañía haya analizado y acordado de previo con el Tomador o Contratante, el levantamiento del periodo de espera y así se haya establecido en las Condiciones Particulares.

b. Para Amigdalectomía y/o Adenoidectomía: Se establece un plazo de espera de seis (6) meses, a partir de la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza.

c. Para Maternidad: Se establece un plazo de espera de once (11) meses consecutivos comenzando desde la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza, durante el cual los gastos incurridos por el Asegurado o su cónyuge o conviviente dependiente, relacionados con un embarazo no se considerarán como gastos cubiertos bajo esta Póliza. **El periodo de espera de once (11) meses para la cobertura de maternidad aplicará siempre, sin importar que el periodo de noventa (90) días de plazo de espera para la cobertura bajo esta Póliza se haya o no eliminado por cualquier razón.**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

d. Trasplante de órganos: Están sujetos a un periodo de espera de doce (12) meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza.

e. Cataratas y Glaucoma: Se establece un plazo de espera de dieciocho (18) meses, a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza y su vigencia ininterrumpida, siempre y cuando las primeras manifestaciones o gastos médicos por diagnóstico o tratamiento se inicien a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza. Lo anterior sin importar que el periodo de noventa (90) días de plazo de espera para la cobertura bajo esta Póliza se haya o no eliminado por cualquier razón.

f. El beneficio del "chequeo anual" es únicamente para el Asegurado Principal y su cónyuge asegurado y se establece a partir del treceavo mes de vigencia de la póliza; y de acuerdo a como se estipule en las Condiciones Particulares de esta póliza.

g. Se establece un plazo de espera de doce (12) meses a partir de la fecha de inicio de la vigencia y cobertura bajo esta Póliza, siempre y cuando no se compruebe que se trata de una condición preexistente, para:

- Gastos, tratamientos y procedimientos relacionados con enfermedades del útero, ovarios, piso pélvico, endometriosis y fibrosis, quistes y/o tumores de mamas.
- Gastos, tratamientos y procedimientos relacionados con litiasis de vesícula, vías biliares, riñón y vías urinarias.
- Gastos, tratamientos y procedimientos relacionados con artrosis, espondilosis, hernias de disco y cualquier otra enfermedad o lesión de columna, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia.

LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES

Los Gastos Cubiertos bajo esta Póliza no incluyen gasto alguno incurrido por, o como resultado de una Condición Preexistente, según ha sido definida en esta póliza en el Aparte I Definiciones , o complicaciones resultantes de Condiciones Preexistentes, hayan sido, o no reveladas en la Solicitud de Seguro, salvo las siguientes excepciones:

a. Que se trate de Condiciones Preexistentes reveladas en la Solicitud, y que hayan sido expresamente aceptadas por la Compañía como cubiertas por la póliza, y así se ha indicado específicamente en la Póliza al momento de su emisión.

b. Esta cláusula no será aplicada a ningún niño dependiente nacido del Asegurado o su cónyuge o conviviente, mientras el Asegurado o su cónyuge conviviente estén asegurados bajo esta póliza, siempre y cuando se incluya al niño en la póliza dentro de

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

los 30 días naturales a partir de la fecha de su nacimiento. Sin embargo, esta cláusula sí se aplicará a cualquier dependiente elegible que sea incluido después de la fecha de emisión de esta póliza.

c. **Todas las condiciones preexistentes conocidas por el asegurado necesitan ser expuestas e incluidas en la Solicitud de Seguro. En el momento de la suscripción del seguro, la Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza para tratamiento, procedimientos o suministros requeridos para una Persona Cubierta por o como resultado de una condición preexistente. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante de previo a la aceptación del seguro.**

I. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la COBERTURA POR MUERTE NATURAL O CAUSA ACCIDENTAL, son los que aparecen en la solicitud de seguro. La revocación o sustitución de la persona beneficiaria surtirá efectos a partir de que se haga de conocimiento del asegurador. El pago hecho por el asegurador a una persona beneficiaria, antes de ser informado de la sustitución o revocación, lo libera de las obligaciones correspondientes.

La designación, revocación y sustitución de la persona beneficiaria puede ser hecha solo por la persona asegurada, quien no podrá transferir ni delegar este derecho ni siquiera al tomador del seguro. La persona asegurada podrá renunciar al derecho de revocar y sustituir a la persona beneficiaria en cualquier momento y de forma permanente o sujeto al cumplimiento de una condición resolutoria, siempre y cuando esta sea de forma expresa y por escrito.

Cuando no se designe persona beneficiaria o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiario por cualquier causa, se considerarán personas beneficiarias a los herederos legales del asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente. En caso de que, en una póliza con varias personas beneficiarias, quede sin efecto la designación de uno o varios de ellos, acrecerá la proporción determinada a favor de las demás personas beneficiarias.

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

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

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.

II. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Sin perjuicio de otras obligaciones que se establezcan en esta póliza, son obligaciones:

DEL TOMADOR:

Pagar la prima dentro de los plazos establecidos en esta póliza, sea que contrate por cuenta propia o ajena, y cumplir con las obligaciones de esta póliza, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada.

DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES:

a. Pagar la prima del asegurado principal y los asegurados dependientes que se incluyan en la póliza, dentro de los plazos establecidos en esta póliza.
b. Someterse a las pruebas de asegurabilidad que le indique la Compañía.
c. Cumplir con los requisitos de pre-notificación y condiciones referidas al uso de la red de proveedores afiliados, descritos en el aparte X. UTILIZACION DEL SEGURO-PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTRO, de esta póliza.
d. En caso de siniestro, cumplir con los requerimientos contenidos en el aparte X. UTILIZACION DEL SEGURO-PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTRO, cláusula Requisitos para la presentación de reclamos.
e. En cuanto a la COBERTURA**. ASISTENCIA AL VIAJERO POR ENFERMEDAD AGUDA O ACCIDENTE,** cumplir con los requerimientos del Anexo 3 a esta póliza.

DEL BENEFICIARIO:

a. Presentar el reclamo por Muerte natural o accidental del Asegurado o su cónyuge.
b. Presentar los requisitos por fallecimiento, indicados en la cláusula Requisitos para la presentación de reclamos.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

III. PRIMAS

PAGO DE LA PRIMA: El pago puntual de las primas es responsabilidad del Tomador, dentro de los plazos establecidos en las Condiciones Generales y/o Particulares.

La **prima inicial** deberá pagarse dentro de los diez días hábiles siguientes al inicio de la vigencia de la póliza y el pago de las **primas futuras** deberá realizarse dentro de los plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales.

Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en el domicilio de la Compañía, de sus representantes o intermediarios autorizados.

El aviso de cobro de la prima será enviado a la dirección señalada por el Tomador en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el mismo Tomador para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato. Si el Tomador no ha recibido un aviso de cobro de primas con treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de prórroga y desconoce el monto correcto de la prima de prórroga, debe comunicarse con su intermediario de seguros o con la Compañía.

La prima es calculada en forma anual y puede realizarse mediante: cheque a nombre de la Compañía, tarjeta de crédito o débito, depósito bancario en la cuenta que se le suministrará, y eventualmente el método de deducción de planilla (cuando esté disponible). Adicionalmente, el Tomador puede escoger el pago fraccionado de su prima de acuerdo con la política de recargos en esta póliza.

En el caso de las inclusiones de nuevos asegurados, si se realizan antes del día quince del mes, se cobrará la prima total correspondiente al mes de inclusión, si la solicitud de inclusión se realiza después del día quince del mes, la prima se cobrará a partir del mes siguiente. En el caso de exclusiones de asegurados, si se realizan antes del día quince del mes, se devolverá la prima total pagada del mes correspondiente a la exclusión, la cual se realizará en la factura del mes siguiente, si la solicitud de exclusión se realiza después del día quince del mes, no habrá devolución de prima.

En los demás ajustes de prima originados en modificaciones a esta póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. Si la modificación origina devolución de prima, la compañía deberá efectuarla en un plazo máximo de diez días hábiles a partir de la solicitud.

POSIBILIDAD DE MODIFICACION DE PRIMAS POR LA COMPAÑÍA: Por el asegurado principal y los asegurados dependientes que se incluyan en la póliza, se deberá pagar una prima por cada uno. Las

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

primas por la cobertura de esta Póliza deberán ser pagadas por el plazo de un año de vigencia del seguro.

La compañía podrá modificar las primas en la presente póliza, en cualquier prórroga contractual; siempre que la notifique al contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

Las Primas comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se estarían ajustando anualmente a la prórroga contractual de la póliza, con base a **la variación de la inflación médica y a la experiencia de la siniestralidad** presentada por el grupo asegurado y/o por la cartera de pólizas del presente producto durante su último año.

Específicamente el porcentaje de Ajuste anual a las primas se determinaría de la siguiente manera: el Porcentaje de AJUSTE ANUAL DE PRIMAS sería el resultado de la suma del porcentaje de VARIACION DE LA INFLACIÓN MÉDICA más el porcentaje del AJUSTE POR SINIESTRALIDAD.

En donde:

a) El PORCENTAJE de VARIACIÓN DE LA INFLACIÓN MÉDICA corresponderá a la variación de la inflación de servicios médicos, con corte al trimestre natural inmediato anterior al mes en que se iniciaría la prórroga contractual de la póliza.

b) El PORCENTAJE de AJUSTE POR SINIESTRALIDAD corresponderá al ajuste técnico requerido para llevar el Índice de siniestralidad real presentada por la cartera de pólizas del presente producto durante su último año al Índice de siniestralidad esperada según la Nota Técnica del producto. Para estos efectos, se entiende que por:

Índice de Siniestralidad Real: Corresponde al cociente de Siniestros Incurridos de la cartera total en el año, entre las Primas Totales netas (restando devoluciones y/o cancelaciones) de la cartera suscritas en el año; en donde, los Siniestros Incurridos corresponden a los Siniestros Pagados más los siniestros pendientes de liquidación.

Índice de Siniestralidad Esperada: Corresponde a un 55% de la Prima Total de la Cartera Asegurada.
Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

a. Las tarifas vigentes;
b. Los beneficios de la póliza;
c. Número y edades de afiliados asegurados;
d. Número y edades de familiares dependientes;
e. Experiencia siniestral previa del grupo asegurable y/o grupo asegurado;
f. Inflación de costos médicos.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

En cada prórroga, la compañía podrá aplicar los recargos o porcentajes de ajuste de primas según la razón de siniestralidad, conforme la siguiente tabla:

Razón de Siniestralidad	Porcentaje Ajuste por Siniestralidad
Menor de 50%	0%
50% -74%	10%
75% 99%	15%
100%-149%	20%
150% - 199%	30%
200%-299%	40%
300%-399%	50%
400%-499%	60%
500% ó más	80%

Los ajustes de primas debido a cambios en la afiliación se harán con base en el año póliza, a menos que hubiera un cambio en la afiliación 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. Cualquier ajuste que se realice y se notifique a la Compañía dentro del año póliza, o dentro de los treinta (30) días naturales siguientes, se efectuará de manera que cubra el periodo completo en que tales ajustes sean aplicables, siempre que estos nunca pasen los doce (12) meses.

TARIFA: La tarifa de seguro se establece en las Condiciones Particulares y estará sujeta a las Coberturas, sublímites, coaseguro, copago, deducible y Beneficios que elija el Contratante o Tomador de Seguro.

IV. PERIODO DE GRACIA Y MORA EN EL PAGO

El Periodo de Gracia para el pago de las primas siguientes a la prima inicial es de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento del plazo de vigencia. En los casos de pago fraccionado el plazo para el pago de la prima es de diez (10) días hábiles a partir del vencimiento de la vigencia.

Mora en el pago. Si al final del Periodo de Gracia, la Compañía no ha recibido la prima correspondiente a la prórroga, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12.00 a.m. del día anterior a la fecha de vencimiento, y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, debiendo notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

EI Contratante responderá ante los proveedores médicos y asegurados en caso de que dentro del periodo de gracia, se presenten reclamaciones y no realice el pago correspondiente de la prima de la póliza dentro del plazo establecido.

La Compañía puede terminar la póliza en el aniversario de la misma o en cualquier fecha de vencimiento de prima mediante notificación escrita al Contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación, si en la fecha de tal aviso el número de Personas Aseguradas con este contrato es menor a quince (15).

V. DESCUENTOS Y RECARGOS

Los descuentos que se otorgan en la emisión y prórroga de la póliza se establecen en consideración de las primas actuales y el esquema de producto escogido, la cantidad de asegurados principales, la edad y género, el número de asegurados dependientes, la experiencia siniestral del grupo, la inflación de servicios médicos y los débitos o créditos que se determinen durante el proceso de evaluación de riesgos. Asimismo, los descuentos se aplicarán tanto en función del tamaño del grupo de la Póliza Colectiva como también por concepto de grupo familiar, de conformidad con la siguiente tabla y se indicarán en las Condiciones Particulares del Contrato.

DESCUENTOS SOBRE LAS PRIMAS COMERCIALES, A OTORGAR EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ASEGURADOS PRINCIPALES QUE CONFORMAN LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO

Número de Asegurados Principales que conforman la Póliza Colectiva (*)	% descuento sobre la Prima Comercial al ASEGURADO PRINCIPAL	% descuento sobre la Prima Comercial al CÓNYUGE (**)	% descuento sobre la Prima Comercial a CADA HIJO asegurado (**)
1 a 20	0%	15%	0%
21 a 50	5%	17%	2%
51 a 150	10%	20%	5%
151 a 500	15%	20%	5%
501 ó más	20%	25%	10%

*) El # de personas de referencia, corresponde al número de asegurados principales dentro de la póliza y no considera beneficiarios (Cónyuges o Hijos) de los asegurados principales.

**) El descuento se aplica tanto en función del Tamaño del Grupo de la Póliza Colectiva como también por concepto de Grupo Familiar. El descuento en el caso de los Hijos es menor, en razón de que las Primas Comerciales de los Hijos ya incluyen un descuento implícito por Costo Administrativo.

Los recargos o porcentajes de ajuste de primas según la razón de siniestralidad se detallan en la tabla

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

que se incluye en el aparte **VI. PRIMAS**, "**POSIBILIDAD DE MODIFICACION DE PRIMAS POR LA COMPAÑÍA".**

FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

El pago de la prima es anual, sin embargo, la Compañía le otorga al asegurado la facilidad de pago fraccionado, en cuyo efecto la prima fraccionada se determinaría multiplicando la prima anual por los siguientes factores:

1. **Factor de PAGO SEMESTRAL: 0.52**
2. **Factor de PAGO TRIMESTRAL: 0.2675**
3. **Factor de PAGO MENSUAL: 0.09**

UTILIZACIÓN DEL SEGURO-PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

REQUISITOS DE PRE-NOTIFICACIÓN. La Compañía debe ser notificada de previo al tratamiento y/o procedimiento, a efecto de emitir la confirmación por escrito, antes de que el Asegurado reciba cualquier cuidado médico bien sea dentro o fuera de su País de Residencia. El Asegurado u otra persona en su nombre, debe contactar a la Compañía, a la Red de Proveedores Afiliados o a la Unidad de Asistencia, indicada en su Tarjeta de Identidad del Seguro, para iniciar el proceso de Pre-Notificación.

Todas las admisiones en los Hospitales y procedimientos quirúrgicos requieren un mínimo de setenta y dos (72) horas de notificación y contar con la autorización por parte de la compañía.

Los tratamientos de emergencia, en los términos definidos en la cláusula I. DEFINICIONES, deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a tal tratamiento aún y cuando el Asegurado haya sido dado de alta.

Para utilizar la cobertura fuera del país de residencia, el Asegurado debe solicitar la pre-notificación a la Compañía, indicando el tratamiento o procedimiento que se va a realizar con al menos 15 (quince) días naturales de anticipación, siempre y cuando el procedimiento de que se trate no sea realizable en el país de residencia. El requisito de notificación tiene como finalidad coordinar lo relacionado con los costos, asesorarle en la selección del proveedor y ayudarle a reducir costos en el extranjero. Además de que se tiene la posibilidad de contar con una segunda opinión médica.

INCUMPLIMIENTO DEL REQUISITOS DE PRE-NOTIFICACION: Si el Asegurado utiliza los servicios de un proveedor de la red y no cumple con este requerimiento, **será responsable por un pago adicional de un 30% calculado sobre los gastos cubiertos, después de que hayan sido satisfechos, tanto Su Deducible como cualquier Porcentaje de Coaseguro establecidos en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, será responsable por ese pago adicional, el Asegurado que no utiliza un**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

proveedor de la red.

En caso de que se tratare de la utilización de la cobertura fuera del país de residencia, el reembolso de los gastos elegibles y médicamente indicados será limitado al **50%** de los gastos razonables y acostumbrados establecidos para la utilización de la Red de Proveedores Afiliados del país donde se recibe el servicio y no se aplicará el límite de coaseguro si lo hubiere.

Igualmente se aplicará lo establecido en la Cláusula UTILIZACION DEL SEGURO Y CONDICIONES DE USO DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS inciso a) párrafo segundo, si el procedimiento o tratamiento se recibe fuera de la Red de Proveedores Afiliados.

UTILIZACION DEL SEGURO Y CONDICIONES DE USO DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS

La Compañía ofrece una Red de Proveedores para brindar a los asegurados una amplia gama de servicios en beneficio del Asegurado, y los proveedores afiliados a la Red, han convenido contractualmente aceptar el pago directo de la Compañía por los servicios cubiertos por la póliza y prestados a los asegurados a los costos negociados previamente. Todos los beneficios de esta póliza están disponibles dentro de la Red de Proveedores.

a. **Para servicios prestados por proveedores distintos a Hospitales:** Si el Asegurado elige ser atendido por proveedores que son miembros de nuestra Red de Proveedores Afiliados, el Coaseguro se mantendrá según se indica en las presentes Condiciones Generales.

   Sin embargo, si el Asegurado recibe tratamiento **fuera de nuestra Red de Proveedores Afiliados**, **que se catalogue como emergencia médica, será responsable por cualquier pago que resulte en exceso sobre la cobertura por veinticinco mil dólares US$25,000 que será el beneficio máximo en este caso, después de que hayan sido satisfechos, tanto el Deducible como cualquier Porcentaje de Coaseguro establecidos en las presentes Condiciones Generales.**

b. **Para servicios hospitalarios Internos o Ambulatorios: El Asegurado debe utilizar un hospital o una facilidad o institución similar, que sea miembro de nuestra Red de Proveedores Afiliados, a fin de recibir cualquier beneficio pagadero por tales servicios, bajo esta póliza.**

(c) Para Servicios fuera del territorio de la República de Costa Rica. Utilización de los servicios médicos a través del sistema "Inter-Plan Arrangements" (Arreglos entre Planes)

Vista general

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

BlueCross BlueShield Costa Rica mantiene una variedad de relaciones con otros licenciatarios de generalmente llamados "*Inter-Plan Arrangements*" (Arreglos entre Planes). Estos *Inter-Plan Arrangements* funcionan bajo las normas y procedimientos que permiten a los asegurados acceden a servicios de salud fuera del territorio de la República de Costa Rica, es decir, fuera del área geográfica en la que BlueCross BlueShield Costa Rica brinda servicios, según se establece en esta póliza, la reclamación por esos servicios puede tramitarse por uno de esos *Inter-Plan Arrangements* que remitirán la reclamación a *BlueCross BlueShield Costa Rica* para ser pagadas de acuerdo con las normativas de los arreglos entre planes y las condiciones de su póliza. Los arreglos entre planes se describen de forma general a continuación.

Cuando los asegurados acceden servicios médicos fuera del área geográfica en la que BlueCross BlueShield Costa Rica brinda servicios, usted puede obtener atención de los proveedores de salud que tengan un acuerdo contractual (es decir, "proveedores que participan en la red") con el Plan Anfitrión en esa otra área geográfica (denominados "*Host Blue*" o plan anfitrión). En algunos casos, los asegurados pueden obtener atención de proveedores de salud en el área geográfica del *Plan Anfitrión* que no tengan un acuerdo contractual ("Proveedores no participantes de la red") con el Plan Anfitrión. BlueCross BlueShield Costa Rica continúa siendo responsable ante usted por cumplir con sus obligaciones contractuales. Nuestras prácticas de pago para ambos casos se describen a continuación.

Tipos de reclamaciones. Exclusiones

Todos los tipos de reclamaciones son elegibles para ser tramitadas por los arreglos entre planes, según lo descrito anteriormente, excepto para todos los beneficios de cuidado dental, beneficios de medicamentos recetados o beneficios de cuidado de la vista que puedan ser administrados por BlueCross BlueShield Costa Rica para proveer servicios.

A. Plan Anfitrión

El Plan Anfitrión es un arreglo entre planes. Conforme a este acuerdo, cuando los asegurados bajo esta póliza acceden servicios cubiertos dentro del área geográfica de un Plan Anfitrión, el Plan Anfitrión será responsable de la contratación e interacción con sus proveedores de salud participantes, pero BlueCross BlueShield Costa Rica continuará siendo responsable ante el asegurado de cumplir con sus obligaciones contractuales. Las condiciones financieras del Plan Anfitrión se describen de forma general a continuación.

Método de Cálculo de Responsabilidad por Reclamación

A menos que esté sujeto a un copago fijo en dólares, el cálculo de la responsabilidad del asegurado sobre las reclamaciones por los servicios cubiertos será calculada en base al menor de los cargos facturados por servicios cubiertos del proveedor participante o el precio negociado que el Plan Anfitrión (*Host Plan*) ponga a disposición de BlueCross BlueShield Costa Rica y en función de las condiciones establecidas en la póliza.

Los Planes Anfitriones determinan un precio negociado, el cual es señalado en las condiciones de cada

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

uno de los contratos con los Planes Anfitriones. El precio negociado que el Plan Anfitrión ponga a disposición para uso de BlueCross BlueShield Costa Rica puede ser uno de los siguientes:

(i) **El precio real**. El precio real es la tarifa de pago vigente en el momento que la reclamación es tramitada sin ningún otro aumento o reducción, o

(ii) **El precio aproximado**. El precio aproximado es una tarifa de precio negociado, vigente en el momento en que una reclamación es tramitada, reducida o aumentada mediante un porcentaje, tomando en cuenta ciertos rubros negociados con el proveedor y otras transacciones que están relacionadas y no relacionadas con las reclamaciones. Tales transacciones pueden incluir, pero no se limitan a, recuperación de fraude y abuso, reembolsos para proveedores no aplicados a una reclamación específica, arreglos retrospectivos y pagos relacionados al desempeño, o

(iii) **El precio promedio**. El precio promedio es un porcentaje de los cargos facturados por servicios cubiertos vigentes en el momento que una reclamación es tramitada, representando los pagos totales negociados por el Plan Anfitrión con todos sus proveedores de servicios médicos o una clasificación similar de sus proveedores y otras transacciones, las que pueden incluir las mismas indicadas anteriormente bajo el renglón de precio aproximado.

Los Planes Anfitriones deciden si utilizarán un precio real, aproximado o promedio. Los Planes Anfitriones que utilicen cualquiera de los dos, el precio aproximado o el precio promedio pueden, aumentar o reducir prospectivamente tales precios para corregir por sobreestimación o subestimación de precios anteriores (es decir, ajustes prospectivos pueden significar que el precio corriente refleja cantidades o créditos adicionales por las reclamaciones que hayan sido pagadas o que se anticipen ser pagadas o recibidas de proveedores). Sin embargo, el Plan Anfitrión requiere que la cantidad pagada por el asegurado sea el precio final; ningún ajuste de precios futuros resultará en aumentos o reducciones en la determinación de los precios en las reclamaciones anteriores. El método de pago de reclamaciones por un Plan Anfitrión es tomado en cuenta por BlueCross BlueShield Costa Rica para determinar sus primas.

B. Impuestos/Recargos /Tarifas

En algunos casos las leyes federales o estatales o las regulaciones de la zona geográfica donde se prestan los servicios podrían imponer un recargo, impuesto u otra tarifa que aplique a las cuentas aseguradas. Si aplica, BlueCross BlueShield Costa Rica incorporará cualquiera de dichos recargos, impuestos u otra tarifa en la determinación de la prima, de conformidad con la normativa vigente en Costa Rica y en función de las condiciones establecidas en la póliza.

C. Proveedores No Participantes Fuera del Área de Servicio de BlueCross BlueShield Costa Rica.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Cuando los servicios médicos cubiertos sean provistos fuera del área de servicio de BlueCross BlueShield Costa Rica por proveedores que no participan en la red, las cantidades que un asegurado paga por tales servicios generalmente estarán basadas en cualquiera de los dos: el pago local al proveedor que no participa con el Plan Anfitrión o los acuerdos de pago requeridos por la ley del Estado donde se brindó el servicio médico. En estas situaciones, el asegurado puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante facture y el pago que BlueCross BlueShield Costa Rica realizará por los servicios cubiertos según lo establecido en la póliza. Los pagos por servicios de emergencia fuera de la red son regidos por las leyes federales y estatales aplicables de la zona geográfica en que se brindaron los servicios y según lo establecido en esta póliza.

D. Programa de Asistencia

Información general

Si los asegurados están fuera de los Estados Unidos, la República de Costa Rica, El Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ("Area de Servicio del Plan Anfitrión") es posible que puedan beneficiarse del Programa de cuando accedan servicios médicos cubiertos. El Programa de Asistencia es en cierta manera diferente al Plan Anfitrión disponible en el área de servicio del Plan Anfitrión. Por ejemplo, a pesar de que el Programa de Asistencia ayuda a los asegurados a acceder una red de proveedores profesionales para pacientes internos y externos, el programa no está en el área de servicio de un Plan Anfitrión. Por tal razón, cuando los asegurados reciban atención de proveedores localizados fuera del área de servicio del Plan Anfitrión, los asegurados típicamente tendrán que pagar a los proveedores y presentar las reclamaciones para obtener reembolso por estos servicios.

Servicio para pacientes internados

En la mayoría de los casos, si los asegurados se comunican con el Programa de Asistencia para recibir ayuda, los hospitales no requerirán a los asegurados pagar por los servicios cubiertos de paciente internado, excepto por su copago/deducible/coaseguro. En tales casos, el hospital presentará las reclamaciones del asegurado al Programa de Asistencia para iniciar el proceso de reclamación. Sin embargo, si el asegurado realiza el pago total al momento de recibir el servicio, el asegurado tiene que presentar una reclamación para poder recibir un reembolso por los servicios cubiertos. **Los asegurados deben comunicarse con BlueCross BlueShield Costa Rica para obtener precertificación de servicios de paciente internado que no sean de emergencia**.

Servicios para pacientes ambulatorios

Los médicos, centros de urgencia y otros proveedores para pacientes ambulatorios ubicados fuera del área de servicio del Plan Anfitrión, típicamente requieren que los asegurados paguen el monto total cuando reciban el servicio. Los asegurados deben presentar una reclamación para obtener un reembolso por los servicios médicos cubiertos.

Cómo presentar una reclamación al Programa de Asistencia

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Cuando los asegurados pagan por los servicios cubiertos fuera del área de servicio del Plan Anfitrión, deben presentar una reclamación para recibir reembolso. Para las reclamaciones institucionales y profesionales, los asegurados deben completar un formulario de reclamación y enviar el formulario de reclamación con el estado de cuenta detallado del proveedor a la dirección del Programa de Asistencia para iniciar el proceso de reclamación. Usted puede obtener el formulario de reclamación llamando a BlueCross BlueShield Costa Rica. Los asegurados que necesiten ayuda para presentar sus reclamaciones deben llamar al Programa de Asistencia teléfono 1-800-810-BLUE (2583) o llamar a cobro revertido al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES

En los supuestos de la utilización del seguro dentro de la Red de Proveedores Afiliados el Aviso de Siniestro se entenderá presentado con la Solicitud de Pre-notificación a Central Operativa de la Compañía. En los tratamientos de emergencia el reporte del siniestro deberá realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, y en los casos de admisiones a hospitales y procedimientos quirúrgicos dentro de las setenta y dos (72) horas antes, comunicación que se hará a la Central Operativa de la Compañía. La comunicación debe ser realizada por el Asegurado u otra persona en su nombre, en los contactos que se indican en la cláusula **COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.**

El reclamo por rembolso o reintegro deberá ser presentado por el Asegurado cuando haya pagado los servicios directamente al proveedor, y el reclamo por muerte natural o accidental del Asegurado deberá ser presentado por los beneficiarios, en ambos casos en el domicilio de la Compañía y ante el Administrador de Reclamos de la Compañía. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN Y TRÁMITE DE RECLAMOS

a) PARA LAS COBERTURAS BÁSICAS Y BENEFICIOS ADICIONALES DE GASTOS MÉDICOS:

La Compañía, efectuará el reembolso o reintegro de los gastos cubiertos de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el Asegurado presentar los siguientes requisitos:

1. El Formulario de Reclamación de Salud debidamente completado, tanto por el Médico tratante como por el Asegurado.
2. Las facturas originales detalladas correspondientes al tratamiento o servicio (las fotocopias no son aceptables). Estas facturas deben estar en la moneda del país donde los servicios fueron realizados, y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

3. Recetas, indicaciones y prescripciones médicas.
4. Resultado de los exámenes que se le prescribieron y practicaron.
5. Expediente clínico, si se requiere ampliar la información suministrada.

Una vez presentada esta documentación y de encontrarse conforme, se efectuará el pago de los beneficios, o bien, se comunicará por escrito la declinación de la reclamación de acuerdo con lo indicado en la póliza.

b) POR FALLECIMIENTO POR CAUSA NATURAL O ACCIDENTAL DEL ASEGURADO:

La Compañía, pagará la indemnización correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el o los Beneficiarios designados en la póliza presentar los siguientes requisitos:

1. El Formulario de Reclamación por Muerte firmado por el beneficiario.
2. El Certificado de Defunción Oficial emitido por el Registro Civil o Registro equivalente si la muerte se produce fuera de Costa Rica, que indique las causas del fallecimiento.
3. Fotocopias certificadas de los documentos de identificación del Asegurado fallecido y su (sus) beneficiarios

4. En caso de que el fallecimiento haya sido accidental, deberá aportarse copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
5. Información escrita y firmada por el Beneficiario sobre los Centros Médicos donde fue atendido el Asegurado.
6. Formulario de Autorización para consulta de expedientes tramite de reclamaciones por muerte, debidamente completado y firmado.

Las resoluciones que emita la Compañía con respecto a los reclamos, serán comunicadas a la dirección contractual suministrada por el Asegurado.

c) POR DESMEMBRAMIENTO

El asegurado debe presentar el Certificado Médico que indique la pérdida sufrida, de acuerdo con la tabla de la Cobertura de Muerte Accidental y desmembramiento contenida en las Condiciones Generales de esta cobertura.

d) POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

1. Solicitud de indemnización que indique el nombre del Asegurado, número de cédula o documento de identificación, fecha de inclusión al seguro y suma asegurada.
2. Fotocopia de cédula o del documento de identificación del Asegurado, por ambos lados.
3. Certificado médico en el que se determine que el Asegurado tiene una pérdida del sesenta siete por ciento (66.66%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual. Dicho certificado debe contener el diagnóstico, evolución y la fecha exacta de la valoración médica que determinó la condición de incapacidad total y permanente y que la condición es irreversible, o sea que no hay posibilidad de mejora o que no es sujeta a una nueva revisión médica.
4. Si la incapacidad se produjo por un accidente, deberá aportar copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
5. Presentar alguno de los siguientes documentos que comprueben su condición laboral, en el momento de haber sido declarado con incapacidad total y permanente:
    - Copia del contrato de servicios autenticado por un abogado.
    - Copia de la declaración anual del impuesto de la Renta presentado en Tributación Directa.
    - Constancia del patrono, en que conste el puesto que desempeñaba, la fecha de ingreso y la fecha de retiro por incapacidad total y permanente.
    - Si el Asegurado tiene menos de dos años de haber ingresado al seguro, debe:

        a) Indicar por escrito los centros médicos en donde ha sido atendido.
        b) Si fue atendido en centros médicos privados, deberá aportar certificados médicos emitidos por profesionales médicos que le han atendido, incorporados al Colegio Profesional respectivo, donde anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.

El asegurado o el beneficiario deberán dar a la Compañía toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que le sean requeridas.

El reclamo deberá presentarse en las oficinas de la Compañía, en la dirección que aparece indicada en la presente póliza.

El incumplimiento del plazo para la presentación del reclamo no conllevará efecto adverso alguno a los intereses económicos de la solicitud de indemnización del asegurado o beneficiario, salvo el atraso en su gestión indemnizatoria. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

e) POR ENFERMEDADES CRITICAS Y/O CATASTROFICAS:

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Para esta cobertura el asegurado o sus familiares deben presentar todos los documentos probatorios de la condición del Asegurado reclamante que incluye: Certificados médicos con diagnósticos específicos, expediente clínico, exámenes de laboratorio, biopsias, otros exámenes especiales, valoraciones nutricionales, de acuerdo con los parámetros establecidos para los grupos de enfermedades que se indican en las condiciones particulares de esta cobertura.

INFORMES DE MEDICOS Y DE HOSPITALES

Los Médicos y Hospitales deben facilitar a la Compañía los informes necesarios a fin de determinar los Beneficios a que tiene derecho el Asegurado, para ello el Asegurado debe autorizar a su Médico y Hospital a facilitar a la Compañía todos sus records médicos, e igual autorización deberán emitir los Asegurados Dependientes. Esta es una condición para que la Compañía pueda proveer cobertura, y una condición continua permanente para que se puedan pagar beneficios de esta póliza. Tanto el Asegurado, como su Cónyuge o conviviente y los Dependientes, deben autorizar expresamente a las siguientes entidades para que faciliten su historial y su información médica a nuestra Compañía

1. Cualquier Médico(s) que haya diagnosticado, atendido, tratado recomendado o prestado servicios profesionales a un Asegurado; y
2. Cualquier Hospital(es) en el cual un Asegurado haya sido tratado o diagnosticado.
3. El Asegurado debe autorizarlos a que proporcionen a la Compañía toda y cualquier información relacionada con servicios, cuidados o facilidades cubiertas en cualquier momento en esta Póliza, hasta donde sea requerido por una situación particular y permitida por las leyes pertinentes. El Asegurado también autoriza expresamente a la Compañía a obtener de cualquier otra Compañía Aseguradora o servicio o plan de beneficios, la información que consideremos necesaria a fin de determinar nuestras obligaciones bajo esta Póliza.

EXAMEN MEDICO

La Compañía tiene el derecho a hacer examinar a un Asegurado, tantas veces como sea razonable desde el punto de vista médico mientras una reclamación se encuentre pendiente. El costo total de tal examen será a cargo de la Compañía.

PRUEBA DEL SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACION

El asegurado debe demostrar la ocurrencia del evento que constituya el siniestro y la cuantía aproximada del reclamo, y deberá colaborar con la Compañía en todas las diligencias que requiera el procedimiento de indemnización. El incumplimiento demostrado de estas obligaciones, que afecte de forma significativa la posibilidad de la Compañía de constatar las circunstancias relacionadas con el evento y estimar el reclamo, liberará a ésta de la obligación de indemnizar. Asimismo, corresponde a la Compañía demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad o reduzcan la

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

cuantía del reclamo alegada por el asegurado.

PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS
Las reclamaciones bajo esta póliza serán resueltas y comunicadas al Asegurado en un plazo de **treinta (30) días naturales** contados a partir de la fecha en que la Compañía reciba toda la información necesaria para determinar su responsabilidad bajo la Póliza, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales.

RECHAZO DEL RECLAMO, ACCIONES DE APELACION Y REVISION
Cuando proceda el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado, dicha resolución, indicándole con claridad los motivos del rechazo o declinatoria del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado.

El Asegurado podrá apelar de dicha resolución en un plazo de diez días hábiles (10), a partir de la notificación, indicando los argumentos y elementos de prueba en que fundamenta su disconformidad.

El Asegurado podrá asimismo solicitar revisión de los montos de indemnización que haya fijado la Compañía con base en los costos acostumbrados y razonables. La Compañía estará obligada a revisar y a determinar si efectivamente corresponden a los costos acostumbrados y razonables.

PAGO DE BENEFICIOS POR ESTA PÓLIZA Y LIQUIDACION DE GASTOS
Los beneficios cubiertos por esta póliza, serán efectivos por pago directo a la Red de Proveedores Afiliados, o bien por reembolso o reintegro directamente a la persona asegurada, según lo que corresponda, en los siguientes casos:

a) Cuando haya sido atendido por un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Afiliados.
b) Cuando el asegurado requiera beneficios ambulatorios y haya cancelado el monto correspondiente a la atención brindada.
c) Cuando el asegurado ha efectuado el pago de los servicios directamente.
d) Cuando el asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente o ésta no ha sido aprobada por la Compañía. En este caso, si se utilizan los servicios de la Red de Proveedores Afiliados, el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera red.

DERECHO DE AUTOPSIA
Donde no fuere prohibido por la ley, la Compañía tiene el derecho de solicitar se efectúe una Autopsia a un Asegurado que muera mientras este cubierto por esta Póliza. El costo de la autopsia será a cargo de la Compañía.

IX. VIGENCIA. PRORROGAS, RENOVACIONES, REHABILITACION Y TERMINACION

VIGENCIA Y PLAN DE SEGURO. El presente es un seguro colectivo nominativo de gastos médicos anual

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

prorrogable. El monto asegurado se reinstala cada año póliza.

El seguro solo cubrirá los reclamos que presente el asegurado a la Compañía dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la vigencia del contrato. Las coberturas entrarán en vigor una vez que haya sido aceptado el riesgo y se haya pagado la prima estipulada.

Las personas beneficiarias en un seguro colectivo tienen un derecho propio contra la Compañía desde que ocurre el evento previsto en este contrato de seguro.

Este seguro podrá contratarse por el Tomador bajo dos opciones: a) sin contribución de prima, cuando el Tomador paga la prima total, o b) con contribución de prima, cuando los miembros del grupo asegurado participan en la totalidad o en alguna porción del pago de la prima.

INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA. Una vez sometida la Solicitud Seguro debidamente cumplimentada a la Compañía, la fecha de cobertura efectiva será cuando el Asegurado es elegible para la cobertura bajo esta Póliza; o a partir de la aprobación de las Pruebas de asegurabilidad, dentro del plazo de treinta (30) días naturales a partir de que se cumplan los requerimientos. En ambos casos las primas deben ser pagadas dentro de los plazos establecidos. Esta disposición será también aplicable a todos sus Dependientes a ser incluidos bajo esta Póliza.

PRORROGAS y RENOVACIONES. Esta Póliza es prorrogable de manera obligatoria en forma automática y expresa, si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Tomador a la Compañía, por lo menos con treinta (30) días naturales previos al vencimiento del plazo de vigencia. En caso de Renovación, la misma se hará por acuerdo entre el Contratante y la Compañía.

REHABILITACION DE LA POLIZA. Si esta Póliza ha terminado su vigencia por falta de pago de las primas debidas, la Compañía podrá considerar su rehabilitación, únicamente después de haber recibido las Pruebas de Asegurabilidad que determine y el Pago de la Prima. La Póliza rehabilitada cubrirá únicamente pérdidas resultantes de Lesiones o Enfermedades que hayan ocurrido después de la fecha en que esta Póliza haya sido Rehabilitada. Tales pérdidas estarán sujetas a las limitaciones en cuanto a Condiciones Preexistentes.

CANCELACION RESCISION O NULIDAD RELATIVA O ABSOLUTA DE LA POLIZA. La cobertura de seguros bajo esta Póliza terminará:

Si ha terminado el Periodo de Gracia sin que la prima correspondiente haya sido pagada dentro de los plazos establecidos en esta póliza, debiendo notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

mora.

En los casos de omisión o inexactitud no intencionales en la declaración del riesgo, cuando la compañía demuestre que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado procederá a rescindir el contrato dentro del plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.

En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales, Ley No. 8204 (Reforma integral de la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas), la Compañía procederá con la cancelación de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación.

TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA. Durante la vigencia del contrato el Tomador podrá darlo por terminado en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la otra parte con al menos un mes de anticipación. Si el pago de la prima es con contribución del asegurado el contrato no podrá darse por terminado sin el consentimiento de éste. La terminación anticipada del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LOS ASEGURADOS. La cobertura para cada Asegurado indicada en el Certificado de Seguro correspondiente terminará a las 24:00 hrs. del día en que se informe a la compañía la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causas:

1. Cuando vencido el Período de Gracia el Contratante haya cesado en los pagos de las primas correspondientes al seguro del Asegurado bajo esta póliza; debiendo notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.
2. Incapacidad Total y Permanente o fallecimiento del Asegurado.
3. Cuando el Contratante solicite la exclusión de cada Asegurado.
4. Con la falsedad en la información suministrada a la Compañía.
5. Cuando los Dependientes Hijos de los Asegurados alcancen la edad máxima de cobertura dentro de la póliza.
6. Cuando termina la relación laboral o de afiliación con el Contratante o Tomador de la póliza.

TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA. Durante la vigencia del contrato el Tomador podrá darlo por terminado en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la otra parte con al menos un mes de anticipación. Si el pago de la prima es con contribución del asegurado el contrato no podrá darse por terminado sin el consentimiento de éste. La terminación anticipada del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

del asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

En cualquier caso, el asegurador tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al asegurado la prima no devengada. La porción no devengada de la prima equivale a 365 días menos el número de días que la Póliza estuvo en vigor, dividido entre 365 días) multiplicado por la prima anualizada, menos los cargos administrativos que se aplican según la frecuencia de pago, tal como se indica: Mensual=8.34, Trimestral=$25.00, Semestral=$50.00 y Anual=$100.00.

VI. CONDICIONES VARIAS

EDAD DE CONTRATACIÓN Y ELEGIBILIDAD

El Asegurado Principal y su Cónyuge o conviviente serán elegibles para la cobertura de Gastos Médicos bajo esta Póliza sin límite de edad máxima, no obstante la Compañía podrá solicitar las pruebas de asegurabilidad que deban realizarse de conformidad con lo que establece la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. El costo de los exámenes, cuando no impliquen una particularidad especial, serán a cargo de la Compañía. La cobertura será efectiva, para todos los asegurados propuestos, una vez que las pruebas de asegurabilidad sean aprobadas por la Compañía y la prima sea pagada.

La cobertura para todos los dependientes elegibles del Asegurado Titular será efectiva en la fecha en que comience la cobertura del Asegurado Titular, siempre y cuando la solicitud de cobertura de tal Dependiente haya sido incluida en la solicitud original de seguro de gastos médicos bajo esta Póliza. Las edades para los dependientes son las que se incluyen para “Dependientes Elegibles” en las Definiciones de esta Póliza.

Si no se solicita cobertura para sus dependientes elegibles cuando el Asegurado la solicita para sí mismo, deberá cumplirse con los requerimientos de asegurabilidad aceptables para la Compañía a fin de incluir al o los dependientes elegibles a la póliza. La cobertura será efectiva a partir de la fecha en que el riesgo sea aceptado y la prima sea pagada.

Si el Asegurado adopta un hijo, contrae matrimonio, o su Cónyuge o conviviente o la propia persona Asegurada dan a luz un hijo después de la fecha efectiva de la cobertura de esta póliza, es posible presentar una Solicitud de Seguro a la Compañía para adicionar cualquier nuevo dependiente elegible bajo su Póliza. La cobertura para el o los nuevos dependientes elegibles, excepto para los hijos recién nacidos, comenzará a partir de la fecha en que el riesgo sea aceptado y la prima sea pagada por cuenta de el o los dependientes elegibles.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Si nace un hijo del Asegurado o de su cónyuge o conviviente, mientras se encuentran asegurados bajo esta póliza, y mientras la cobertura esté vigente, éste será asegurado desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando se haya completado y sometido una solicitud dentro de los treinta (30) días naturales a partir de la fecha de nacimiento, y la prima por tal dependiente haya sido pagada en su nombre. En ausencia de solicitud de cobertura para el recién nacido y el pago de la prima no se ha realizado dentro de los treinta (30) días naturales después de su nacimiento, se requerirá una nueva solicitud, la cual estará sujeta a pruebas de asegurabilidad y la aceptación de la Compañía.

La Compañía tiene el derecho de rechazar la cobertura a cualquier persona bajo esta Póliza, si no cumple con las pruebas de asegurabilidad.

Las personas a las que se les requiera una prueba de asegurabilidad como condición para otorgar cobertura, no tendrán cobertura hasta que la Compañía acepte el riesgo, dentro de los treinta días naturales siguientes al cumplimiento de todos los requerimientos. Si la Compañía no se pronuncia dentro de dicho plazo, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En caso de complejidad excepcional, según lo determine el Reglamento a la Ley Reguladora del Contrato de Seguro No. 8956, la compañía deberá indicar la fecha posterior en que se pronunciará, cuyo plazo no podrá exceder de dos meses.

RECTIFICACION DE EDAD

Si la edad del Asegurado afectare la cobertura o la suma asegurada y la edad fuere declarada erróneamente, se efectuará retroactivamente el ajuste equitativo de primas.

DECLARACIONES EN LA SOLICITUD. Esta Póliza se emite tomando en consideración que las respuestas dadas a todas las preguntas de las solicitudes de seguro son veraces y completas. Es entendido que los cuestionarios de salud deberán ser completados y firmados por cada persona que será cubierta por el seguro, salvo que se trate de personas menores de edad, en cuyo caso las declaraciones sobre su salud deberán ser firmadas por alguno de sus padres o representante legal. Usted debe verificar que las respuestas brindadas se apeguen a la verdad sobre su condición de salud y la de sus dependientes menores de edad, de conformidad con lo que establece el Artículo 31. Obligación de declarar el riesgo, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Si existiere omisión o inexactitud no intencionales de parte del Tomador o de las Personas Aseguradas se procederá de la siguiente manera:

a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al Tomador o a las Personas Aseguradas, la modificación del contrato, la cuál será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince (15) días hábiles

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

después de su notificación, el asegurador podrá, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

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

c) El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACION DEL RIESGO. La reticencia o falsedad intencional por parte del asegurado, sobre hechos o circunstancias que de ser conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

ACCIONES FRAUDULENTAS. Todo reclamo que resultare simulado, inexacto o fraudulento en que se demuestre que el asegurado declaró con dolo o culpa grave, hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir las obligaciones de la Compañía, será motivo para rechazar todo derecho a la indemnización por esta póliza. En este caso las primas pagadas se darán por totalmente devengadas sin perjuicio de las acciones legales que pudieren corresponder. La compañía quedará liberada de su obligación si la persona asegurada provoca el siniestro con dolo o culpa grave.

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA. Los términos y condiciones contenidos en la Póliza pueden ser modificados mediante convenio expreso entre la Compañía y el Contratante, o por un aviso que debe realizar La Compañía al Contratante con las razones por las cuales se realiza el ajuste, sin requerir del consentimiento de los Asegurados sobre dicha modificación siempre que La Compañía la comunique con al menos un mes de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato para que sus intereses no se vean afectados. Tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de vigencia de esa modificación.

La Compañía, previo a la aplicación efectiva de la modificación, deberá comunicar a los Asegurados, con al menos un mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, cuáles son los aspectos modificados para que no se vean afectados en sus intereses. Esta comunicación a los Asegurados podrá realizarse de manera directa o a través del Tomador, mediante campaña informativa presencial o por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción. La colaboración del Tomador en este proceso, no libera a La Compañía de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al Asegurado de buena fe.

En caso de que este seguro se contrate bajo modalidad no contributiva donde el Tomador es acreedor

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

del Asegurado, el Asegurado entiende que su participación en el mismo lo es en carácter de tercero relevante, por lo cual solamente el Contratante y la Compañía, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del seguro colectivo dentro del marco de ley. En ese caso, el Asegurado tendrá el derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario de seguros.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. La Compañía deberá entregar a cada asegurado en esta póliza el certificado individual de cobertura relativos a la relación concreta establecida, en el plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud de inclusión en la póliza colectiva cuando sea de inclusión automática y en los casos en que se requiera proceso de selección, dicho plazo comenzará a contar a partir de la aceptación.

CAMBIO EN LA COBERTURA DE SEGURO Y CAMBIO DE CLASIFICACION. 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 modalidad de pago es contributiva, dentro de los treinta y un (30) días naturales a partir de la fecha efectiva del cambio, dicho asegurado tendrá que presentar Pruebas de Asegurabilidad a la Compañía, cuyo costo estará a cargo de ésta. En este caso, el cambio será efectivo una vez que sea aprobado por la Compañía, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales. 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.

REGISTRO DE ASEGURADOS AFILIADOS Y FAMILIARES DEPENDIENTES ASEGURADOS. El Contratante debe suministrar periódicamente, la información relacionada con los asegurados y sus familiares dependientes que se encuentren asegurados, modificaciones en las coberturas del seguro, terminaciones del seguro, conforme lo exija la Compañía, con el fin de administrar debidamente el seguro. La planilla del Contratante, así como cualesquiera otros registros de los asegurados que puedan tener relación con el seguro a que se refiere esta póliza, deberán ponerse a disposición de la Compañía con fines de inspección en cualquier momento.

Cualquier error, falta u omisión inadvertida e involuntaria de parte del Contratante al notificar el nombre del Asegurado o sus dependientes, no afectará al Asegurado o familiar dependiente asegurado de buena fe, ni la cobertura contratada.

La omisión en notificar la terminación del seguro de un Asegurado o dependiente, no implicará que se mantiene la cobertura de ese dependiente más allá de la fecha de terminación. Es responsabilidad del Contratante retener y devolver a la Compañía, las tarjetas de identidad del seguro de cualquier

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Asegurado que deje de trabajar con el Contratante cubierto bajo esta póliza, o deje de ser integrante del grupo. EI Contratante será responsable de cubrir cualquier gasto incurrido por cualquier ex-asegurado afiliado posterior a su fecha de salida de la empresa o entidad, cuando no haya reportado su exclusión del grupo asegurado.

CLASE DE SEGURO: El presente es un contrato tipo mediante el cual las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por la Compañía con base en su experiencia, sin que sea impedimento para que la Compañía y el Tomador, de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y las características del grupo asegurado. Las posibles coberturas y beneficios, según se indique en las Condiciones Particulares, podrá contratarlas exclusivamente el Tomador de la Póliza.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: La modalidad de contratación puede ser contributiva o no contributiva. En el caso de que el pago de la prima sea contributivo, los asegurados pueden contribuir con todo o parte de la prima.

RECTIFICACION DE LA POLIZA. Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. Sin embargo, el Tomador del Seguro tendrá un plazo de treinta (30) 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 este plazo caducará el derecho de solicitar rectificación de la póliza. Si el Tomador no desea continuar con el seguro y las primas hubieren sido pagadas, la Compañía las devolverá en un plazo de treinta (30) días naturales de acuerdo con la Cláusula Reembolso de primas por cancelación de póliza.

CESION. Esta póliza no puede ser cedida. La cobertura y los beneficios no pueden ser cedidos. La Compañía Aseguradora no asume responsabilidad en cuanto a la facilidad o al efecto de cualquier cesión**.**

IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES. EI pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza serán responsabilidad del Contratante cuando así le corresponda.

EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS. Esta Póliza ha sido diseñada a fin de ayudar a costear el tratamiento de una Lesión o Enfermedad. Dado que no es la intención que ninguna parte reciba Beneficios mayores al costo de los gastos médicos incurridos, el monto de los Beneficios pagaderos bajo esta Póliza considerará cualquier otra cobertura de salud individual o grupal. Los Beneficios bajo esta Póliza, serán coordinados con los Beneficios de cualquier otra Póliza de Seguro Médico que pueda tener el Asegurado.

En caso de que las personas aseguradas en esta Póliza tengan seguro con otras compañías serán reembolsados al Asegurado, los gastos proporcionales entre todos los seguros sin exceder el cien por ciento (100%) de la totalidad de los éstos. Los coaseguros, deducibles y copagos de la otra compañía,

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

no serán cubiertos, así como los gastos que se encuentran excluidos en el contrato o aquellos que excedan los costos usuales, razonables y acostumbrados o que hayan sido incurridos durante los periodos de carencia.

Cada caso será analizado por la Compañía, de conformidad con las condiciones generales y particulares del contrato y la legislación vigente de Costa Rica

Al realizar el reembolso de los gastos que sean sujetos de cobertura, la Compañía aplicará el deducible y el coaseguro que corresponda.

El pago de la indemnización por muerte natural y accidental el monto de cobertura se pagará en su totalidad, de conformidad con las estipulaciones de la póliza.

Cuando existan otros seguros en el momento de la suscripción del seguro, el asegurado deberá advertirlo a la Compañía en su solicitud. En caso de que otro seguro sea suscrito después de la celebración del presente contrato, el asegurado deberá comunicarlo a la Compañía dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, incluyendo el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada.

Si por incumplimiento del deber de notificación del asegurado, la Compañía pagare una indemnización mayor a la que le correspondiere, podrá recuperar lo pagado en exceso por tratarse de un pago indebido. En este caso, el asegurado, deberá reintegrar la suma pagada en exceso el día hábil siguiente a aquél en que la Compañía se lo requiera, debiendo reconocer los intereses legales desde la fecha en que se efectuó el pago indebido y hasta la fecha del efectivo reintegro a la Compañía.

PAGOS INDEBIDOS. Si la Compañía por error de hecho o de derecho, incurriere en un pago indebido, tendrá acción para repetir lo pagado, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

MONEDA. Todos los pagos deberán ser en dólares de los Estados Unidos de América (U.S.A.) o su equivalente en colones. En lo referente al pago de pérdidas, para pagos que no sean en dólares (U. S. A.) se utilizará la tasa oficial de cambio del Banco Central de Costa Rica, correspondiente a la fecha en que la pérdida totalmente documentada fue pagada por el Asegurado al proveedor del servicio; o cuando la pérdida fuese asignada. No obstante, para efectos del pago de primas o indemnizaciones por pérdidas, el pago se podrá efectuar en moneda nacional (colones) utilizando la tasa oficial de cambio del Banco Central vigente al día en que se realice el pago.

SUBROGACION. Cuando la Compañía pague una indemnización se subrogará, de pleno derecho y hasta el monto de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro. En este caso el tercero podrá oponer al asegurador las mismas excepciones que pudieren hacer valer contra el asegurado. El asegurador no podrá valerse de la subrogación en perjuicio del asegurado. Esta

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

prohibición se extenderá a aquellas personas que las partes acuerden expresamente, así como aquellas con quienes el asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo o culpa grave.

La subrogación no aplicará en los seguros de personas con excepción de aquellos en que los pagos realizados por el asegurador tengan un carácter indemnizatorio.

Cada Asegurado acuerda colaborar para obtener el reintegro y se compromete a no entorpecer los derechos de recuperación, mediante una transacción o cualquier otra forma. No se podrá entrar en ningún Acuerdo, compromiso o cesión de derechos sin previo consentimiento por escrito de la Compañía. La Compañía tiene la opción de tomar cualquier acción apropiada para proteger sus derechos, incluyendo una acción judicial.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION. La información que sea suministrada por el Tomador y las personas Aseguradas a la Compañía con ocasión de esta Póliza estará protegida por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo autorización por escrito de cada uno de los Asegurados en contrario, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos. Quedan a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente. Queda prohibida la divulgación de datos, no relacionados directamente con el conflicto. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

PRESCRIPCION. Todos los derechos derivados de esta póliza prescribirán en un plazo de cuatro (4) años, que se contarán a partir del momento en que tales derechos sean exigibles por la parte que los reclama.

LEGITIMACION DE CAPITALES. Todas las personas aseguradas en esta póliza, así como los beneficiarios, se comprometen a proporcionar a la Compañía en cualquier tiempo del contrato, la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales. En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con este requisito, la Compañía procederá con la cancelación de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

RESPONSABILIDAD DE LA POLIZA Y USO DE LA MARCA. El asegurado y sus dependientes expresamente entienden y reconocen que esta póliza constituye un contrato en que las partes son exclusivamente el asegurado, sus dependientes y Triple-S Blue, Inc., compañía que a través de BlueCross BlueShield Costa Rica, que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de la BlueCross and BlueShield Association, una asociación de planes independientes BlueCross and BlueShield, que permite a BlueCross BlueShield Costa Rica usar las marcas de servicio Blue Cross® y

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Blue Shield® en el territorio de la República de Costa Rica. BlueCross BlueShield Costa Rica no está contratada como agente de la Asociación, en este caso Triple-S Blue, Inc. lo que tiene es licencia para el uso de la marca.

El asegurado y sus dependientes entienden que no han adquirido esta póliza basados en representaciones de personas ajenas a Triple-S Blue, Inc. a través de BlueCross BlueShield Costa Rica y que ninguna persona, entidad u organización ajena a BlueCross BlueShield Costa Rica podrá ser responsable por cualquier obligación de BlueCross BlueShield Costa Rica hacia el asegurado o sus dependientes bajo esta póliza. Lo anteriormente expresado no crea responsabilidades adicionales a las ya creadas bajo esta póliza.

LEGISLACION APLICABLE. El presente contrato de seguro se rige por la legislación de la República de Costa Rica. En lo que no esté previsto en sus estipulaciones por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros No. 8956, el Código Civil y el Código de Comercio.

MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA. El Contratante y los miembros del Grupo Asegurado podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza mediante los siguientes medios:

- Número de teléfono: 2503 2700, opción 1.
- Correo electrónico: servicio@assanet.com.
- Sitio web en el que se pueda revisar toda la documentación contractual y plantear consultas: https://www.assanet.cr/.

VII. INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS

RESOLUCIONES EN SEDE ADMINISTRATIVA. Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato pueden ser resultas en sede administrativa según el siguiente procedimiento: Cuando procediere el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado dicha resolución, indicándole con claridad los motivos del rechazo o declinatoria del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado.

El Asegurado podrá apelar dicha resolución en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la notificación, indicando los argumentos y elementos de prueba en que fundamenta su disconformidad.

El Asegurado podrá asimismo solicitar revisión de los montos de indemnización que haya fijado la Compañía con base en los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados. La Compañía estará obligada a revisar y a determinar si efectivamente corresponden a dichos costos.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. Asimismo, si ambas partes así lo acuerdan podrán acudir a resolver sus controversias a los medios alternos de solución de conflictos, establecidos en la Ley sobre Resolución Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social No. 7727 de 9 de diciembre de 1997, o bien acudir a la vía judicial.

TRIBUNAL CON JURISDICCION. Cualquier demanda respecto a disputas que conciernan a este contrato deben ser presentados ante los Tribunales de la República de Costa Rica.

VIII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

COMUNICACIONES. Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien la enviará por correo ordinario a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato: un lugar y/o apartado postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio que permita y garantice la seguridad del acto de comunicación. Para los efectos de esta póliza, el DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO, será la dirección anotada por el Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última que haya sido reportada a la Compañía.

El Asegurado deberá reportar a la Compañía por escrito o a través del intermediario autorizado todo cambio de dirección o domicilio, de lo contrario se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, o dirección de correo electrónico, apartado postal, fax o el medio que haya sido proporcionado por el Asegurado.

Los asegurados pueden dirigir sus comunicaciones al domicilio de la Compañía a la siguiente Dirección: **Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica. Correo electrónico servicio@assanet.com, reclamoscr@assanet.com fax: (506) 2503-2797, teléfono: (506) 2503-2700.**

En caso de que alguno no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, Notificaciones Judiciales, de 4 de diciembre de 2008, y demás legislación aplicable.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1012 de fecha 16 de junio del 2024.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Anexo 1
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SEGUROS, AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMOS.

Para garantizar la adecuada utilización de las coberturas, la información para el Aviso de Siniestro y la presentación de Reclamos, nos permitimos sugerirle respetuosamente que se sirva realizar una lectura cuidadosa del clausulado de las Condiciones Generales de su póliza así como sus Anexos, en las cuales se detallan las coberturas y las sumas aseguradas máximas, los gastos cubiertos, las exclusiones, la información sobre deducibles y coaseguro, la información sobre las Pruebas de Asegurabilidad, así como las demás regulaciones. Es entendido que el uso de los servicios significa que el Asegurado conoce y acepta tales Condiciones Generales.

PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SEGUROS

I. UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN COSTA RICA

A. Atención ambulatoria y/o por accidente dentro de la Red de Proveedores Afiliados.

La atención ambulatoria, se refiere a los beneficios de atención médica, y que no requieren de una hospitalización o internamiento.

Mediante este sistema, usted puede consultar el sitio de internet http://www.bcbscostarica.com/proveedores/ o comunicarse al teléfono: (506)4052-3030 , correo electrónico: contactanos@bcbscostarica.com o Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com, Fax: (506) 2248-4684 del Centro de Atención de llamadas o Central Operativa de la Compañía, a efecto de que sea ésta la que le ubique y asesore con el proveedor afiliado disponible que corresponda, según la enfermedad, lesión o emergencia que presente.

Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas, serán cubiertos al cien por ciento (100%). Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato. El proveedor afiliado deberá solicitar a la Central Operativa de la Compañía la pre-notificación y ellos se encargaran de enviarle vía correo electrónico para que se reconozca el reclamo por el sistema de pago directo.
Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento, aunque haya sido dado de alta.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato. Durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente, el proveedor afiliado autorizado deberá solicitar la pre-notificación médica y reportar el caso al número telefónico: (506)4052-3030 o al correo electrónico Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com . De esta forma la Compañía, hará pago directo al proveedor afiliado de los gastos incurridos una vez superado el deducible y Usted deberá asumir el coaseguro o copago que corresponda, de acuerdo con lo establecido en el contrato.

B. Atención ambulatoria y/o por accidente fuera de la Red de Proveedores Afiliados.

Si Usted elige ser atendido por un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, no obtendrá ningún tipo de descuento a través de su Tarjeta de Identidad del Seguro.

En esta modalidad, Usted deberá pagar al proveedor afiliado la suma que corresponda y presentar a la Compañía, los

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

documentos indicados en el aparte de este procedimiento denominado “Requisitos para la presentación de reclamos por reembolso para atenciones tanto fuera como dentro de la red de proveedores afiliados”, para el debido reembolso de los gastos incurridos, los cuales se indemnizarán de acuerdo con el costo usual, razonable y acostumbrado definido en las Condiciones Generales.

En caso de accidente, Usted deberá cancelar el monto correspondiente a la atención brindada y presentar el reclamo por reembolso a la Compañía. Los beneficios ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos al cien por ciento (100%). Los beneficios ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato. Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato para atenciones fuera de la Red de Proveedores Afiliados y será necesario solicitar pre-notificación a la Central Operativa de la Compañía al número de teléfono 506) 4052-3030 o correo electrónico Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com.

C. Atención hospitalaria y/o quirúrgica dentro de la Red de Proveedores Afiliados.

Cuando requiera atención hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá comunicarse a la Central Operativa de la Compañía, al número telefónico (506) 4052-3030 o contactar a la dirección electrónica Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com,

La solicitud debe ser enviada con un mínimo de setenta y dos horas (72) de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes prescritos y practicados que justifiquen la necesidad del procedimiento médico, tratamiento o cirugía recomendada. Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento aun y cuando el asegurado haya sido dado de alta.

La Compañía, realizará pago directo al proveedor afiliado de los gastos incurridos, una vez superado el deducible y conforme a los montos autorizados en la pre-notificación. El Asegurado deberá asumir el coaseguro correspondiente y cualquier suma en exceso, en los casos que sobrepasen los costos usuales, razonables y acostumbrados, con respecto a lo autorizado por la Compañía, en la pre-notificación.

Para los efectos de la Compañía, una cirugía programada o electiva es aquella que desde el punto de vista médico es necesaria y recomendable que se practique, pero no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.

Cuando el asegurado no realiza la “Solicitud de pre-notificación” correspondiente o ésta no ha sido aprobada por la Compañía, a pesar de utilizar los servicios de la Red de Proveedores Afiliados, el reembolso o reintegro se efectuará aplicando las condiciones establecidas para proveedores fuera de la red, con excepción de los casos de emergencia y accidentes.

En caso de que el asegurado no solicite la pre-notificación a la Central Operativa se aplicará una penalidad del 30% en la indemnización de los gastos incurridos, después de que hayan sido satisfechos el deducible y el coaseguro, que corresponden a su seguro.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

D. Atención hospitalaria y/o quirúrgica fuera de la Red de Proveedores Afiliados.

Cuando se recibe el servicio hospitalario de un proveedor que no pertenece a la Red de Proveedores Afiliados, el asegurado debe enviar a la Unidad de Asistencia de Redbridge el formulario de "Solicitud de pre-notificación", debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del Médico tratante.

Bajo esta modalidad el Asegurado deberá cancelar todos los gastos incurridos por la hospitalización y/o el (los) procedimiento (s) médicos efectuados (s) y presentar todos los documentos para reembolso a la Compañía. Dicho reembolso se efectuará de acuerdo con los costos usuales, razonables y acostumbrados.

II. UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN LOS DEMÁS PAÍSES

A. Cobertura de emergencias.

Si se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios de la póliza, Usted puede consultar la información que le ha sido entregada sobre la Red de Proveedores Afiliados o llamar a los siguientes números telefónicos:

• **Gratis, dentro de Estados Unidos de América (USA)**	**1-844-6 BCBS(222727)**
• **Fax**	**(506) 4052-3030**
• **Blue Card Access**	**1-800-810-2583**

(*) En algunos países la empresa telefónica no ofrece servicio de llamadas por cobrar, por lo que la llamada no se permite. En este caso, se debe hacer una llamada directa al número telefónico indicado, o bien, puede comunicarse escribiendo a la siguiente dirección electrónica: Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com

Indique a la persona que le atiende la siguiente información:

1. Su nombre y apellidos.
2. Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
3. Plan de seguro que tiene suscrito con la Compañía.
4. Número de póliza (se encuentra anotado en su Tarjeta de Identidad del Seguro).
5. Dirección y teléfono del lugar donde se encuentre.

La persona que le atiende le recomendará el centro médico más cercano al que Usted puede acudir y le orientará en todo lo relacionado con su caso, los pagos por estos servicios se harán mediante la modalidad de pago directo.

Recuerde que los gastos incurridos por los siguientes conceptos NO están sujetos a reembolso, por lo que deberá coordinarse directamente con la Central Operativa de la Compañía:

a. Repatriación por razones médicas.
b. Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad.

En caso de que a consecuencia de un accidente se requiera hospitalización, Usted u otra persona deberá comunicarse con Central Operativa de la Compañía al número de teléfono o correo electrónico indicados, durante las primeras veinticuatro (24) después de sufrir la emergencia médica y reportar el caso.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

En el caso de atención de emergencias con proveedores fuera de la Red de Proveedores afiliados, se reconocerá un máximo de $25,000 por asegurado por año póliza.

B. Atención ambulatoria u hospitalaria dentro o fuera de la Red de Proveedores Afiliados en los demás países.

Estas coberturas operarán de la misma forma que funcionan para la atención en Costa Rica, según lo expuesto en los apartados A y C de este procedimiento, siempre y cuando se informe a la Central Operativa de la Compañía, o a los teléfonos o correo electrónico citados anteriormente.

Dentro de la Red de Proveedores Afiliados, la atención ambulatoria funciona por pago directo, previa comunicación con la Unidad de Asistencia a los teléfonos que se señalan en el aparte A de la "Utilización del seguro en los demás países".

Para utilizar la cobertura fuera del país de residencia, el Asegurado debe solicitar la pre autorización a la Compañía, indicando el tratamiento o procedimiento que se va a realizar con al menos 15 (quince) días naturales de anticipación, siempre y cuando el procedimiento de que se trate no sea realizable en el país de residencia. El requisito de pre-autorización tiene como finalidad coordinar lo relacionado con los costos, asesorarle en la selección del proveedor y ayudarle a reducir costos en el extranjero, así como determinar la posibilidad de contar con una segunda opinión médica.

Los gastos incurridos por la atención médica ambulatoria u hospitalaria con un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, deberán ser cancelados en su totalidad por el Asegurado y presentar a la Compañía, los documentos para su reembolso, de acuerdo a los requisitos citados en el apartado denominado "Requisitos para la presentación de reclamos por reembolso para atenciones tanto fuera como dentro de la red de proveedores afiliados" de este procedimiento.

Los gastos médicos incurridos por asistencia médica de emergencia por accidente o enfermedad se reembolsarán de acuerdo con las condiciones del contrato, para lo cual deberá presentar a la Compañía los requisitos enumerados en el apartado denominado "Requisitos para la presentación de reclamos por reembolso".

III. ACUMULACIÓN DEL DEDUCIBLE ELEGIDO

Según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza, el deducible elegido es anual y por persona asegurada y se aplicará un máximo de dos deducibles por familia por año póliza, si se trata de un seguro individual, si es un seguro colectivo son tres deducibles por familia por año póliza. El monto del deducible elegido, cuyas opciones se incluyen en las condiciones generales o particulares de la póliza (colectivos).

En el caso de reembolsos, se deducirá del importe a indemnizar por el procedimiento médico recibido. de la siguiente manera:

a. La Compañía, efectuará el análisis de pertinencia y cobertura de los gastos y en caso de que sean cubiertos, se acumularán dichos gastos con el fin de alcanzar el monto de deducible elegido por el Asegurado.
b. La Compañía llevará un adecuado control de la acumulación del deducible con la finalidad de aplicar uno anual por persona asegurada y un máximo de dos deducibles por familia.

IV. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

En el evento de que la Compañía requiera de una evaluación adicional de su caso, se podrá solicitar una segunda opinión médica. El costo de tal examen será a cargo de la Compañía.

Es la opinión profesional de un médico autorizado por la Compañía para emitir otra opinión con respecto a la opinión dada por el médico tratante, que podría requerir ésta, antes que el Asegurado reciba un servicio o tratamiento médico elegible bajo esta póliza. En caso de que la compañía lo requiera, los gastos generados de esta opinión serán cubiertas por la misma.

V. AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMOS.

En los supuestos de la utilización del seguro dentro de la Red de Proveedores Afiliados el Aviso de Siniestro se entenderá presentado con la Solicitud de Pre-notificación a la Central Operativa. En los tratamientos de emergencia el reporte del siniestro deberá realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, y en los casos de admisiones a hospitales y procedimientos quirúrgicos dentro de las setenta y dos (72) horas antes, comunicación que se hará a la Central Operativa de la Compañía. La comunicación debe ser realizada por el Asegurado u otra persona en su nombre.

C. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR REEMBOLSO.

El reclamo por rembolso o reintegro deberá ser presentado por el Asegurado cuando haya pagado los servicios directamente al proveedor, y el reclamo por muerte natural o accidental del Asegurado o su cónyuge deberá ser presentado por los beneficiarios, en ambos casos en el domicilio de la Compañía. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

Para las coberturas básicas y opcionales de Gastos Médicos:

La Compañía, efectuará el reembolso o reintegro de los gastos cubiertos de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el Asegurado presentar los siguientes requisitos:

- El Formulario de Reclamación de Salud debidamente completado, tanto por el Médico tratante como por el Asegurado.
- Las facturas originales detalladas correspondientes al tratamiento o servicio (las fotocopias no son aceptables). Estas facturas deben estar en la moneda del país donde los servicios fueron realizados, y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza.
- Recetas, indicaciones y prescripciones médicas.
- Resultado de los exámenes que se le prescribieron y practicaron.

Una vez presentada esta documentación y de encontrarse conforme, se efectuará el pago de los beneficios, o bien, se comunicará por escrito la declinación de la reclamación de acuerdo con lo indicado en la póliza.

Por fallecimiento natural o accidental del Asegurado o su Cónyuge:

La Compañía, pagará la indemnización correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza,

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

debiendo el o los Beneficiarios designados en la póliza presentar los siguientes requisitos:

- El Formulario de Reclamación por Muerte firmado por el beneficiario.
- El Certificado de Defunción Oficial emitido por el Registro Civil o Registro equivalente si la muerte se produce fuera de Costa Rica, que indique las causas del fallecimiento.
- Fotocopias certificadas de los documentos de identificación del Asegurado fallecido y su (sus) beneficiarios.
- En caso de que el fallecimiento haya sido accidental, deberá aportarse copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
- Información escrita y firmada por el Beneficiario sobre los Centros Médicos donde fue atendido el Asegurado.
- Formulario de Autorización para consulta de expedientes tramite de reclamaciones por muerte, debidamente completado y firmado.

Las resoluciones que emita la Compañía con respecto a los reclamos serán comunicadas a la dirección contractual suministrada por el Asegurado.
El asegurado o el beneficiario deberán dar a la Compañía toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.
El reclamo deberá presentarse en las oficinas de la Compañía, en la dirección que aparece indicada en las Cláusula 51 Comunicaciones.

Por Desmembramiento

El asegurado debe presentar el certificado médico correspondiente en el que conste la pérdida sufrida (conforme a la tabla de indemnizaciones del contrato de seguro), la fecha de la pérdida y el tipo de accidente que ocasionó la pérdida.

Por Incapacidad Total y Permanente

1. Solicitud de indemnización que indique el nombre del Asegurado, número de cédula o documento de identificación, fecha de inclusión al seguro y suma asegurada.

2. Fotocopia de cédula o del documento de identificación del Asegurado, por ambos lados.

    - Certificado médico en el que se determine que el Asegurado tiene una pérdida del sesenta siete por ciento (66.66%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual. Dicho certificado debe contener el diagnóstico, evolución y la fecha exacta de la valoración médica que determinó la condición de incapacidad total y permanente y que la condición es irreversible, o sea que no hay posibilidad de mejora o que no es sujeta a una nueva revisión médica.

    - Si la incapacidad se produjo por un accidente, deberá aportar copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.

Presentar alguno de los siguientes documentos que comprueben su condición laboral, en el momento de haber sido declarado con incapacidad total y permanente:

1. Copia del contrato de servicios autenticado por un abogado.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

2. Copia de la declaración anual del impuesto de la Renta presentado en Tributación Directa.
3. Constancia del patrono, en que conste el puesto que desempeñaba, la fecha de ingreso y la fecha de retiro por incapacidad total y permanente.

Si el Asegurado tiene menos de dos años de haber ingresado al seguro, debe:

1. Indicar por escrito los centros médicos en donde ha sido atendido.
2. Boleta de autorización de revisión de expediente suministrado por la compañía.
3. Si fue atendido en centros médicos privados, deberá aportar certificados médicos emitidos por profesionales médicos que le han atendido, incorporados al Colegio Profesional respectivo, donde anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.

En caso de desmembramiento o incapacidad total y permanente la Compañía podrá efectuar revisiones médicas para comprobar la condición de los asegurados y verificar las pérdidas alegadas.

POR ENFERMEDADES CRÍTICAS Y/O CATASTROFICAS:

Para esta cobertura el asegurado o sus familiares deben presentar todos los documentos probatorios de la condición del Asegurado reclamante que incluye: Certificados médicos con diagnósticos específicos, expediente clínico, exámenes de laboratorio, biopsias, otros exámenes especiales, valoraciones nutricionales, de acuerdo con los parámetros establecidos para los grupos de enfermedades que se indican en las condiciones particulares de esta cobertura.

Todos los beneficios y coberturas están sujetos a las condiciones, limitaciones y exclusiones indicadas en las condiciones generales del contrato de seguros.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

ANEXO 2
PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

Las siguientes pruebas de asegurabilidad se solicitarán por parte la compañía cuando el producto de seguro en particular lo requiera o cuando la condición de salud, peso, estatura, combinación de factores o enfermedad preexistente del asegurado propuesto, o sus dependientes, sea tal que se necesiten para una adecuada valoración del riesgo. La necesidad de cualquiera de estas pruebas se hará de conocimiento de los solicitantes de seguro o de sus dependientes cuando sean requeridos por la Compañía. Igualmente, en caso necesario, se podrán solicitar pruebas combinadas o aisladas de cada una de las baterías de pruebas definidas más adelante, según requiera un caso particular:

Se definen como baterías de pruebas de salud las siguientes:

Batería 1 (B1): Declaración de salud (DS) y/o cuestionarios especiales (Hipertensión arterial, diabetes, tumores, sistema nervioso, desorden del riñón, vejiga y próstata, ulcera, alergias, asma y bronquitis, afección de los ojos).

Batería 2 (B2): Examen médico (EM).

Batería 3 (B3): Batería 2 + uroanálisis (URO) o examen general de orina (EGO).

Batería 4 (B4): Batería 3 + Electrocardiograma de reposo (EKGr) con valoración cardiovascular + Test de Elisa (HIV).

Batería 5 (B5): Batería 4 + Perfil completo de lípidos (Colesterol total, colesterol de densidad o HDL, triglicéridos).

Batería 6 (B6): Batería 5 + Hemograma completo.

Batería 7 (B7): Batería 6 + Pruebas de función hepática (Alanino aminotransferasa –ALAT-, transaminasa glutamo-pirúvica –SGPT ó TGP-; aspartato aminotransferasa –ASAT-, transaminasa glutamo-oxalacética –SGOT ó TGO-; gammaglutamil transferasa o gammaglutamil transpeptidasa -GGT/GGTP-; fosfatasa alcalina –FA-; bilirrubina total, bilirrubina directa o conjugada, bilirrubina indirecta o no conjugada).

Batería 8 (B8): Batería 7+ Pruebas de función renal (Creatinina, nitrógeno uréico ó BUN).

Batería 9 (B9): Historial clínico completo (THC) y/o reportes de los médicos tratantes.

Batería 10 (B10): Cualesquiera otras pruebas de salud o exámenes especializados (Ultrasonidos, resonancias magnéticas, electrocardiogramas de esfuerzo o, monitoreos o holter de arritmias o de

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

presión arterial, ecocardiografías o ecocardiogramas –de reposo o esfuerzo-, marcadores tumorales, etc.) que puedan ser aportadas por el solicitante del seguro o sus dependientes en caso necesario.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

ANEXO No.3

COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO FUERA DEL PAIS DE RESIDENCIA

TRIPLE-S BLUE, INC. aseguradora domiciliada en Costa Rica, denominada en adelante la Compañía, es concesionario independiente de la BlueCross and BlueShield Association, lo que le permite comercializar sus productos bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA, emite las siguientes condiciones que rigen la prestación de los servicios asistenciales que se detallan en este Anexo y que se brindarán a los asegurados, de acuerdo con las Condiciones Generales de su seguro, durante los viajes que se realicen fuera de Costa Rica o del lugar de residencia permanente autorizado por la Compañía, cuando se requiera la prestación de cualquier servicio asistencial de los aquí descritos, considerando que en ningún caso la residencia fuera de Costa Rica puede ser superior a ciento ochenta (180) días naturales.

I. DEFINICIONES

A continuación, enumeramos las definiciones de los términos usados en las presentes Condiciones Generales, para un mayor entendimiento de los Asegurados.

Accidente: Se entiende por accidente un daño corporal derivado de la acción súbita e inesperada de una causa externa y ajena a la intencionalidad del ASEGURADO, que consecuencialmente cause directamente una lesión o dolencia la ha dicho ASEGURADO en forma independiente de cualquier otra causa.

Asegurado: El Asegurado es la persona natural a cuyo nombre se ha emitido la póliza y es la persona con derecho a recibir los beneficios de Asistencia al Viajero fuera del país de residencia. De manera que no puede ceder, transferir o endosar de ninguna manera el mismo en todo o en parte.

Caso fortuito: Suceso ajeno a la voluntad del obligado, que excusa el cumplimiento de obligaciones. Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.

Catástrofe / Evento catastrófico: Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas como consecuencia de un mismo evento.

Central de Asistencias: Es la oficina del Centro de Atención/Emergencias/Call Center, encargada de la coordinación de los servicios solicitados en caso de emergencias, su red de proveedores a nivel mundial y los profesionales médicos de que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

Dolencia y / o Afección: Los términos afección y dolencia se entenderán a cualquier efecto en las presentes condiciones generales como enfermedad.

Enfermedad Aguda: Proceso corto y relativamente severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Enfermedad Congénita: Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.

Enfermedad Crónica: Todo proceso patológico continuo, repitiente y persistente en el tiempo, mayor a 90 días de duración.

Enfermedad Preexistente: Todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del plan o del viaje (o la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el Asegurado, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del Asegurado antes de haber iniciado el viaje. Los mismos requieren de un periodo de formación, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigor del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje.

Enfermedad recurrente: Regreso, repetición o aparición de la misma enfermedad, luego de haber sido tratada.

Enfermedad Repentina o Imprevista: Enfermedad imprevista, inesperada y repentina contraída después de la fecha efectiva de inicio de vigencia del Plan de asistencia y que deriva en un proceso corto y relativamente grave de alteración del estado del cuerpo del Asegurado o de cualquiera de sus órganos, el cual podría interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones normales del mismo y que podría dar lugar a dolor, debilidad u otra manifestación fuera de su conducta normal.

Fuerza mayor: Circunstancias que por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.

Médico tratante: Profesional médico autorizado por la Central de Asistencias de CONTINENTAL que asiste al Asegurado en el lugar donde se hospeda en el exterior o en sus consultorios o instituto clínico.

Plan de asistencia/Beneficios: Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de los mismos y sus límites monetarios, cuantitativos y geográficos. Dicho plan cubrirá al Asegurado cada vez que viaje al exterior de su país de residencia, siempre que cada uno de dichos viajes no exceda de sesenta (60) días continuos, dentro de los límites y sublímites especificados en estas Condiciones Generales.

El plan de asistencia se encuentra detallado en la tabla de coberturas de la póliza emitida por la aseguradora, a través del cual el Asegurado resulta beneficiado con el Plan específicamente y que forma parte inseparable del mismo. Solamente serán válidas y regirán para fines del presente aquellos servicios, garantías o beneficios vigentes a la fecha de emisión del plan de asistencia que se especifica en el plan contratado por el Asegurado o adjudicado a su nombre. Consecuencialmente cualquier modificación, reforma, exclusión o inclusión de servicios, beneficios, garantías hechas a cualquier plan de asistencia, posteriormente a su fecha de contratación o emisión,

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

no modifican, benefician o perjudican al Asegurado.

Proveedor(es): Persona(as) entidades (públicas o privadas) que prestan servicios asistenciales en las distintas áreas de asistencia a los Asegurados o sus bienes, mientras permanecen en el exterior de viaje, a los cuales a solicitud del Centro de Asistencia se encomiende la prestación del servicio requerido por los Asegurados y que conforman en conjunto la red de proveedores la Central de Asistencias.

Topes máximos: Representan los montos máximos de beneficio asistencial indicados específicamente en la tabla de beneficios de asistencia contratado y con sus respectivas restricciones.

Viaje: Se entenderá por viaje, la salida del Asegurado al exterior de Costa Rica o del lugar de residencia permanente o transitoria autorizada por la Compañía y el posterior regreso al mismo. Se considerará que un viaje comienza en el momento en que el Asegurado recibe la aprobación oficial de salida de parte de la Oficina de Migración de la República de Costa Rica o del organismo autorizado en el extranjero y termina el día en que el Asegurado regresa al país, en el momento en que el Asegurado recibe el sello de entrada de la Oficina de Migración de la República de Costa Rica o del organismo autorizado en el extranjero.

II. EDAD:

Esta cobertura no tiene límite de edad.

III.AMBITO DE COBERTURA.

Solamente serán válidos y regirán para fines del presente contrato aquellos servicios, garantías o beneficios vigentes a la fecha de emisión de la cobertura contratada por el Asegurado o adjudicado a su nombre. Cualquier modificación, reforma, exclusión o inclusión de servicios, beneficios, garantías hechas posteriormente a su fecha de contratación o emisión, no modifican, benefician o perjudican al Asegurado.

En ningún caso se podrá utilizar por el Asegurado los beneficios o coberturas de asistencia para cubrir deducibles o copagos a su cargo para tratamientos preprogramados en el exterior cubiertos o no por su póliza de seguros de salud.

Si se produjera una o más emergencias que fueren asistidas y asumidas con cargo a la cobertura y que excedieran el monto de un beneficio particular, EL ASEGURADO deberá asumir tal excedente.

LIMITES Y SUBLIMITES DE LA COBERTURA: Los topes máximos se establecen para todo el lapso de vigencia de la cobertura, por evento o asistencia por año, hasta el límite máximo de US$10.000.00 por asegurado. En ningún caso el monto por las asistencias prestadas durante el lapso de viaje en el exterior excederá el monto máximo total del beneficio asistencial y los sublímites establecidos.

a. El límite máximo de responsabilidad para LA COMPAÑÍA, por uno o todos los siniestros que puedan ocurrir, durante la vigencia de la Póliza es la suma asegurada contratada para la cobertura de asistencia al viajero.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

b. La ocurrencia de varios daños durante la vigencia de la Póliza, procedentes de la misma o igual causa, será considerada como un solo siniestro, el cual, a su vez, se tendrá como realizado en el momento en que se produzca el primer daño de la serie.

DEDUCIBLE Y COPAGOS: Esta cobertura no tiene deducibles ni copagos.

IV. BENEFICIOS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO.

Solamente serán válidos y regirán para fines del presente contrato aquellos servicios o beneficios vigentes a la fecha de emisión de la cobertura contratada por el Asegurado o adjudicada a su nombre. Cualquier modificación, reforma, exclusión o inclusión de servicios, beneficios, garantías hechas posteriormente a su fecha de contratación o emisión, no modifican, benefician o perjudican los beneficios contratados por el Asegurado.

A. BENEFICIOS DE SALUD

(1) Gastos médicos por accidente

(2) Gastos médicos por enfermedad no preexistente.

A los efectos de la prestación de las asistencias, beneficios y servicios citados en los puntos (1) y (2) anteriores, se entiende que comprenden los siguientes servicios médicos:

a. **Consultas Médicas**: Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente. Dependiendo de la naturaleza, gravedad o urgencia, las asistencias se prestarán a criterio de la Central de Asistencias, en el hotel o domicilio donde se encuentre el Asegurado o en un consultorio médico cercano al lugar.

b. **Atención por Especialistas**: Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el equipo médico de la Central de Asistencias del área donde se encuentre el Asegurado, o por el médico tratante de la Central de Asistencias. Estos servicios se prestan en los consultorios médicos de dichos especialistas y no a domicilio por regla general.

c. **Exámenes Médicos Complementarios**: Únicamente cuando sean indicados por el médico tratante y hayan sido previamente autorizados por el equipo médico de la Central de Asistencias.

d. **Gastos médicos por hospitalización**: En aquellos casos en que el Asegurado requiera ser hospitalizado debido a la ocurrencia de un accidente o una enfermedad aguda repentina no preexistente, con cargo a la cobertura serán cubiertos los gastos médicos que se incurran por dicha hospitalización, hasta el monto máximo de la cobertura.

Dichos gastos incluyen:

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

i. **Internaciones:** De acuerdo con la naturaleza de la lesión o enfermedad, se procederá a la internación del Asegurado en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre, cuando sea indicado formalmente por el médico tratante y siempre bajo aprobación de la Central de Asistencias.

ii. **Intervenciones Quirúrgicas**: En los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Asegurado a su país de origen, siempre y cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Asistencias. Si a juicio de los médicos reguladores de la Central de Asistencias fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá a la repatriación del Asegurado, quien está obligado a aceptar tal solución. En caso de rechazo a la repatriación por el Asegurado perderá todos los beneficios otorgados por su cobertura. Particularmente la alternativa de la repatriación sanitaria se tomará en los casos de tratamientos de larga duración, cirugías programadas, cirugías no urgentes.

iii. **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria**: Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de la Central de Asistencias se autorizará este servicio.

(3) Asistencia médica por enfermedad preexistente.
Como regla general, si el Asegurado padeciera de una enfermedad preexistente o crónica al inicio de su viaje al exterior, aun cuando no fuera de su conocimiento, como se ha establecido en estas Condiciones Generales, tal condición queda automáticamente exenta de los servicios o asistencias que brinda esta cobertura, en todo caso se reconocerá exclusivamente el costo de la primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad, en aquellos planes y casos que así lo prevean y hasta por las cantidades que se determinan en la tabla de beneficios. Cualquier otra consulta, tratamiento o procedimiento será por cuenta y costo exclusivamente del Asegurado.

(4) Medicamentos recetados.
En los límites de cobertura, serán cubiertos los gastos de los medicamentos recetados por el Departamento Médico de la Central de Asistencias. Los desembolsos realizados por el Asegurado para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Asistencias serán reintegrados, dentro de los límites de beneficio y una vez retornado al país de origen, y contra la previa presentación de los comprobantes originales de compra o facturas, de la copia original del dictamen o informe médico en donde describa el nombre o mencione el nombre la enfermedad sufrida por el Asegurado, el suministro de la fórmula o receta médica y las facturas.

(5) Emergencia dental.
Dentro de los límites del beneficio, serán cubiertos los gastos por atención odontológica derivados de una urgencia, debido o causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y /o a la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente. El Asegurado deberá acompañar la historia clínica completa para efectuar cualquier reclamo originado en una asistencia médico/odontológica. La falta de cumplimiento de este requisito facultará a denegar el reclamo formulado.

(6) Traslado sanitario y/o repatriación sanitaria.
Cuando el Departamento Médico de la Central de Asistencias estime necesario efectuar la repatriación sanitaria

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

del Asegurado.

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Asegurado enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra en el exterior, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual y en el que debió ser emitida la póliza. Solamente el Departamento Médico de la Central de Asistencias podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cláusula. En el caso en que el Asegurado y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación sin solicitar la aprobación previa del Departamento Médico de la Central de Asistencias, todos los gastos y consecuencias de dicha acción serán por cuenta exclusiva del Asegurado o de sus familiares o acompañantes, sin derecho a reembolso ni reclamo alguno.

Con cargo a la cobertura serán cubiertas las diferencias por cambios del ticket/pasaje aéreo. Los gastos por esta prestación médica serán computados a cuenta del monto límite de gastos por concepto de traslado y repatriación indicado en la tabla de beneficios. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de la Central de Asistencias, desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador etc.

(7) Repatriación funeraria.
En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura, incluso a causa de una enfermedad preexistente, salvo por causa de un evento excluido en las Condiciones Generales, la Central de Asistencias organizará y sufragará la repatriación funeraria desde el exterior, tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el primer lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, asumiendo los costos hasta el tope especificado en la tabla de beneficios. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos dentro del país de residencia e inhumación no estarán cubiertos. Este beneficio no contempla ni incluye en ninguna circunstancia gastos de familiares o individuos acompañantes del Asegurado fallecido.

(8) Traslado de un familiar por hospitalización.
En caso de que la hospitalización de un Asegurado, viajando solo y no acompañado, fuese superior a cinco (5) días, con cargo a la cobertura será cubierto un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en la tabla de beneficios del seguro del Asegurado podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante, con un máximo de US$ 500.00 (quinientos dólares de los Estados Unidos de América) para tiquete aéreo y hotel hasta dicho límite o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, excluyendo gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

(9) Regreso anticipado por siniestro grave en domicilio.
En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un Asegurado, mientras éste se encuentre de viaje y si su ticket/pasaje aéreo original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

fecha salvo el pago de un cargo impuesto por la aerolínea, será cubierta la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista o la reemisión del mismo con cargo a la diferencia de tarifa y penalidad por tal motivo, desde el lugar en que el Asegurado se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios.

Esta solicitud de asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en la Central de Asistencias del original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las 72 horas siguientes al suceso. El Asegurado deberá indefectiblemente comunicarse con la Central de Asistencias a fin de ser autorizado o de lo contrario los reclamos posteriores no serán aceptados.

B. BENEFICIOS DE PERDIDA DE PASAPORTE Y COMPENSACION POR PERDIDA DE EQUIPAJE.

(1) Pasaporte seguro.

En el supuesto que el Asegurado encontrándose en el exterior perdiera su pasaporte por cualquier motivo, tendrá derecho a recibir auxilio hasta la suma máxima indicada en la Tabla de Beneficios, para sufragar los costos de obtener un nuevo pasaporte en un consulado de su país en el extranjero.

Para hacer efectivo este auxilio, el evento debe haber sido informado a la Central de Asistencias de dentro de las 72 horas de ocurrido y el Asegurado deberá denunciar este hecho ante las autoridades competentes del lugar donde ocurrió el hecho y presentar el comprobante de denuncia otorgado pertinente.

(2) Compensación por pérdida de equipaje.

Al Asegurado se le indemnizará con una suma igual complementaria a la que paga o reconoce la aerolínea, hasta el límite especificado en la Tabla de Beneficios por pérdida definitiva de equipaje. A este efecto, el Asegurado deberá cumplir con los requisitos que se especifican en el PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO FUERA DEL PAIS DE RESIDENCIA anexo a estas Condiciones.

V. EXCLUSIONES.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura asistencial, los tratamientos, gastos y eventos siguientes:

1. **Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia de la cobertura y/o del viaje, sean estas del conocimiento o no por el Asegurado, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje). Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán cubiertos. Se encuentran excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos donde la consulta médica haya sido autorizada por el Departamento Médico de la Central de Asistencias.**

   No se asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente, condición crónica o hacen parte de las exclusiones, salvo aquellos planes que contemplen beneficios de

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

preexistencias específicas y se dé cumplimiento a las específicas condiciones de dicha inclusión.

En caso se determine que el motivo del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o preexistente, se negará cobertura.

2. **No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación sanitaria cuando la causa que dio origen a ella es a consecuencia de una enfermedad preexistente u obedezca a un evento que figura dentro de las exclusiones en estas Condiciones Generales.**

3. **No se cubrirán procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes o prótesis dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable especifico, enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, etc.**

4. **Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Asistencias.**

5. **Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.**

6. **Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Asegurado, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.**

7. **Afecciones, quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de calor, químicas, rayos UV.**

8. **Los tratamientos odontológicos de conductos, endodoncias, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en estas condiciones se encuentran excluidos.**

9. **Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además, quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos o extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski , Football, Boxeo, Canotaje, Parapente , Kayak, Bádminton, Básquetbol, Voleibol, Hándbol, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes.**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

10. **Están excluidos de los beneficios de esta cobertura, aquellos viajes del Asegurado si el motivo fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida; o se esté expuesto a sustancias peligrosas; o al manejo de maquinarias pesadas; o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos; o que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra el Asegurado un accidente o una enfermedad consecuencial; o bien realice labores que de acuerdo con las normas generales de seguridad industrial del país en donde se ejecuten dichos trabajos, las cuales exijan el cumplimiento formal de las mismas previa la ejecución de los mismos, estableciendo responsabilidad patronal para aquella persona natural o jurídica para la cual se ejecuten los mismos. Esta exclusión aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta; como por ejemplo trabajadores independientes.**

11. **Los Partos. abortos, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos y también todos los métodos anticonceptivos. Tampoco se cubrirán las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar.**

12. **Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas, incluyendo las crisis nerviosas, crisis de pánico, de stress o similares, trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia, vigorexia, megarexia, entre otros.**

13. **El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades venéreas y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Asistencias.**

14. **Los eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, cenizas volcánicas, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe.**

15. **El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del Asegurado y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Asegurado.**

16. **Los Eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo en todas sus formas, hostilidades u operaciones de guerra (declarada o no), guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del Asegurado en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

17. **Los accidentes cuyo origen se deban a impericia, desacato a normas o procedimientos, negligencia, descuido, provocación o la falta de medidas de prevención graves por parte del Asegurado.**

18. **Los gastos por concepto de segunda consulta médica, así como la solicitud unilateral del Asegurado al prestador de servicios médicos y recibir los mismos sin haber solicitado y recibido previamente la autorización de la Central de Asistencias.**

19. **Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el Doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, etc.**

20. **Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Asegurado desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Asistencias.**

21. **Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Asegurado.**

22. **Lesiones o accidentes como pasajeros derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público comercial de itinerario publicado, incluyendo los vuelos fletados particulares o comerciales en cualquier aeronave fletada (chárter).**

23. **Enfermedades endémicas, pandémicas, o epidémicas, Las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Asegurado no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunaciones emanadas de autoridades sanitarias.**

24. **Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.**

25. **Problemas relacionados con la tiroides; enfermedades hepáticas, cirrosis, abscesos, hernias, pruebas de esfuerzo y cualquier tipo de chequeo médico preventivo.**

26. **Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos= bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.**

27. **Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Siria, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc. (la enumeración es taxativa y no enunciativa).**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

28. **Se excluyen los costos por fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral bajo autorización previa del Departamento Médico de la Central de Asistencias, en caso tal que se determine que con las mismas el Asegurado podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.**

29. **En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, crónica o preexistente y que el tratamiento actual tenga alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, no se cubrirán los beneficios de esta cobertura. En todo caso, la aseguradora se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa, y de que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente, se denegará la asistencia.**

30. **No rige el beneficio de demora de equipaje, ni se otorgará compensación alguna, si la demora del equipaje ocurre en el vuelo de regreso al país donde se haya emitido el boleto o ticket y/o de residencia habitual del Asegurado.**

31. **No serán cubiertos los gastos de asistencia al Asegurado, ni se efectuará reembolso de ningún tipo de gastos, en tanto el Asegurado solicite o haya solicitado prestaciones por el mismo problema y/o afección a cualquier otra empresa de seguros, antes, durante o después de haberlas solicitado bajo esta cobertura.**

VI. VIGENCIA DE LOS BENEFICIOS

a) Vigencia: Es el lapso dentro del cual los Asegurados estando en el exterior pueden obtener un servicio de asistencia y es el que transcurre desde el día 1 de inicio de viaje, hasta su retorno como máximo el día 60 y hasta las (23.59) horas del día del fin de dicha validez; ambas fechas reflejadas en la tabla de beneficios. Los beneficios y prestaciones descritos en las presentes Condiciones Generales tendrán validez siempre y cuando la cobertura se encuentre pagada dentro de los plazos establecidos. La finalización de la vigencia implicará el cese automático de todos los beneficios, prestaciones, o servicios en curso provenientes de evento cubierto y acaecido en el exterior durante la vigencia de la póliza, hasta los sublímites de cada beneficio y sin sobrepasar el límite máximo de la Cobertura de Asistencia.

b) Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de la Aseguradora, una vez que el Asegurado regrese a su país de residencia habitual, o se alcancen los límites o sublímites de la cobertura.

c) La finalización de los sesenta (60) días naturales de viaje al exterior implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en estas coberturas, incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento de finalizar este período, con excepción de los casos de hospitalización ya iniciados, en los cuales los servicios de asistencia continuarán por un período complementario de hasta diez (10) naturales y hasta el límite máximo de la cobertura.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

d) Una vez finalizado este período, el Asegurado podrá utilizar las coberturas que correspondan de su póliza de la cual este Anexo forma parte, la cual funciona de forma complementaria a éste.

VII. MONEDA

Los beneficios, así como sus límites y sublímites máximos, están reflejados en la tabla de beneficios en dólares americanos, según corresponde. Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse en el marco del presente contrato, serán abonados en U.S. dólares o moneda local a opción del Asegurado.

VIII. COBERTURA INTERNACIONAL:

La cobertura geográfica será de carácter Mundial, en todo caso excluyendo el país de residencia permanente del Asegurado. Se entiende por país de residencia el lugar desde donde se originó el viaje, tal como se haya documentado con el transportista oficial al exterior.

Independientemente de donde se encuentre el Asegurado, se le dará el servicio en caso de requerir asistencia de acuerdo con el respectivo plan adquirido.

IX. PROCESOS DE REEMBOLSOS.

Será analizada la solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales y montos de los beneficios de la cobertura. El Asegurado deberá cumplir con los requisitos que se especifican en el PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO FUERA DEL PAIS DE RESIDENCIA anexo a estas Condiciones.

X. JURISDICCIÓN APLICABLE.

Cualquier reclamación que no pueda ser resuelta en forma amistosa entre las partes intervinientes, será resuelta en la jurisdicción y bajo las leyes la República de Costa Rica.

XI. SUBROGACIÓN.

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones de las presentes Condiciones Generales, la Central de Asistencias o la Aseguradora que haya asumido el riesgo, quedarán automáticamente subrogadas en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado o a sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas, en virtud del evento que motive la asistencia prestada y/o beneficio pagado.

Además, el Asegurado deberá comprometerse a abonar en el acto todo importe que haya recibido de parte del causante del accidente y/o de su(s) Compañía(s) de Seguro(s) en concepto de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el Asegurado tiene derecho; ello hasta el monto de los pagos que hubiere recibido de las compañías de seguro en el caso ocurrido. Sin que la enunciación deba entenderse

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

exclusiva, quedan expresamente comprendidos en la subrogación los derechos y acciones susceptibles de ser ejercitados frente a las siguientes personas:

a. Terceros responsables de un accidente de tránsito.
b. Empresas de transporte, en lo atinente a la restitución - total o parcial - del precio de pasajes no utilizados, cuando a cargo de la cobertura se haya tomado el traslado del Asegurado o de sus restos.

En consecuencia, el Asegurado cede irrevocablemente los derechos y acciones comprendidos en la presente cláusula, obligándose a llevar a cabo la totalidad de los actos jurídicos que a tal efecto resulten necesarios y a prestar toda la colaboración que le sea requerida con motivo de la subrogación acordada, cuando se le hayan indemnizado por tales eventos.

XII. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

Será excusable la no prestación de los servicios por parte de la red de prestadores de servicios, por casos fortuitos, que originen retrasos o incumplimientos inimputables debidos a catástrofes naturales, huelgas, guerras, invasiones, actos de sabotaje, hostilidades, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones populares, radioactividad, o cualquier otra causa de fuerza mayor. Sin embargo, la Aseguradora a través de sus proveedores en el exterior, se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuera posible y siempre y cuando una vez sea factible dicha prestación de servicios y se mantenga la contingencia que la justifique.

XIII. PAGOS INDEBIDOS

Se exigirá al Asegurado el reembolso inmediato de todos los gastos indebidamente efectuados , en caso de habérsele prestado servicios no contemplados por este contrato o fuera del período de vigencia de la cobertura, así como cualquier pago realizado por cuenta del Asegurado, o por haberse abonado algún servicio de haberse comprobado previamente la responsabilidad económica o el pago por cualquier tercero directamente al proveedor del servicio.

XIV. GRABACIÓN Y MONITOREO DE LAS COMUNICACIONES

El Asegurado presta expresa conformidad con la modalidad de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios, y la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

XV. PLAZO PARA PRESENTAR RECLAMACIONES. PRESCRIPCION.

Toda reclamación deberá formularse en debida forma y por escrito dentro del plazo máximo improrrogable de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha del suceso que dio o debería dar lugar a la indemnización o a las prestaciones.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

La persona asegurada o beneficiaria deberá aportar toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que le sean requeridas.
El incumplimiento del plazo de treinta días para la presentación del reclamo, no conllevará efecto adverso alguno a los intereses económicos de la solicitud de indemnización del asegurado o beneficiario, salvo el atraso en su gestión indemnizatoria. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.
Todos los derechos derivados de esta cobertura prescribirán en un plazo de cuatro (4) años, que se contarán a partir del momento en que tales derechos sean exigibles por la parte que los reclama.

XVI. REGULACIONES NO CONTEMPLADAS

Para todo lo que no esté previsto en este beneficio, se aplicarán las regulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza de la que este Anexo forma parte.

CUADRO DE BENEFICIOS COBERTURA ASISTENCIA AL VIAJERO FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA.

LIMITE MÁXIMO DE LA COBERTURA POR EVENTO O ASISTENCIA POR AÑO	**US $10,000.**
• **Gastos médicos por accidente** a. Consultas médicas b. Atención por especialistas c. Exámenes médicos complementarios d. Gastos médicos por hospitalización (- Internaciones- Intervenciones quirúrgicas- Terapia intensiva y Unidad Coronaria)	**US $10,000.**
• **Gastos médicos por enfermedad no preexistente** a. Consultas médicas b. Atención por especialistas c. Exámenes médicos complementarios d. Gastos médicos por hospitalización (- Internaciones- Intervenciones quirúrgicas- Terapia intensiva y Unidad Coronaria)	**US $10,000.**
• **Medicamentos recetados** por el Departamento Médico de la Central de Asistencias	**incluido**
• **Emergencia Dental** usada por trauma, accidente o infección, limitándose al tratamiento del dolor y/o la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente.	**US $ 500.**
• **Repatriación Funeraria**	**US $5.000.**
• **Traslado sanitario/Repatriación sanitaria**	**US $2.500.**
• **Traslado de familiar por hospitalización (tiquete aéreo +hotel)**	**US $ 500.**
• **Compensación por pérdida de equipaje**	**US $800.**
• **Asistencia médica por enfermedad preexistente**	**US $100.**
• **Pérdida de pasaporte**	**US $100.**
• **Regreso anticipado por siniestro grave en domicilio (tiquete aéreo +hotel)**	**US $ 500.**
• **Trasmisión de mensajes urgentes**	**incluido**
• **Cobertura**	**mundial**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

• **Sin límite de edad**	
• **Máximo de días por viaje**	**60 días**
• **Deducible y copago**	**No aplica**
• **Periodo de espera para esta cobertura**	**No aplica**

PROCEDIMIENTO
PARA LA UTILIZACIÓ

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

ANEXO 4

CUADRO DE BENEFICIOS Y OPCIONES DE LÍMITES, COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES Ámbito de Cobertura: Internacional , Regional Desde $2.000 hasta $500.000		
COBERTURA BASICA DE GASTOS MEDICOS		
OPCIONES	**Coaseguro**	**Deducible**
A. COBERTURA BÁSICA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE (Se cubre de acuerdo a lo que establece el Contrato, después de cubrir el deducible y coaseguro escogido por el Tomador del Seguro.	0% hasta 50%	$50 hasta $1000
B. COBERTURA LIMITADA DE GASTOS AMBULATORIOS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE	**Coopago (US$)**	**N° Límite de Servicios Anual**
Consulta médico general	$0 hasta $50	Opciones: 2; 4; 6; Sin Límite
Consulta médica especialista	$0 hasta $50	Opciones: 2; 4; 6; Sin Límite
Exámenes de laboratorio	$0 hasta $50	N/A
Imágenes Radiográficas (Rayos X)	$0 hasta $50	N/A
Ultrasonidos	$0 hasta $50	N/A
Medicamentos con receta medica	$0 hasta $50	N/A
	OPCIONES DE COASEGUROS y DEDUCIBLES	
OPCIONES	**Coaseguro**	**Deducible**
C. COBERTURA BÁSICA DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA (Se cubre de acuerdo a lo que establece el Contrato, despues de cubrir el deducible y coaseguro escogido por el Tomador del Seguro).	0% hasta 50%	$50 hasta $1000
GASTOS POR CIRUGIA		
Honorarios:	**SUBLÍMITES DE BENEFICIOS**	
Cirujano (aplica los URA)	De acuerdo a lo que se establece el Contrato	
Asistente de Cirujano	Desde un 20% hasta un 35% de los Honorarios del Cirujano	
Anestesista	Desde un 30% hasta un 35% de los Honorarios del Cirujano	
SUBLÍMITES DE COSTO DE HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN		
TIPO DE SERVICIO	**Sub-límites según Monto Beneficio seleccionado**	**No. de días (en cada año póliza)**

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Máximo diario por cuarto y alimentos	hasta $2.000	90 días	
Máximo diario por habitación y servicios de Cuidados Intensivos	hasta $4.000	10 días	
COBERTURAS OPCIONALES			
	OPCIONES DE SUBLÍMITES COASEGUROS DEDUCIBLES Y COPAGO		
Maternidad:	**SUBLÍMITES DE BENEFICIOS**	**COASEGURO**	**DEDUCIBLE**
Parto Normal o Cesárea	$500 hasta $10,000	0% hasta 50%	$0 hasta $500
Aborto legal	$500 hasta $10,000	0% hasta 50%	$0 hasta $500
Control Pre y Post Natal	hasta $1,000	0% hasta 50%	$0 hasta $500
Complicaciones del embarazo	$500 hasta $10,000	0% hasta 50%	$0 hasta $500
Cesárea o embarazo extra uterino	$500 hasta $10,000	0% hasta 50%	$0 hasta $500
Cuidado Crítico y Neonatal	$500 hasta $25.000	0% hasta 50%	$0 hasta $500
Beneficios Preventivos:	**SUBLÍMITES DE BENEFICIOS**	**COASEGURO**	**COPAGO**
Chequeo Anual Preventivo	$100 hasta $300	0% hasta 50%	$0 a $25
Control Ginecológico	$75 hasta $150	0% hasta 50%	$0 a $25
Control Urológico	$75 hasta $150	0% hasta 50%	$0 a $25
Chequeo Oftalmológico	$75 hasta $300	0% hasta 50%	$0 a $25
Chequeo Odontológico	$75 hasta $300	0% hasta 50%	$0 a $25
Control Infantil	**Según lo que establece el Contrato**		
Vacunas para adulto	$75 hasta $300	0% hasta 50%	$0 a $25
	SUBLÍMITES DE BENEFICIOS	**COASEGURO**	**DEDUCIBLE**
Trasplante de Órganos (Monto Vitalicio)	50% de suma asegurada hasta el monto máximo	0% hasta 50%	$0 hasta $1000
Transporte:			
Ambulancia Terrestre	$100 a $1.000	0% hasta $50%	$0 hasta $250
Ambulancia Aérea (Monto Vitalicio)	$1.000 a $25.000	0% hasta $50%	$0 hasta $1.500
Cirugía de Esterilización:			
Vasectomía	hasta $1.000	0% hasta $50%	$0 hasta $250
Salpingectomía	hasta $1.500	0% hasta $50%	$0 hasta $250
Asistencia al Viajero hasta el límite máximo de US $10.000.00	**No aplica Deducible y copago**		
Asistencia médica de emergencia fuera del país residencia por accidente o enfermedad no preexistente	US$10,000		
Emergencia Dental hasta	US $500		
Traslado sanitario/Repatriación sanitaria	US $2.500		

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Repatriación funeraria para cada uno de los asegurados incluidos en la póliza	US$ 5,000		
Medicamentos prescritos	incluido		
Traslado de familiar por hospitalización (tiquete aéreo +hotel)	US $ 500.		
Compensación por pérdida de equipaje	US $800.		
Asistencia médica por enfermedad preexistente	US $100.		
Pérdida de pasaporte	US $100.		
Regreso anticipado por siniestro grave en domicilio (tiquete aéreo +hotel)	US $ 500.		
Trasmisión de mensajes urgentes	incluido		
Cobertura	mundial		
Sin límite de edad			
Máximo de días por viaje	60 días		
Periodo de espera para esta cobertura	No aplica		
Tratamiento por Psicología y/o Psiquiatría	hasta $2.000	0% hasta $50%	$0 hasta $250
Tratamiento por Alcohol y/o Drogas	hasta $2.000	0% hasta $50%	$0 hasta $250

OTROS BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS			
Beneficios:	**SUBLÍMITES DE BENEFICIOS**	**COASEGURO**	**DEDUCIBLE**
Extracción de Terceras Molares, Impactadas o Semi-Impactadas	hasta $1.000	0% hasta 50%	$0 hasta $250
Prótesis Externas o aparatos de apoyo	hasta $3.000	0% hasta 50%	$0 hasta $250
Calzado ortopédico y/o plantillas	Máximo $1.000	0% hasta 50%	0 hasta $250
Servicios de Fisioterapia	hasta $3.000	0% hasta 50%	0 hasta $250
Deportes en forma amateur no remunerado	Cubierto por contrato **(después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)**		
Cuidados de Salud en el Hogar	hasta $3.000	0% hasta 50%	$0 hasta $250
Nutrición	hasta $1.000	0% hasta 50%	$0 hasta $250
Cama de acompañante de menor hospitalizado	hasta $1.000	N/A	N/A
Acupuntura	Máximo $3.000	0% hasta 50%	0 hasta $250
Anestesia epidural	Hasta $500	N/A	N/A
Prótesis Quirúrgicas Internas	Cubierto por contrato si son medicamente necesario **(después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)**		

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Tratamiento de Alergias	Máximo $1.000	0% hasta 50%	$0 hasta $250
Epidemias y Pandemias	Cubierto por contrato si son medicamente necesario **(después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)**		
Cáncer y Enfermedades Graves	Cubierto por contrato si son medicamente necesario **(después de cubrir el deducible y coaseguro elegido por el tomador de la póliza)**		
OTROS RIESGOS			
Beneficios:	**SUBLÍMITES DE BENEFICIOS**	**COASEGURO**	**DEDUCIBLE**
HIV/SIDA (monto vitalicio)	$10.000 hasta $100.000	0% hasta 50%	0 hasta $250
Tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual	Máximo $3.000	0% hasta 50%	0 hasta $250
Preexistencias declaradas	Previo análisis la compañía determina si asume el riesgo y en cuáles términos. Puede brindarse cobertura en forma parcial o total según la información que sea suministrada por el tomador de la póliza.		
Beneficios por Muerte	**Opciones de Suma Asegurada**		
Gastos Funerarios (Adicional)	$1.000 hasta $5.000		
Muerte por causa natural o causa accidental	$5.000 hasta $500.000		
Muerte Accidental o Desmembramiento	$5.000 hasta $500.000		
BENEFICIOS OPCIONALES DE ADELANTO DE SUMA ASEGURADA			
Incapacidad Total y Permanente	$5.000 hasta $500.000		
Enfermedad crítica y/o catastrófica	Adelanto del 50% de la suma asegurada		

(*) URA: El reconocimiento de los gastos está limitado a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P20-76-A05-1012 de fecha 16 de junio del 2024.

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.