



Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN COLONES –
CONTRATO TIPO

ADITAMENTO DE GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y/O DENTALES
A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

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 Compañía”, otorga el presente Aditamento que será adherido a la PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO EN COLONES – 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 Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente Aditamento.

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 Compañía. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones. El Tomador deberá devolver a la Compañía este Aditamento debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.

PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO EN COLONES – CONTRATO TIPO

CLÁUSULA 1. - DEFINICIONES

Para los fines del presente Aditamento, los términos empleados en el mismo tendrán el significado que a continuación se expresa:

ACIDENTE.- Suceso imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado, provocado por un agente externo que produzca daños o lesiones corporales.

LESIÓN.- Es el daño o detrimento corporal que cause pérdida, inutilidad o funcionamiento anormal de un miembro, órgano o tejido, producido como consecuencia de un accidente.

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 Compañía, este Aditamento, los Aditamentos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía 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

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente y como consecuencia del mismo necesitaré someterse a asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica o hacer uso de los servicios de enfermeras, la Compañía reembolsara al Asegurado hasta el ochenta (80) por ciento de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados en la República de Costa Rica, en que haya incurrido el Asegurado en la

atención médica debido al Accidente, en exceso del deducible, sin exceder el valor asegurado para esta cobertura de Gastos Médicos, la cual es detallada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de la Póliza.

Asimismo, si como consecuencia del Accidente cubierto por este Aditamento, el Asegurado sufre lesiones que afectan directamente su dentadura, la Compañía reembolsará al Asegurado los gastos incurridos por éste en la atención de su dentadura, hasta el monto máximo estipulado para este beneficio en el cuadro de coberturas de las condiciones particulares, adicional al monto establecido en el beneficio de gastos médicos por accidente de este Aditamento.

1.2. BIENES E INTERESES CUBIERTOS 3.2.1 GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

Si con motivo de un accidente cubierto por el presente Aditamento, el Asegurado necesitaré someterse a asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica o a hacer uso de los servicios de enfermeras, la Compañía reembolsará al Asegurado hasta el ochenta por ciento (80%) de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados en la República de Costa Rica, en que haya incurrido el Asegurado por la atención médica debido al accidente, en exceso del deducible, sin exceder el valor asegurado para esta cobertura de Gastos Médicos, la cual es detallada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de la Póliza, previa comprobación satisfactoria de dicho monto.

Este Aditamento no tendrá cobertura dentro de los cientos ochenta días (180) naturales siguientes a la fecha de inicio del mismo.

Si como consecuencia de un accidente amparado por el presente Aditamento se requiere colocar aparatos ortopédicos o prótesis, sus costos serán reembolsados por la Compañía hasta por un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada para gastos médicos. Se entiende por prótesis el reemplazo parcial o total de cualquier órgano anatómico.

Además, si a consecuencia de un accidente cubierto por el presente Aditamento, se hace necesario el traslado del Asegurado, la Compañía reembolsará los gastos de ambulancia hasta un máximo del cinco por ciento (5%) del valor asegurado para gastos médicos.

3.2.2 GASTOS DENTALES POR ACCIDENTE

Si las lesiones sufridas por el Asegurado, en el accidente cubierto por este Aditamento, afectan directamente a la dentadura, la Compañía reembolsará al Asegurado los gastos incurridos por éste en la atención de su dentadura, hasta el monto máximo estipulado para este beneficio en el cuadro de coberturas de las condiciones particulares, adicional al monto establecido en el beneficio de gastos médicos por accidente de este Aditamento.

1.3. EXCLUSIONES

La Compañía no responderá por los gastos incurridos por el Asegurado por lesiones resultantes de, o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

- a. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por el Asegurado a sí mismo, estando o no en uso de sus facultades mentales.
- b. Lesiones ocurridas al encontrarse el Asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas y/o estupefacientes, así como las originadas en delitos o faltas a la ley.
- c. Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo. Motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.
- d. Accidentes que sufra el Asegurado como consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una aerolínea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros y que el

accidente ocurra dentro de la República de Costa Rica.

- e. Accidentes en que el Asegurado se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas o motonetas.
- f. Intoxicaciones, oclusiones intestinales, rotura de aneurismas o infecciones bacteriales excepto la que se presente por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por el presente Aditamento.
- g. Catástrofes y/o desastres naturales.
- h. Guerra, ya sea declarada o no, la participación voluntaria en motines o desórdenes civiles, huelga, acciones de movimientos subversivos, actos terroristas o, en general, conmociones de cualquier clase.
- i. Servicio activo en las Fuerzas Armadas, Policía, empresas de seguridad o cuerpo de bomberos.
- j. Fisión o fusión nuclear y los efectos que produzca la contaminación radioactiva.
- k. Ingestión de veneno o inhalación de gases o vapores en forma accidental o deliberada.
- l. Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o enfermedad congénita o infecciones bacteriales distintas a las contraídas por lesión corporal accidental.
- m. Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo, fiebre amarilla, etc.
- n. Los accidentes sufridos por el Asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos "x", o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente Aditamento.
- o. Exámenes y tratamientos dentales y/o odontológicos en general, a menos que sean a consecuencia de accidente ocurrido durante la vigencia de este Aditamento.

1.4. LIMITACIONES

- La Compañía sólo pagará los honorarios de profesionales médicos y enfermeras, oficialmente autorizados para ejercer su actividad. Los medicamentos prescritos

deben tener como único objeto la curación de las lesiones producidas por el accidente.

- El reembolso por concepto de honorarios médicos en ningún caso excederá el cuarenta por ciento (40%) del valor asegurado para gastos médicos de este Aditamento.
- Los porcentajes establecidos para reembolsos por concepto de honorarios médicos, prótesis y/o ambulancia no son sustitutivos y forman parte del valor asegurado de la cobertura de gastos médicos hospitalarios a causa de accidente.
- Si el Asegurado escogiere recibir cobertura bajo cualquier seguro y/o plan de asistencia médica que no sea el ofrecido por la Compañía, ésta restituirá exclusivamente la diferencia entre el gasto necesario, razonable y acostumbrado efectivamente incurrido, y el monto pagadero por aquel seguro y/o plan, pero en ningún caso más del máximo estipulado en las condiciones particulares de esta Póliza y siempre luego de que aquel seguro y/o plan cumpla con su obligación.

CLÁUSULA 4. - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para el caso de este Aditamento, el Asegurado Titular, es el único Beneficiario.

CLÁUSULA 5. - OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

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 de la Póliza.

CLÁUSULA 6. - 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 7. - 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 8. - NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

8.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

El Asegurado o el beneficiario están obligados a dar noticia a la Compañía de la ocurrencia del siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

Para efectos de toda indemnización, se deberá presentar la documentación requerida por la Compañía así como las pruebas que acrediten la ocurrencia del siniestro y su cuantía, según el caso. Se deberán adjuntar los originales de las facturas y fórmulas médicas correspondientes. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

El Asegurado o el beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de este Aditamento, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

El Asegurado o beneficiario, a petición de la Compañía, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

8.2. DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE RECLAMO

La Compañía pagará el beneficio bajo este Aditamento una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

1. Aviso de siniestro.
2. Reclamación por escrito, la cual contenga la solicitud de reembolso.

3. Copia certificada de la Epicrisis o informe médico detallado emitido por el (los) médico(s) tratante(s).
4. Informe detallado del(los) médico(s) tratante(s).
5. Copia certificada de la(s) Historia(s) Clínica(s) completa(s) (para casos quirúrgicos).
6. Originales de las órdenes de exámenes.
7. Resultados de los exámenes.

Además de lo anterior, para el caso de gastos dentales, se deberá adjuntar las radiografías respectivas y demás informes médicos emitidos por el (los) médico(s) tratante(s).

8.3. PAGOS DE RECLAMACIONES

El pago de cualquier indemnización se realizará previa solicitud del Asegurado, en un plazo de treinta (30) días naturales una vez se haya recibido toda la documentación requerida por la Compañía.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación, el Asegurado tendrá derecho a apelar ante la Compañía, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en la Póliza.

CLÁUSULA 9. - VIGENCIA

Este Aditamento se emite en conjunto con la Condiciones Generales y en conjunto como una póliza Anual Prorrogable siempre y cuando haya pagado la prima, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo prorrogarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en esta Póliza y/o sus Aditamentos, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días naturales antes del vencimiento.

CLÁUSULA 10. - CONDICIONES VARIAS

“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 P14-26-A10-585 de fecha 24/11/2014”.

10.1. PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA

Para este Aditamento se establece un periodo de ciento ochenta (180) días naturales a partir de la inclusión del Asegurado en este contrato, durante el cual la cobertura de este Aditamento no opera, si el Asegurado sufre algún accidente que requiere atención médica.

10.2. EXÁMENES MÉDICOS

La Compañía podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente Aditamento.

10.3. TERMINACIÓN DE ESTE ADITAMENTO

Este Aditamento terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Por decisión unilateral del Contratante y/o Asegurado, en cualquier tiempo mediante notificación escrita a la Compañía.
2. Por terminación de la Póliza.
3. Por encontrarse las primas impagas.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente Aditamento, después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Aditamentos quedan sin modificación.