



Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN DÓLARES

ADITAMENTO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS

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 DÓLARES, 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 DÓLARES

CLÁUSULA 1. - DEFINICIONES

Para los efectos de este Aditamento se entiende por enfermedades críticas las que se indican a continuación:

1. Accidente Vascular Cerebral: La enfermedad que consiste en la interrupción del suministro de sangre de una zona del cerebro como resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco, comprobable por tomografía o resonancia magnética, pruebas de disfunción neurológica permanente e irreversibles y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización.

Se excluyen los trastornos vasculares isquémicos transitorios y lentamente reversibles.

2. Asegurado: Es la persona Titular de la Póliza de Seguro, en cuyo nombre se ha completado la solicitud de seguro, forma parte del grupo asegurado, tiene relación directa con el Tomador y está protegida bajo esta póliza por haber sido aceptada por la Compañía y por haber recibido la Compañía el pago de la prima correspondiente.

3. Distrofia Muscular: Es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por una progresiva pérdida de la capacidad muscular. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético / historial familiar o un estudio de cromosomas). Las copias de cualquier informe de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.

4. Enfermedad de las Arterias Coronarias que Requiere Cirugía: Es el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias que requieren ser

corregidas, por medio de una revascularización by-pass.

Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, tratamientos por láser y otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.

Este beneficio será abonado por la Compañía al Asegurado después de haberse efectuado la operación.

5. Enfermedad de Alzheimer: Deterioro de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, puesto de manifiesto por el estado clínico y los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer, o de alteraciones orgánicas irreversibles, excluyendo la neurosis y enfermedades psiquiátricas, que dan por resultado una disminución importante del funcionamiento social y que requiere de la supervisión continua del Asegurado. El diagnóstico deberá ser confirmado clínicamente por un médico especialista.

6. Esclerosis Múltiple: La enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, consistentes con la imparidad de función, pero las que no lleven necesariamente al Asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

Esta enfermedad se caracteriza por pérdida de mielina que recubre las fibras nerviosas del cerebro o de la médula espinal manifestada por parálisis parcial o completa, parestesia, y/o neuritis óptica. Se caracteriza más allá por episodios de exacerbación o remisión.

El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos, Resonancia Magnética y el análisis del líquido cerebro-espinal. En ningún caso la Compañía pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha efectiva de este Aditamento.

7. Infarto del Miocardio: La enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco a consecuencia de hipoxia aguda, el

cual por falta de dicha nutrición a la zona, produce una necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por alguno de los siguientes antecedentes:

- Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización.
- Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardiaca isquémica.
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.

8. Insuficiencia Hepática Crónica: La falla del hígado, crónica, progresiva e irreversible con ictericia, dando como resultado ya sea ascitis o encefalopatía creciente y que en opinión del médico de la Compañía, no mejorará.

9. Insuficiencia Renal Crónica: La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal.

Este beneficio será abonado por la Compañía al Asegurado comprobado el efectivo inicio del tratamiento de diálisis.

10. Primer Cáncer: Es aquel cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la Póliza. Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfática crónica), los linfomas y la enfermedad de hodgkin, **pero excluye cánceres no invasivos in situ, tumores con la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y cualquier**

cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.

El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

11. Parálisis: La pérdida completa y permanente de la función motora de dos o más extremidades (brazos y/o piernas) a causa de una enfermedad o accidente. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección medular. La conexión de tiempo y causa con el daño debe ser obvia.

La parálisis deberá ser continua y permanente por lo menos por doce (12) meses consecutivos desde su inicio.

Se requerirá evidencia documentada del accidente o enfermedad que causó la parálisis.

12. Quemaduras Graves: Comprende las quemaduras de tercer (3er) grado que abarquen a lo menos el veinte por ciento (20%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND y BROWDER, diagnosticada por médico especialista.

13. Trasplante de Órganos Mayores: El que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del Asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. Se excluye el trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células. Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el Asegurado notifique previamente y por escrito a la Compañía el hecho de ser definido como candidato al trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice.

CLÁUSULA 2. - DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

Sucursal: San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069

E-mail: seguros bmi@bmicos.com Web: www.seguros bmicr.com

Casa Matriz: 8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156. Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *

E-mail: bmi@bmicos.com

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

La Compañía pagará por concepto del beneficio otorgado por el presente Aditamento, la suma estipulada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro de la Póliza si el Asegurado se le diagnostica, de entre las enfermedades graves descritas en la **Cláusula 2.- Definiciones** de este Aditamento, aquella o aquellas enfermedades específicamente seleccionadas por el Tomador, debiendo siempre quedar esta elección plenamente especificada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro de la Póliza.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza y/o sus Aditamentos, por lo que no se realizará ninguna disminución de la suma asegurada a pagarse en caso de fallecimiento.

3.2. BIENES E INTERESES CUBIERTOS

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con alguna de las enfermedades graves descritas en la **Cláusula 2.- Definiciones** de este Aditamento, y si dicha enfermedad fue seleccionada por el Tomador del Seguro y se

indica en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, la Compañía pagará al Asegurado la suma estipulada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro de la Póliza.

3.3. EXCLUSIONES

Sin perjuicio de la exclusión de cualquier enfermedad que no se ajuste a los términos de la Cláusula 2.- Definiciones de este Aditamento, y que se encuentren expresamente consignadas en las Condiciones Particulares, este Aditamento no cubre, además, las siguientes enfermedades:

1. Respecto del Cáncer:

- a. Los cánceres no invasores in-situ.
- b. Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos que son descritos histológicamente como pre-malignos.
- c. Los tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
- d. Los cánceres a la piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor es un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor, determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.
- e. Los cánceres que no ponen la vida en peligro, como el cáncer de próstata histológicamente descritos en la clasificación TNM T1(a) o T2 (b) o con alguna otra clasificación equivalente o menor.
- f. Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
- g. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaN0M0 o con una clasificación menor.
- h. Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Bidet -I.

2. Respecto de las enfermedades de las coronarias que requieren cirugía:

- a. La angioplastia de globo.
- b. Otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.

Además de lo anterior, la Compañía no pagará el monto contratado bajo este Aditamento, si la enfermedad cubierta es resultante de, o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

- a. Suicidio, tentativa de suicidio; lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, estando o no en uso de sus facultades mentales.
- b. Uso o abuso de drogas o alcohol.
- c. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (HIV), SIDA.
- d. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- e. Condiciones preexistentes.
- f. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
- g. Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el Asegurado.
- 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. Actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- j. Servicio activo en las Fuerzas Armadas, Policía o empresas de seguridad.
- k. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
- l. 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.
- m. Catástrofes y/o desastres naturales.

- n. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- o. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por este Aditamento.
- p. Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de la Póliza.
- q. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- r. 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, alpinismo, artes marciales, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo.

En ningún caso la Compañía pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una condición preexistente, independiente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.

3.4. LIMITACIONES

Los beneficios que otorga este Aditamento, tienen las siguientes limitaciones:

- a. Solamente se indemnizará la primera enfermedad cubierta que sea diagnosticada después de finalizado el período de carencia y durante la vigencia de este Aditamento. Por consiguiente, si la Compañía acepta el hecho de haber ocurrido un reclamo amparado, ésta pagará la totalidad del monto Asegurado por este Aditamento, con lo cual la cobertura que se otorga al Asegurado bajo este Aditamento cesará,

aun cuando posteriormente sobrevengan nuevos siniestros, ya sea durante su vigencia o en las futuras renovaciones del seguro principal, si las hubiere.

- b. Solamente son aplicables a aquellas enfermedades diagnosticadas por primera vez después de la fecha de vigencia de este Aditamento.
- c. Efectuado el diagnóstico de la enfermedad cubierta por este Aditamento, la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por fallecimiento no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa, incluso en caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo Asegurado.
- d. En ningún caso la indemnización será mayor al monto contratado bajo este Aditamento establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 4. - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para el caso de este Aditamento, el Asegurado 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 A RECLAMOS

8.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

El reclamo deberá ser presentado y recibido por la Compañía dentro de noventa (90) días contados desde la fecha del primer diagnóstico de la enfermedad cubierta.

El Asegurado deberá proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizando a la Compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad. El costo de éstos será de cargo de la Compañía.

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. Notificación de siniestro.
2. Formulario de Reclamación.
3. Dictamen médico.
4. Informe detallado del (los) médico(s) tratante(s).
5. Copia autenticada de la(s) Historia(s) Clínica(s) completa(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 que 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 esta póliza.

CLÁUSULA 9. - VIGENCIA

Éste Aditamento se emite en conjunto con la Condiciones Generales y en conjunto como una

póliza Anual Renovable siempre y cuando haya pagado la prima, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse 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

10.1. PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA

Para cada Asegurado cubierto por este Aditamento existirá un período de carencia de noventa (90) días contados desde la fecha de inicio de su vigencia o desde la fecha efectiva de la inclusión del Asegurado a la Póliza, según corresponda, y, en consecuencia, existirá el derecho al beneficio indemnizatorio correspondiente solo si la enfermedad es diagnosticada después de transcurrido dicho plazo.

En caso que el Asegurado sea diagnosticado con alguna de las enfermedades graves contratadas mediante este Aditamento dentro del período de carencia establecido, la Compañía se limitará a devolver las primas pagadas correspondientes al Asegurado bajo este Aditamento hasta el monto estipulado en las condiciones particulares, liberándose así la Compañía de la obligación de efectuar cualquier pago por este beneficio.

No se aplicará el período de carencia a aquellas enfermedades que tengan como causa inmediata y directa un accidente.

CLÁUSULA 11. - 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.

CLÁUSULA 12. - TERMINACIÓN DE ESTE ADITAMENTO

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

1. Ante lo dispuesto en el literal a. de la Cláusula 3, apartado 3.4. LIMITACIONES, del presente Aditamento.
2. Por decisión unilateral del Tomador y/o Asegurado, en cualquier tiempo mediante notificación escrita a la Compañía.
3. Por terminación de la Póliza, al menos con un mes de anticipación a la fecha en que se desea dar por terminado este Aditamento.
4. Por el pago del beneficio otorgado por este Aditamento.
5. Por encontrarse las primas impagas, lo que ocurra primero.

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

“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(los) registro(s) número P14-26-A10-500 de fecha 04 de febrero de 2014.”