



Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO
ADITAMENTO ASISTENCIA SALUD PLUS

Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza.

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-R-408-2010 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada “La Aseguradora”, otorga el presente Aditamento que será adherido a la PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En ese sentido, la Aseguradora por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente aditamento. Empero, el derecho a disfrutar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al cumplimiento de los términos, condiciones y demás estipulaciones detallados en las condiciones generales, particulares, especiales y/o cualquier otro documento que detalle obligaciones a cargo del Tomador y/o Asegurado.

Este aditamento forma parte de la póliza si: 1) Se indica en el Certificado de Seguro; 2) Se indica en las Condiciones Particulares; y 3) Se ha solicitado por escrito. Los beneficios contemplados en este Aditamento están sujetos al pago de prima adicional y a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

Si el contenido de este Aditamento o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar su rectificación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega al Tomador de un ejemplar firmado por la Aseguradora. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones. El Tomador deberá devolver a la Aseguradora este Aditamento debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.

FIRMA
Representante Legal

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO

ADITAMENTO ASISTENCIA SALUD PLUS

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Adicional a las definiciones indicadas en las Condiciones Generales, para los efectos de este Aditamento, las palabras, términos y frases que a continuación se indican, tendrán el significado siguiente:

1.1. ACCIDENTE.- Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un Asegurado causados única y directamente por una causa externa, violenta, imprevista, fortuita y evidente (excluyendo cualquier enfermedad), durante la vigencia del contrato al cual accede este documento.

1.2. ASEGURADO.- la persona física que contrata el servicio a su titularidad.

1.3. ALCANCE TERRITORIAL NACIONAL PARA TODOS LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.- Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional continental y en el domicilio habitual permanente del Asegurado siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

1.4. COORDINACIÓN.- actividad administrativa provista por el Proveedor de Servicio de Asistencia que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles para cumplir con la solicitud del Asegurado en relación a los servicios de asistencias.

1.5. DOMICILIO.- Es el lugar de uso habitacional permanente y habitual del Asegurado dentro del territorio nacional.

1.6. EMERGENCIA.- Es todo hecho que se presente a consecuencia de acontecimientos debido a situaciones fortuitas, que no sean por daños o situaciones preexistentes, que no se deriven por falta de mantenimiento. Para ser

considerada emergencia se deberá de reportar en el momento del incidente. La emergencia médica para efectos de prestación de servicios de asistencia médica se definirá como aquella situación médica en la cual peligre la vida o integridad física del Asegurado.

1.7. FECHA DE INICIO.- Fecha a partir de la cual los servicios del Asistencia Salud Plus estén a disposición de los Asegurados, 72 (setenta y dos) horas hábiles después de la contratación del Aditamento Asistencia Salud Plus.

1.8. GAM.- El Gran Área Metropolitana abreviado como GAM incluye las siguientes provincias respectivamente con sus cantones: San José (San José, Escazú, Desamparados, Mora, Goicoechea, Santa Ana, Aserri, Alajuelita, Vásquez de Coronado, Tibás, Moravia, Montes de Oca y Curridabat), Alajuela (Alajuela, Atenas y Poás), Cartago (Cartago, Paraíso, La Unión, Alvarado, Oreamuno y El Guarco), Heredia (Heredia, Barva, Santo Domingo, Santa Bárbara, San Rafael, San Isidro, Belén, Flores y San Pablo).

1.9. HORARIO HÁBIL.- Días hábiles, no feriados, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm.

1.10. HORARIO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS.- Durante las 24 (veinticuatro) horas.

1.11. PROGRAMA DE ASISTENCIA.- Es el conjunto de servicios de asistencia que el Asegurado tiene a disposición de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento.

1.12. PROVEEDOR.- empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente, que en representación del Proveedor de Servicio de Asistencia asista al Asegurado en cualquiera de los servicios descritos en las presentes condiciones generales.

1.13. PROVEEDOR DE SERVICIO DE ASISTENCIA.- ADDIUA: INTERAMERICAN ASSIST COSTA RICA S.A.

1.14. SERVICIOS.- Es la asistencia que se le brinda al Asegurado de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento.

1.15. VALOR CUBIERTO SEGÚN EVENTO.- el tope de cobertura en cada asistencia es definido según el valor promedio establecido por los proveedores del Proveedor de Servicio de Asistencia.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

El presente Aditamento se adiciona a esta Póliza la cual cuenta con sus Condiciones Generales y Particulares, la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud de Seguro del Asegurado, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Aseguradora, este Aditamento, los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Aseguradora (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Aseguradora los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Aseguradora no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

Las Condiciones Particulares de la Póliza, prevalecerán sobre las Condiciones Generales y sobre este Aditamento, así como sobre el Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

Por medio de este Aditamento se ofrece como una cobertura adicional opcional de servicio la cobertura de Asistencia Salud Plus, la cual estará vigente si aparece en el Certificado de esta Póliza y Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Las partes entienden que el presente Aditamento es parte de la Póliza, la cual se

mantendrá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Aseguradora el pago de la prima adicional, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada convenida por las Partes no se haya agotado.

3.1.1. ASISTENCIA MÉDICA (COBERTURA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL)

CONSULTAS CON MÉDICO GENERAL AL DOMICILIO Y/O CENTRO MÉDICO: La visita médica domiciliar y/o consultorio se deberá coordinar 8 (ocho) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del médico que brinde el servicio médico. Por solicitud del Asegurado, derivado de una emergencia médica repentina y que no haya sido causada por una preexistencia, Proveedor de Servicio de Asistencia enviará un médico general hasta el domicilio del Asegurado para su revisión o bien se coordinará la visita al consultorio del médico. No requiere autorización previa, este servicio cubre el costo de la visita médica. En la visita se incluye la primera dosis de medicamentos con el fin de disminuir y/o estabilizar el dolor del Asegurado. La consulta de medicina general domiciliar y/o consultorio incluye: revisión de historia clínica, examen físico, toma de signos vitales (presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca y respiratoria, muestra de glicemia, diagnóstico, envío de tratamientos en caso de requerirlo el paciente, aplicación de inyecciones (intravenosos o musculares) y revisión de tratamiento crónico, todos los procedimientos anteriormente mencionados se brindarán bajo criterio médico y en el caso de la visita a domicilio cubre el transporte del médico. En caso de no existir la infraestructura privada se brindará la telemedicina por video llamada, la cual tiene el mismo alcance que una consulta presencial. El presente servicio se prestará con las siguientes condiciones: Limitado a 6 (seis) visitas médicas, con un copago de \$10 dólares exactos, o su o su equivalente en Colones según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo

efectúe, directamente al proveedor que presta el servicio. Este copago no podrá ser aplicado ni al deducible ni a la cobertura de gastos médicos de la Póliza.

3.1.2. ESPECIALISTA EN SALUD POR MEDIO DE:

VIDEOLLAMADA CON ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL: Por solicitud del Asegurado, el Proveedor de Servicio de Asistencia, derivado de una emergencia médica repentina y que no haya sido causada por una preexistencia, el Proveedor de Servicio de Asistencia pondrá al Asegurado en contacto con un médico general por medio de una videollamada que le brinde la atención requerida en ese momento y realice la valoración necesaria. Este servicio solo cubre únicamente la valoración por videollamada. El presente servicio se prestará con un límite de 6 (seis) eventos por año y sin límite en el monto, por cada evento la videollamada se prestará con un tiempo máximo de duración de 60 (sesenta) minutos. Este es un servicio con una coordinación de cita con base en la disponibilidad del Asegurado y el proveedor, y un tiempo mínimo de coordinación de 2 (dos) horas.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA CON ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL: Por solicitud del Asegurado, el Proveedor de Servicio de Asistencia lo pondrá en contacto telefónico con un médico general para que le brinde una orientación médica telefónica ante dudas que tenga en el área de la salud o lectura de exámenes. La orientación busca minimizar vulnerabilidades a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del Asegurado, entregando soluciones a dudas médicas cotidianas, no se trata de una consulta médica, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año. Este es un servicio con una coordinación de cita con base en la disponibilidad del Asegurado y el

proveedor, y un tiempo mínimo de coordinación de 2 (dos) horas.

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA CON ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA: Por solicitud del Asegurado, el Proveedor de Servicio de Asistencia, lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en fisioterapia para que le brinde una orientación telefónica ante dudas que tenga en el área de la de afectación por ejemplo dolores musculares y/o lesiones. La orientación busca minimizar vulnerabilidades a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del Asegurado, entregando soluciones a dudas médicas cotidianas, no se trata de una consulta médica, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año. Este es un servicio con una coordinación de cita con base en la disponibilidad del Asegurado y el proveedor, y un tiempo mínimo de coordinación de 2 (dos) horas.

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA CON ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA: Por solicitud del Asegurado, el Proveedor de Servicio de Asistencia, lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en psicología para que le brinde una orientación psicológica ante dudas que tenga en el área de la salud. La orientación busca minimizar vulnerabilidades a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del Asegurado, entregando soluciones a dudas médicas cotidianas, no se trata de una sesión, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año. Este es un servicio con una coordinación de cita con base en la disponibilidad del Asegurado y el proveedor, y un tiempo mínimo de coordinación de 2 (dos) horas.

3.1.3. CONSULTA CON ESPECIALISTAS EN: (CARDIOLOGÍA, UROLOGÍA, GINECOLOGÍA):

Las consultas con especialistas descritas a continuación (Cardiología, Urología, Ginecología, Ortopedia y Gastroenterología), se presentarán con el siguiente alcance: con un descuento del 50% (cincuenta por ciento) de descuento por consulta y limitado a 6 (seis) eventos compartidos por año.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA: La visita del especialista en cardiología se deberá coordinar 24 (veinticuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del especialista. Por solicitud del Asegurado, siempre que no se manifieste un antecedente de preexistencia por alguna patología cardíaca, el Proveedor de Servicio de Asistencia proporcionará la cita con un profesional Cardiólogo para su revisión en consultorio al Asegurado. Este servicio cubre el costo de la cita con el profesional que mediante técnicas básicas ambulatorias permiten al médico analizar el comportamiento del corazón e indagar en caso de que se manifieste algún mal funcionamiento o alteración en su comportamiento y referir otras eventuales pruebas necesarias para tratar el perfil del Asegurado. Los demás exámenes, pruebas, procedimientos, costo de medicamentos o citas de seguimiento derivadas de la consulta realizada no están cubiertas dentro del plan por lo que deben ser canceladas por el Asegurado. Es un servicio asistencial con una coordinación de cita con base a la disponibilidad del Asegurado y el proveedor, no es de emergencia, el mismo se prestará exclusivamente en horario hábil, entendido éste de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y única y exclusivamente en el territorio que este documento se establece y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN UROLOGÍA: La visita del especialista en urología se deberá coordinar 24 (veinticuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda

del especialista. Por solicitud del Asegurado, siempre que no se manifieste un antecedente de preexistencia por alguna patología o preexistencia, el Proveedor de Servicio de Asistencia proporcionará la cita con un profesional Urólogo para su revisión en consultorio al Asegurado. Este servicio cubre el costo de la cita con el profesional que realizará consultas sobre hábitos sexuales y urinarios, realizará una exploración física que abarca pene, testículos y próstata mediante tacto rectal para descartar incremento irregular prostático, además de referir las pruebas necesarias para comprobar su dictamen o para tratar algún padecimiento o afectación del Asegurado. Las consultas de seguimiento, demás exámenes de laboratorio, muestras, medicamentos y demás derivados de la consulta deberán ser cubiertos por el Asegurado directamente. Es un servicio asistencial con una coordinación de cita con base a la disponibilidad del Asegurado y el proveedor, no es de emergencia, el mismo se prestará exclusivamente en horario comercial, entendido éste de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y única y exclusivamente en el territorio que este documento se establece y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA: La visita del especialista en ginecología se deberá coordinar 24 (veinticuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del especialista. Por solicitud del Asegurado, siempre que no se manifieste un antecedente de preexistencia por alguna patología ginecológica o embarazo, el Proveedor de Servicio de Asistencia proporcionará la cita con un profesional ginecólogo para su revisión en consultorio al Asegurado. Este servicio cubre el costo de la cita con el profesional que realizará consultas sobre hábitos sexuales y urinarios para levantar un historial clínico, realizará una exploración física genital y mamario además de referir las pruebas de seguimiento necesarias para comprobar su dictamen o para tratar algún padecimiento o afectación del Asegurado. Las consultas de seguimiento, demás exámenes de laboratorio, muestras, medicamentos y demás

derivados de la consulta deberán ser cubiertos por el Asegurado directamente. Es un servicio asistencial con una coordinación de cita con base a la disponibilidad del Asegurado y el proveedor, no es de emergencia, el mismo se prestará exclusivamente en horario comercial, entendido éste de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y única y exclusivamente en el territorio que este documento se establece y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA: La visita del especialista en Ortopedia se deberá coordinar 24 (veinticuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del especialista. A solicitud del Asegurado y siempre que requiera atención con un profesional de la red médica del Proveedor de Servicio de Asistencia, se coordinará una cita presencial en consultorio con un profesional de la rama de la Ortopedia para otorgar al Asegurado un diagnóstico de lesiones, en sistema muscular o esquelético, articulaciones, ligamentos, tendones y nervios, así como brindar recomendaciones de tratamientos ya sean con medicina o con ejercicios o cirugías relacionadas a eventuales problemas que se puedan detectar durante la cita con el Asegurado, también se proporcionan consejos a manera de información para retardar la aparición de posibles lesiones relacionadas a la edad o a enfermedades en el Asegurado.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA: La visita del especialista en Gastroenterología se deberá coordinar 24 (veinticuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del especialista. A solicitud del Asegurado y cuando sea necesario recibir atención con un profesional de la red del Proveedor de Servicio de Asistencia se brindará una cita presencial con un profesional en Gastroenterología para atender problemas de salud en el aparato digestivo, este servicio brinda la atención a enfermedades de más recurrencia como gastritis, úlceras, duodenitis, colitis y proporciona información de cómo ser tratadas con medicamentos o con procedimientos recomendados por el

profesional de la salud. También se brindará información de consejos de prevención de enfermedades gástricas.

3.1.4. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

CONSULTA Y DIAGNÓSTICO CON LIMPIEZA DENTAL SIMPLE: Por previa solicitud del Asegurado, derivado de una necesidad médica y requiera una consulta de diagnóstico (necesaria para determinar o prevenir posibles enfermedades odontológicas). El Proveedor de Servicio de Asistencia coordinará la visita al consultorio con el especialista en odontología, incluye limpieza dental simple. No requiere autorización previa. La visita médica en consultorio se deberá coordinar 24 (veinticuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del médico que brinde el servicio médico. El presente servicio se prestará con las siguientes condiciones: Limitado a 3 (tres) visitas médicas por año póliza, con un 50% de descuento.

EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DE URGENCIA: el Proveedor de Servicio de Asistencia coordinará la cita de valoración de una revisión clínica de la RED de proveedores del Proveedor de Servicio de Asistencia calificados en odontología. Los servicios en cobertura se otorgarán previo Examen Clínico y Diagnóstico autorizado por el Proveedor de Servicio de Asistencia. El presente servicio se prestará 1 (un) evento al año con un límite en el costo de \$100 (cien dólares exactos).

EXTRACCIÓN SIMPLE: Por solicitud telefónica y en caso de emergencia, el Asegurado tendrá derecho al procedimiento de extracción simple, si así lo determina el profesional en odontología del Proveedor de Servicio de Asistencia. El presente servicio se prestará 3 (tres) eventos por año póliza y con un límite en el costo de \$100 (cien dólares exactos), o su equivalente en colones según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe, directamente al proveedor que presta el servicio. Este copago no podrá ser aplicado ni al deducible ni a la cobertura de gastos médicos

de la Póliza. Si profesional determina un problema dental fuera de esta cobertura se le comunicará al Asegurado el excedente del MONTO POR EVENTO será el cual debe de ser pagado de forma directa al proveedor. El Asegurado en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS.

REFERENCIAS EN TRATAMIENTOS NO URGENTES: Por previa solicitud telefónica y en caso de emergencia el Asegurado requiera la atención odontológica, por algún tratamiento dental no urgente, el Proveedor de Servicio de Asistencia brindara la referencia de la clínica dental en RED más cercana donde el Asegurado podrá asistir a consulta, todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por El Asegurado en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS. El presente servicio se prestará sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

REFERENCIAS ODONTOLOGICAS: En caso de que el Asegurado requiera el servicio de referencia odontológica con especialistas, previa solicitud telefónica, el Proveedor de Servicio de Asistencia brindara la referencia de la clínica dental u odontólogos de la RED más

cercana donde el Asegurado podrá asistir a consulta, Todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por El Asegurado en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS. El presente servicio se prestará sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

CONEXIÓN CON CLÍNICAS DENTALES: Por solicitud del Asegurado, el Proveedor de Servicio de Asistencia proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en odontología y/o clínicas dentales, próximos al domicilio o dirección de interés del solicitante. El Proveedor de Servicio de Asistencia presta este servicio como información o mera referencia. En caso de que el Asegurado coordine algún servicio de conexión, el costo de tal deberá ser asumido por Asegurado y pagarse directamente al

proveedor. El presente servicio informativo se prestará sin costo y sin límite de eventos por año. El Proveedor de Servicio de Asistencia no es responsable por cualquier determinación que tome el Asegurado, siendo éste el único responsable por cualquier acción que decida adoptar.

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

Los Servicios prestados mediante este Aditamento quedan detallados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de esta Póliza. Corresponde al Tomador de la Póliza seleccionar las coberturas de Asistencia que serán brindadas a través del Proveedor de Servicios de Asistencia.

3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidas de los límites establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

1. Los servicios que el Asegurado haya contratado sin previo consentimiento del Proveedor de Servicio de Asistencia.
2. Los servicios adicionales que el Asegurado haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y vulnerabilidad y que no forman parte de la red de proveedores del Proveedor de Servicio de Asistencia.
3. Los causados por mala fe del tomador, Asegurado.
4. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.
5. Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.

6. Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
7. Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
8. La prestación de los servicios se realizará dentro de la territorialidad indicada desde que exista infraestructura pública y privada para la prestación de los servicios, se exceptúan lugares donde no exista un acceso transitable por carretera, aquellos lugares en los que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiere prestar la asistencia y donde por razones de orden público se ponga en vulnerabilidad la integridad física del prestador del servicio.
9. Los servicios se prestarán en todo el territorio nacional continental.
10. Mala fe del Asegurado, comprobada por el personal del Proveedor de Servicio de Asistencia o si en la petición mediare mala fe.
11. Eventos a consecuencia directa o indirecta de terrorismo.

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO MÉDICO A DOMICILIO y/o CONSULTORIO: Están excluidas nuevas visitas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del Asegurado. Donde no exista infraestructura adecuada el Proveedor de Servicio de Asistencia coordinará dicha asistencia médica por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, médicos especialistas. El costo de los exámenes que deba realizarse el Asegurado, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por el Asegurado, el servicio no opera bajo modalidad de reembolso. El Proveedor de Servicio de Asistencia podrá optar entre coordinar la consulta médica a domicilio o en un

consultorio de la red siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita y las condiciones de seguridad sean adecuadas a exclusivo criterio del Proveedor de Servicio de Asistencia. En caso de que el Asegurado visite al consultorio este deberá cubrir el costo del transporte. No aplica visita para lectura de epicrisis, expediente clínico, exámenes y/o procesos administrativos no ligados con una valoración médica por enfermedad o accidente, ni para la emisión de acta de defunción. No aplica para chequeo médico general o valoraciones de seguimiento.

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE VIDEO LLAMADA CON ESPECIALISTA EN MÉDICO GENERAL: Están excluidas videollamadas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una videollamada o más, el costo será de responsabilidad del Asegurado. Siendo una atención de emergencia, no se coordinará en ningún caso, la videollamada con médicos especialistas. El costo de los exámenes que deba realizarse el Asegurado, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la videollamada, serán cubiertos directamente por el Asegurado, el servicio no opera bajo modalidad de reembolso. No aplica videollamada para lectura de epicrisis, expediente clínico, exámenes y/o procesos administrativos no ligados con una valoración médica por enfermedad o accidente. No aplica para chequeo médico general o valoraciones de seguimiento.

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES DE LA ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: Se excluye el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos específicos o tratamientos especializados u medicamentos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el Asegurado. Adicional, se

excluyen las orientaciones de seguimiento por un mismo evento. El Proveedor de Servicio de Asistencia no es responsable por cualquier determinación que tome el Asegurado, siendo éste el único responsable por cualquier acción que decida adoptar. Todo excedente a los límites mencionados será pagado por el Asegurado con sus propios recursos directamente al proveedor.

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES DE LA ORIENTACIÓN DE FISIOTERAPIA TELEFÓNICA: Se excluye el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos específicos o tratamientos especializados u medicamentos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el Asegurado. Adicional, se excluyen las orientaciones de seguimiento por un mismo evento. El Proveedor de Servicio de Asistencia no es responsable por cualquier determinación que tome el Asegurado, siendo éste el único responsable por cualquier acción que decida adoptar. Todo excedente a los límites mencionados será pagado por el Asegurado con sus propios recursos directamente al proveedor.

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES DE LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA: Se excluye el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos psiquiátricos, tratamientos especializados o medicamentos psicotrópicos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el Asegurado. Adicional, se excluyen las orientaciones de seguimiento por un mismo evento. El Proveedor de Servicio de Asistencia no es responsable por cualquier determinación que tome el Asegurado, siendo éste el único responsable por cualquier acción que

decida adoptar. Todo excedente a los límites mencionados será pagado por el Asegurado con sus propios recursos directamente al proveedor.

EXCLUSIONES DE ESPECIALIDADES: Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del Asegurado. El costo de los exámenes que deba realizarse el Asegurado, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por el Asegurado. La utilización de los servicios cuenta con una carencia de 60 días después de adquirido el plan “Asistencia Salud Plus”, el servicio no opera bajo modalidad de reembolso. Es un servicio asistencial con una coordinación de cita con base a la disponibilidad del Asegurado y el proveedor, no es de emergencia, el mismo se prestará exclusivamente en horario de comercial, entendido éste de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y única y exclusivamente en el territorio que este documento se establece y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO MÉDICO A CONSULTORIO: Están excluidas nuevas visitas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del Asegurado. El costo de los exámenes que deba realizarse el Asegurado, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita odontológica serán cubiertos directamente por el Asegurado, el servicio no opera bajo modalidad de reembolso. El Proveedor de Servicio de Asistencia podrá optar coordinar la consulta odontológica en consultorio de la red siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita y las condiciones de seguridad sean adecuadas a exclusivo criterio del Proveedor de Servicio

de Asistencia. En caso de que el Asegurado visite al consultorio este deberá cubrir el costo del transporte. No aplica visita para lectura de epicrisis, expediente clínico, exámenes y/o procesos administrativos no ligados con una valoración odontológica por enfermedad o accidente. Quedan excluidos procedimientos dentales domiciliarios o que requieran hospitalización, se excluye la extracción de terceros molares, cualquier tratamiento con fines estéticos, así como todo tipo de prótesis, coronas, carillas e implantes, cualquier tipo de radiografía (periapical, panorámica, etc.), no serán considerados gastos por cualquier tipo de medicamentos, por ningún motivo el Proveedor de Servicio de Asistencia hará el reintegro de gastos dentales de procedimientos realizados a libre elección por el Asegurado y reintegro de piezas dentales no vírgenes (las tratadas con anterioridad).

3.4. LÍMITES

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza:

- **MEDICINA GENERAL. ASISTENCIA MÉDICA (COBERTURA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL)**

CONSULTAS CON MÉDICO GENERAL AL DOMICILIO Y/O CENTRO MÉDICO: Limitado a 6 (seis) visitas médicas, con un copago de \$10 dólares exactos, o su o su equivalente en colones según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe, directamente al proveedor que presta el servicio. Este copago no podrá ser aplicado ni al deducible ni a la cobertura de gastos médicos de la Póliza.

VIDEO CONFERENCIA CON ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL: Limitado a 6 (seis) eventos por año y sin límite en el monto, por cada evento la videollamada se prestará con un

tiempo máximo de duración de 60 (sesenta) minutos.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA CON MEDICINA GENERAL: se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año póliza.

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA CON ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA: se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año póliza.

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA CON ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA: se presta sin límite en el monto y sin límite de eventos por año póliza.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA: se presta con un descuento del 50% (cincuenta por ciento) de descuento por consulta y limitado a 6 (seis) eventos compartidos por año póliza.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN UROLOGÍA: se presta con un descuento del 50% (cincuenta por ciento) de descuento por consulta y limitado a 6 (seis) eventos compartidos por año póliza.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA: se presta con un descuento del 50% (cincuenta por ciento) de descuento por consulta y limitado a 6 (seis) eventos compartidos por año póliza.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA: se presta con un descuento del 50% (cincuenta por ciento) de descuento por consulta y limitado a 6 (seis) eventos compartidos por año póliza.

CONSULTA CON ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA: se presta con un descuento del 50% (cincuenta por ciento) de descuento por consulta y limitado a 6 (seis) eventos compartidos por año póliza.

- **ASISTENCIA ODONTOLÓGICA**

CONSULTA Y DIAGNÓSTICO CON LIMPIEZA DENTAL SIMPLE: Limitado a 3 (tres) eventos por año y con un límite en el costo del 50% de descuento.

EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DE URGENCIA: Limitado a 1 (una) visita médica con un límite en el costo de \$100 (cien dólares exactos) cada uno, o su o su equivalente en colones según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe, directamente al proveedor que presta el servicio. Este copago no podrá ser aplicado ni al deducible ni a la cobertura de gastos médicos de la Póliza.

EXTRACCIÓN SIMPLE: servicio se prestará 3 (tres) eventos por año y con un costo de hasta \$100 (cien dólares), o su o su equivalente en colones según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe, directamente al proveedor que presta el servicio. Este copago no podrá ser aplicado ni al deducible ni a la cobertura de gastos médicos de la Póliza.

REFERENCIAS EN TRATAMIENTOS NO URGENTES: se prestará sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

REFERENCIAS ODONTOLÓGICAS: informativo se prestará sin costo y sin límite de eventos por año póliza.

CONEXIÓN CON CLÍNICAS DENTALES: se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año póliza.

CLÁUSULA 4.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

En caso de evento procedente según lo indicado en el presente documento, el Asegurado deberán solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números definidos para tal fin, debiendo indicar el nombre del Asegurado destinatario de la

prestación, el número de la cédula de ciudadanía o cédula de residencia o extranjería, la dirección donde solicita el servicio, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa. No serán atendidas solicitudes de reembolsos por servicios que hayan sido contratados directamente por el Asegurado sin previa autorización del Proveedor de Servicio de Asistencia.

Cualquier costo que supere los montos establecidos en los límites de este documento, deberá ser pagado por parte del Asegurado con sus propios recursos antes de la prestación del servicio en efectivo.

El Tomador y el Asegurado, se encuentran obligados a cumplir con las disposiciones indicadas en la cláusula de “OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO” de las Condiciones Generales.

Con el fin de que el Asegurado pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el Proveedor de Servicio de Asistencia.
- Identificarse como Asegurado ante los empleados del Proveedor de Servicio de Asistencia o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
- Ser Asegurado activo de los servicios prestados y permanecer al día en los pagos asociados a tal servicio.
- Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente del Proveedor de Servicio de Asistencia. Para solicitar cualquiera de los servicios de Asistencia anteriormente descritos nuestra línea de atención 24/7 es: (506) 2528-7513.

CLÁUSULA 5.- PRIMA

Este Aditamento aplicará con el pago de prima adicional.

Asimismo, lo relacionado con la prima en este Aditamento queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula “PRIMA”.

CLÁUSULA 6.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

Lo relacionado con los recargos y descuentos en este Aditamento queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula “RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES”.

CLÁUSULA 7.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

7.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

Para activar los distintos beneficios el Asegurado debe comunicarse directamente con el Proveedor de Servicio de Asistencia al número de teléfono (506) 2528-7513, y proporcionar la información que se le solicite.

7.2. PAGOS DE RECLAMACIONES

El Proveedor de Servicio de Asistencia a través del programa “Asistencia Salud Plus” quedará relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del Asegurado, no puedan efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este documento. Así mismo los servicios que el Asegurado haya contratado sin previo consentimiento del Proveedor de Servicio de Asistencia, salvo en caso de comprobada fuerza mayor que le impida comunicarse con la misma o con terceros encargados de prestar dichos servicios. La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de

dinero derivada de los límites descritos en el presente documento, no implica aceptación de responsabilidad por parte del Proveedor de Servicio de Asistencia, respecto de los amparos básicos legales que del servicio deba garantizar su prestador original, tales como garantías, respaldos, incumplimientos, calidad del servicio, retrasos y otros que correspondan siendo que no se trata de un prestador de servicio por seleccionado por el Proveedor de Servicio de Asistencia. El Proveedor de Servicio de Asistencia no será responsable en ningún caso y en ninguna circunstancia de los resultados de los procedimientos, prácticas, recomendaciones, por cuanto la responsabilidad se encuentra garantizada por cada uno de los técnicos y profesionales contratados que atienden el caso como profesionales. La mayor parte de los proveedores de los servicios asistenciales son contratistas independientes debidamente autorizados y no empleados del Proveedor de Servicio de Asistencia; sin embargo, el Proveedor de Servicio de Asistencia será responsable de los actos u omisiones por parte de dichos proveedores cuando sea aplicable.

CLÁUSULA 8.- VIGENCIA

Lo relacionado con la Vigencia de este Aditamento queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula “VIGENCIA”.

CLÁUSULA 9.- PERÍODO DE CARENIA

Para este Aditamento, aplicará un periodo de carencia de un (1) mes para todos los servicios.

En todo lo no incluido en este Aditamento aplicará lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660 de fecha 6 de enero de 2016**”.

“Como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la Aseguradora, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones”.