

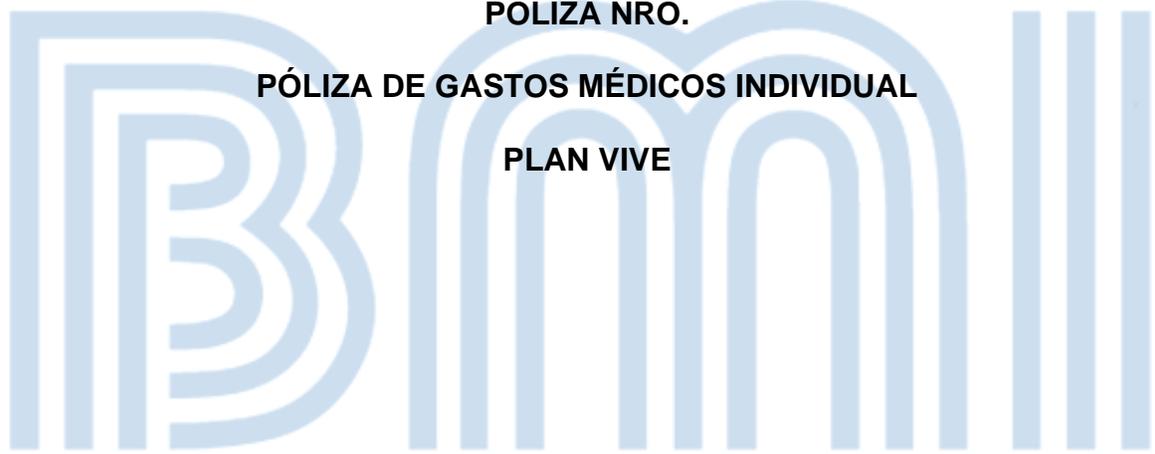
MUESTRA

NAME OF INSURED

POLIZA NRO.

PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL

PLAN VIVE



Best Meridian Insurance Company

INDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	4
CONDICIONES GENERALES	5
CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES	5
CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	14
CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA	14
3.1. RIESGOS CUBIERTOS	14
3.1.1. GENERAL	14
3.1.2. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	15
3.1.3. LÍMITES	15
3.1.4. PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION	17
3.1.5. COBERTURAS ADICIONALES	19
3.1.6. COBERTURAS DE SERVICIO	19
3.2. EXCLUSIONES	19
CLÁUSULA 4.- PERIODO DE ESPERA	22
CLÁUSULA 5.- CLÁUSULA DE DEDUCIBLES	22
CLÁUSULA 6.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	23
CLÁUSULA 7.- OBLIGACIONES DEL TITULAR DE LA PÓLIZA, DEPENDIENTES Y BENEFICIARIOS	23
CLÁUSULA 8.- PRIMA	24
8.1. PAGO DE LA PRIMA	24
8.2. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA	24
8.3. PERIODO DE GRACIA	24
8.4. DEVOLUCIONES	24
CLÁUSULA 9.- AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS	25
CLÁUSULA 10.- RECARGOS Y DESCUENTOS	25
CLÁUSULA 11.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS	25
11.1. REQUISITOS DE NOTIFICACION	25
11.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN	25
11.3. PAGOS DE RECLAMACIONES	26

11.4.	SUBROGACION E INDEMNIZACION.....	27
11.5.	COORDINACION DE BENEFICIOS.....	27
11.6.	VALORACIÓN.....	27
	CLÁUSULA 12.- VIGENCIA	27
12.1.	TERMINO DE PÓLIZA	27
12.2.	DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN.....	27
	CLÁUSULA 13.- CONDICIONES VARIAS	28
13.1.	ELEGIBILIDAD	28
13.2.	EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL ASEGURADO Y DEPENDIENTES.....	28
13.3.	DECLARACION FALSA DE LA EDAD	29
13.4.	NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA	29
13.5.	CANCELACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA	29
13.6.	PLURALIDAD DE SEGUROS	30
13.7.	DEBER DE CONFIDENCIALIDAD	31
13.8.	PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	31
13.9.	PRESCRIPCIÓN	31
13.10.	NORMAS SUPLETORIAS.....	31
13.11.	REHABILITACION DE LA POLIZA	31
	CLÁUSULA 14.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	31
	CLÁUSULA 15.- COMUNICACIONES	32
15.1.	COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	32
15.2.	JURISDICCION, ASUNTOS JURIDICOS E IDIOMA	32
	CONDICIONES TARJETA MAS.....	33
	COBERTURAS ADICIONALES (si los hubiese)	después de la página 45

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”, emite la siguiente Póliza de Gastos Médicos Individual, Plan Vive. La Póliza consiste en la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, el Certificado de Seguro y cualquier enmienda que se emita al respecto, en su defecto regirá la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N° 8653), la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N° 8956) y toda legislación vigente aplicable.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza.

Esta Póliza de Gastos Médicos Individual - Plan Vive cuya cobertura básica es un seguro de gastos médicos y ofrece coberturas opcionales que pueden ser adquiridas mediante el pago de una prima adicional.

Por favor, lea cuidadosamente esta Póliza, la cual incluye la Solicitud de Seguro. La Póliza se ha emitido sobre la base de que toda la información de esta Póliza, incluyendo, sin limitación, toda la información contenida en la Solicitud, la cual forma parte de la Póliza, sea verdadera, correcta y esté completa a la Fecha de Inicio Original. El Asegurado tiene el deber absoluto de notificar a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendarios siguientes de haber recibido esta Póliza si alguna de la información de esta Póliza, incluyendo cualquier información en la Solicitud es incorrecta o está incompleta, si cualquier historial médico ha cambiado después de la fecha de la Solicitud y antes de la Fecha de Inicio Original, y/o si se ha omitido alguna información de la Solicitud. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones.

Copia de la Solicitud, la cual forma parte de esta Póliza, se adjunta a esta Póliza solamente en la Fecha de Inicio Original.

La Póliza de Gastos **Médicos** Individual, Plan Vive se rige mediante un contrato de adhesión.

PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL, PLAN VIVE

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Las definiciones siguientes se aplican a este seguro:

- 1.1. ACCIDENTE.** Suceso violento, imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado, que ocurra dentro del período del Año Póliza, provocado por un agente externo, que produzca daños, lesiones corporales o la muerte. **Esta Póliza no considera que exista Accidente cuando en el evento hubiere intervenido el Asegurado bajo el efecto de consumo de alcohol y/o de cualquier sustancia estupefaciente o psicotrópica.**
- 1.2. ALTA MÉDICA.** Situación por la cual la persona, una vez finalizado el tratamiento por Enfermedad o Accidente, puede incorporarse nuevamente a sus ocupaciones habituales o queda en estado de invalidez permanente por las secuelas de incapacidad residuales.
- 1.3. AMBULANCIA.** Medio de transporte adecuado y autorizado para trasladar hasta un hospital al Asegurado en condición médica crítica.
- 1.4. AÑO PÓLIZA.** Significa el período de cobertura de un Asegurado comenzando en la Fecha de Inicio Original y terminando en el doceavo (12vo) mes aniversario del mismo; y cualquier período posterior subsiguiente de doce (12) meses para cualquier renovación de esta Póliza.
- 1.5. ÁREA DE COBERTURA LOCAL.** Esta Póliza provee tratamientos por Accidentes y Enfermedades, cuando el tratamiento médico se proporciona en la República de Costa Rica.
- 1.6. ASEGURADO.** Es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud, o cuyo nombre está incluido en la Solicitud, que haya pagado la prima correspondiente, para quien se confirma el comienzo de la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza.
- 1.7. CIRUGÍA AMBULATORIA.** Es cualquier cirugía practicada en la sección de paciente externo de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas.
- 1.8. COASEGURO.** Es la suma pagada por el Asegurado en adición al Deducible Anual, por los gastos elegibles y certificados. El porcentaje de Coaseguro se especifica en esta Póliza. Coaseguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza.
- 1.9. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD.** Significa el curso anormal del embarazo y postparto que impide que la madre pueda tener un parto normal bajo cuidado médico regular. **Para propósitos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea previa, no son consideradas Complicaciones de Maternidad.** Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto, que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos. Maternidades que no se consideren como Complicaciones de Maternidad estarán limitadas al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza. Complicaciones de Maternidad serán

cubiertas solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza.

1.10. COMPLICACIONES POST PARTO.

Incluyendo las complicaciones que pudiere sufrir exclusivamente la madre después de la recepción del recién nacido hasta cuarenta (40) días naturales después del parto. El beneficio se pagará si la maternidad estuviere cubierta de conformidad con las condiciones de este contrato.

1.11. CONDICIONES PRE-EXISTENTES.

Son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada antes de la Fecha de Inicio Original de esta Póliza.

Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada a la Compañía podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.

1.12. HABITACIÓN Y COMIDAS EN EL HOSPITAL.

Cargo necesario, razonable y acostumbrado en que incurre el Afiliado por concepto de habitación y alimentación, suministrados durante su permanencia por un período no menor a veinticuatro (24) horas en el Hospital o Clínica, por cada día de internación, por persona y por incapacidad, hasta el límite de días y valor estipulados en la Tabla de Beneficios Máximos contenida en el Certificado de Seguro.

1.13. COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO O COBERTURA NEONATAL.

La Cobertura para el Recién Nacido (o Neonatal) incluirá los gastos de los tratamientos médicos necesarios por Enfermedad y/o condiciones médicas y desórdenes diagnosticados durante los primeros quince (15) días de vida del(los) hijo(s) recién nacido(s). Esta cobertura aplicará únicamente si el beneficio de

maternidad para la Titular, la cónyuge legítimamente casado o compañera viviendo en unión de hecho con el Titular de Póliza haya tenido cobertura bajo el presente contrato.

1.14. DEDUCIBLE ANUAL. Es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos. El Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguros será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por Año Póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos noventa (90) días del Año Póliza que no exceda el deducible será aplicado al siguiente período del Año Póliza.

1.15. DEPENDIENTE. Significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en unión de hecho con el Titular de Póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de Póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Titular de Póliza, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando dichos hijos no tengan más de dieciocho (18) años de edad a la Fecha de Inicio Original de la cobertura o la Fecha de Vencimiento, o Renovación. En el caso de que dichos hijos sean solteros y residan con el Titular de Póliza, podrán estar cubiertos hasta que cumplan treinta (30) años. En caso que el Dependiente estudie a tiempo completo fuera de su País de Residencia, podrá quedarse como Dependiente de la Póliza hasta los veinticuatro (24) años. Cuando esta póliza otorgue derechos o imponga obligaciones al cónyuge, deberán entenderse éstos otorgados o impuestos a la pareja de hecho.

1.16. DESORDENES CONGÉNITOS O ENFERMEDADES. Son trastornos estructurales o funcionales por

alteraciones anatómicas de la etapa intrauterina y que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades o sistemas; son aquellas que se manifiestan desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios. Los Desórdenes Congénitos bajo esta Póliza serán cubiertos como cualquier otra Enfermedad, siempre y cuando no hayan sido diagnosticados ni manifestados antes de la Fecha de Inicio Original de esta Póliza.

1.17. DEPORTES PROFESIONALES. A diferencia de amateur, son deportes en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demostraciones o entrenamientos.

1.18. EMERGENCIA. Se define como una Enfermedad o Accidente repentino e imprevisto cubierto por la Póliza, que pone en peligro la vida o el cuerpo del Asegurado, que requiere un tratamiento inmediato de Emergencia para evitar la pérdida de vida o daño grave al cuerpo.

1.19. ENFERMEDAD. Se define como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza y durante el Año Póliza.

1.20. ENFERMEDAD INFECCIOSA es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

1.21. EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS. La cobertura de este beneficio queda sujeta a que el Equipo Médico Duradero sea necesario y razonable para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o para ayudar a corregir el mal funcionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará necesario cuando se espere

que su contribución hacia el tratamiento de la enfermedad o lesión sea significativa o cuando este contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aquellos aparatos que receta un médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Para efectos de cobertura, los Equipos Médicos Duraderos deberán ser recetados por un Médico autorizado, deberán soportar el uso repetido, servir un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y que su propósito principal no sea el de asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Aunque un producto pudiera clasificar como un Equipo Médico Duradero, este no necesariamente será cubierto en todos los casos. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Compañía y los mismos deberán ser provistos por la Compañía o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Compañía si los hubiera comprado a sus proveedores. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Compañía.

1.22. EXAMEN MÉDICO significa declaración escrita de un Médico sobre la salud del Asegurado con relación a la condición física y médica del Asegurado y/o su(s) dependiente(s), si aplica, basado en observaciones clínicas y/o pruebas médicas las cuales son utilizadas por la Aseguradora con el propósito de evaluar el riesgo. El Examen Médico debe ser documentado utilizando formulario médico aprobado por la Aseguradora.

1.23. EXAMENES Y/O SERVICIOS DE LABORATORIO. Incluyen análisis de laboratorio y las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Los exámenes y Servicios de Laboratorio se consideran como parte de los Servicios para Pacientes Externos, cuando éstos sean proveídos u ordenados por un Médico autorizado o habilitado y no impedido para el ejercicio de la profesión.

1.24. FECHA DE INICIO ORIGINAL. Significa la primera fecha en que esta Póliza es emitida, como se refleja en el Certificado de Seguro para dicho Año Póliza, y no es la fecha de la Solicitud o la fecha de renovación para cualquier Año Póliza subsiguiente.

1.25. FECHA DE VENCIMIENTO. Significa la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

1.26. GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS. Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos certificados por la Compañía. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados de Hospitales y servicios médicos en el área donde dichos servicios sean proporcionados.

1.27. HOSPITAL. Es cualquier institución legalmente autorizada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra situado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico residente.

1.28. LESION. Significa lesión corporal causada por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

1.29. MATERNIDAD.

A. La cobertura está limitada a embarazos en los que la fecha del alumbramiento en sí ocurra por lo menos a los once (11) meses después de la Fecha de Inicio Original de la póliza para el respectivo Asegurado.

B. Todos los gastos relacionados al tratamiento pre- y postparto y el alumbramiento, aborto no provocado, recepción del recién nacido están limitados al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza, a menos que se trate de una Complicación de Maternidad y Complicaciones de postparto, tal y como se define en esta Póliza.

C. Este beneficio no está disponible si la Maternidad es excluida bajo cualquier otra provisión de esta Póliza.

D. El beneficio de Maternidad es pagadero después del parto.

E. Este beneficio no está disponible para las hijas dependientes.

1.30. MEDICAMENTO NECESARIO. Se refiere a tratamiento, servicio, o suministro médico que la Compañía determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:

A. Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor;

B. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;

C. Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;

D. No se le reconoce médica ni científicamente;

- E. Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.
- F. Se considera como experimental y no aprobado por las autoridades sanitarias de Costa Rica.
- G. Se refiere a un procedimiento meramente estético.

1.31. MIEMBRO DE LA FAMILIA. Se define como el cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, hijo/a, nieto/a, suegro, suegra, tío y tía del Asegurado.

1.32. MEDICO. Es cualquier persona legalmente habilitada y no impedida para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su licencia y entrenamiento.

1.33. MONEDA. Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte América, a menos que se indique lo contrario. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la póliza, el Titular de la Póliza podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe.

Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.

1.34. NOTIFICACION. Es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Compañía, llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado.

1.35. PAÍS DE RESIDENCIA. Es (1) la República de Costa Rica, o (2) donde

reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año civil o Año Póliza, o (3) donde el Asegurado haya residido más de ciento ochenta (180) días durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza esté en vigor. El Asegurado solo tiene derecho a un (1) País de Residencia a la vez bajo esta Póliza. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado deberá notificar a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales de dicho cambio.

1.36. PERIODO DE ESPERA. Es el periodo de tiempo durante el cual la Compañía no cubre ciertos beneficios de la póliza.

1.37. PLAZO DEL CONTRATO, PRÓRROGA TACITA. Este contrato tiene una vigencia anual renovable por plazos iguales. El contrato se prorrogará tácitamente en el tanto el Asegurado pague la prima del seguro.

1.38. MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA son medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico con licencia y no incluyen artículos que se pueden comprar sin receta médica. Los Medicamentos por Prescripción Médica, los cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertos cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Este beneficio aplicará a los Medicamentos por Prescripción Médica administrados al Asegurado mientras que se encuentre hospitalizado y cuando estén relacionados al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado.

Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Hospital serán cubiertos al 90% dentro de la Red de proveedores y al 70% fuera de la Red de Proveedores por un período máximo de 30 días inmediatamente después de haber sido

dado de alta del Hospital o Cirugía Ambulatoria y hasta US-\$ 1,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Hospital que no estén relacionados a una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, serán cubiertos al 90% dentro de la Red de proveedores y al 70% fuera de la Red de Proveedores hasta US-\$ 1,000.- por Asegurado, por Año Póliza cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Los Medicamentos por Prescripción Médica recetados como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertos solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, y (3) cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Aseguradora. El plan de tratamiento deberá adherirse estrictamente a las directrices de la FDA para el tipo de cáncer, estadio y ubicación.

Medicamentos por Prescripción Médica (fuera del País de Residencia).

Medicamentos por Prescripción Médica “fuera del País de Residencia” es cuando el medicamento no está “disponible para la venta” dentro del País de Residencia. “Disponible para la venta” significa que el Medicamento por Prescripción Médica puede ser comprado localmente por, y sea fácilmente accesible para, el Titular de Póliza dentro del País de Residencia. Un Medicamento por Prescripción Médica esta “disponible para la venta” en el País de Residencia, una vez que la agencia reguladora responsable de hacer cumplir

en el marco regulatorio a lo relacionado con Medicamentos por Prescripción Médica, haya otorgado las credenciales y permisos necesarios para la comercialización, distribución y venta del Medicamento por Prescripción Médica dentro del País de Residencia. La Aseguradora, tendrá pleno poder para confirmar y/o verificar si un Medicamento por Prescripción Médica está “disponible para la venta” dentro del País de Residencia.

Prescripciones o Medicamentos Especializados

son medicamentos de alto costo, alta complejidad y/o alta prescripción “high touch” utilizados para tratar condiciones complejas, raras o crónicas. Cualquier medicamento no administrado durante una hospitalización será considerado como medicamento ambulatorio. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Prescripciones o Medicamentos Especializados serán solamente tomadas por la Aseguradora. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado se pueda administrar de forma segura en un centro ambulatorio preferido, la Aseguradora coordinará la administración y entrega del medicamento a dicho centro. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado sea auto administrado, la Aseguradora coordinará la dispensación y entrega del medicamento ya sea con el médico que prescribió el medicamento, o con la farmacia de la Red o con el distribuidor de medicamentos.

Los Medicamentos Especializados deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora para ser cubiertos y serán coordinados y proporcionados por adelantado por la Aseguradora a través de la Red de farmacias y distribuidores de medicamentos aprobados para la Póliza y serán considerados sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se

hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los Medicamentos Especializados que hayan sido aprobados se limitan a 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento. Si el medicamento es eficaz, será aprobado por la Aseguradora de acuerdo con el plan de tratamiento.

Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, las Prescripciones o Medicamentos Especializados estarán sujeto a los límites especificados en la cláusula sobre Medicamentos por Prescripción Médica de esta Póliza.

HEMGENIX (nombre genérico: etranacogene dezaparvovec-drlb) es la terapia génica basada en vectores de virus adeno-asociados que está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con Hemofilia B. No obstante cualquier regla, término o definición bajo las Disposiciones de Cobertura de esta Póliza relacionadas con Medicamentos por Prescripción Médica, este tratamiento sólo será cubierto hasta US\$1,000,000- por Asegurado, de por vida, y después de que el Deducible Anual haya sido satisfecho, y debe ser administrado en las siguientes circunstancias:

1. durante una hospitalización; y
2. mientras se encuentre fuera del Hospital durante un máximo de 30 días inmediatamente después del alta del Hospital o de Cirugía Ambulatoria.

Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, este tratamiento estará sujeto a los límites especificados en la cláusula sobre Medicamentos por Prescripción Médica de esta Póliza.

Este tratamiento debe ser coordinado y aprobado por la Aseguradora de acuerdo con la cláusula de Prescripciones o

Medicamentos Especializados de esta Póliza. La cobertura de este tratamiento está limitada hasta la cantidad de dosis recomendada por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos. El Asegurado debe cumplir con todos los siguientes requisitos para que el tratamiento sea aprobado:

1. tiene entre 18 y 75 años;
2. se le diagnostica hemofilia B, confirmada mediante una prueba de factor IX que muestra niveles reducidos de factor IX, en el momento del nacimiento;
3. es prescrito por, o en consulta con, un hematólogo que da fe de que el Asegurado es apto para el tratamiento, lo que incluye mediciones del título de anticuerpos del vector viral AAV5 del Asegurado;
4. debe tener Hemofilia B de moderada a grave, que se define como un Asegurado que tiene una actividad del Factor IV inferior al 5%;
5. deben estar actualmente en tratamiento profiláctico con Factor IX con más de 150 días de exposición previos al tratamiento;
6. no debe haber recibido ningún tratamiento previo con otra terapia génica para la Hemofilia B;
7. debe recibir la aprobación previa, por parte de la Aseguradora, del Centro de Tratamiento de Hemofilia donde el Asegurado vaya a recibir este tratamiento; y
8. debe facilitar a la Aseguradora información sobre los resultados clínicos de los tratamientos de alto costo, atestiguados por el Médico solicitante.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Medicamentos por Prescripción Médica serán solamente tomadas por la Aseguradora.

1.39. RED DE PROVEEDORES. Es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos que la Compañía cataloga como la Red de Proveedores BMI. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores BMI, la Compañía tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias. La consulta actualizada a los proveedores inscritos en dicha red es posible a través de la página web de la Compañía, www.seguosbmicr.com.

1.40. SEGUNDA OPINION MÉDICA. Revisión médica realizada por parte de un médico asignado por la Compañía para determinar si los gastos a realizarse, sean quirúrgicos u hospitalarios, están cubiertos o no. La Compañía se reserva el derecho de hacer esta segunda opinión médica.

1.41. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO. Están formados por los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando el mismo no ha ingresado como paciente en un Hospital o en cualquier otra institución médica como se define anteriormente. Los Servicios para Pacientes Externos también incluyen los servicios de atención en el salón de primeros auxilios y en el salón de emergencias de un Hospital que se proveen diariamente.

Los Servicios de Paciente Externo también incluirán los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis únicamente cuando sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por Médicos dentro de la Red de Proveedores, sujeto a pre-autorización por la Compañía. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer.

1.42. SERVICIOS HOSPITALARIOS. Son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente

cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicios a Pacientes Externos y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de veinticuatro (24) horas, o por un período de menos de veinticuatro (24) horas solamente cuando exista una operación programada. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Habitación y Comida, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

1.43. SOLICITUD significa el formulario proporcionado por el Asegurador al Asegurado, y todas las respuestas y declaraciones hechas por el Asegurado en el mismo y en respuesta sobre el Asegurado y/o su(s) dependiente(s), y que son utilizados por la Aseguradora para decidir si aceptar el riesgo, modificar la cobertura ofrecida o rechazar el riesgo. La Solicitud incluye todos los documentos, cuestionarios, y materiales escritos presentados a la Aseguradora por el Asegurado o en nombre del Asegurado y/o de su(s) dependiente(s), incluyendo, pero no limitado a cualquier Examen Médico. Todas las Solicitudes están sujetas a evaluación por parte de la Aseguradora. La aceptación no está garantizada.

1.44. TITULAR DE POLIZA. Es el Asegurado bajo esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

1.45. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE. Tratamiento necesario para restituir o reemplazar sólo piezas dentales naturales, perdidas o dañadas, en un accidente, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de sufrido el accidente.

Este beneficio se pagará como cualquier enfermedad.

1.46. TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA. Esta Póliza provee Tratamiento Médico de Emergencia fuera del Área de Cobertura en aquellos casos en que sea necesario el tratamiento de urgencia para evitar la pérdida de la vida o una Lesión seria.

1.47. TRASPLANTE DE ORGANOS. se refiere a la cantidad máxima pagadera para el beneficio de Trasplante de Órganos hasta el máximo establecido por la Póliza por Asegurado de por vida. Incluye Trasplantes de Órgano sólido y Trasplante de tejidos o células que sean médicamente reconocidos y que no sean considerados experimentales. La cobertura de Trasplante de Órganos y tejidos humanos es proporcionada solamente dentro de la Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos. El beneficio de Trasplante de Órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada por un proveedor medico calificado, que haya sido certificado y validado por una segunda opinión médica o quirúrgica y además aprobada por el Equipo Clínico de Pre-autorización de la Aseguradora y siempre está sujeto a todos los términos, provisiones y exclusiones de la póliza.

Este beneficio está limitado a US-\$100,000. - por Asegurado, de por vida para Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea, páncreas o pulmón. Ningún otro Trasplante es cubierto.

Este beneficio incluye:

A. Cuidados previos al Trasplante, incluyendo servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad de Trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de Trasplante, preparación y estabilización

del Asegurado para el procedimiento de Trasplante;

- B. Estudios pre-operatorios incluyendo pero no limitado a, Exámenes de Laboratorio y Servicios de Diagnostico como las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros;
- C. El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano;
- D. El procedimiento de Trasplante del órgano;
- E. Cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el Trasplante, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y Medicamento Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de Trasplante, sea directa o indirectamente consecuencia del Trasplante. Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.
- F. Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermera (por ejemplo, cuidado de la herida, infusión, evaluación, etc.) transportación de emergencia, atención médica, visitas de oficina o clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

Procedimiento de Trasplante de

Órganos: Procedimiento mediante el cual un órgano, célula o tejido se implanta de una parte a otra, o de un individuo a otro (dentro de la misma especie). Cuando se extrae un órgano, célula o tejido y luego se vuelve a implantar en la misma persona.

Cualquier procedimiento/tratamiento que se apruebe bajo el beneficio de Trasplante deberá ser médicamente reconocido y no considerado experimental. Este beneficio solo está disponible después de la notificación a la Aseguradora y deberá ser autorizado por la Aseguradora.

Red de Proveedores de Trasplante de

Órganos: Un grupo de Hospitales nacionalmente reconocidos y Médicos certificados para prestar servicios relacionados con Trasplante de Órganos. La lista actualizada de Hospitales y Médicos dentro de la Red de Proveedores para Trasplante de Órganos está disponible en el sitio web del BMI y está sujeta a cambios y/o actualizaciones sin previo aviso.

1.48. TRATAMIENTO. Conjunto de medios médicos, quirúrgicos, farmacológicos, higiénicos, entre otros, con los que se pretende diagnosticar, curar o aliviar una enfermedad o una condición patológica.

1.49. TRATAMIENTO DE SIDA. Se define como los servicios y costos médicos que se proporcionan al Asegurado a consecuencia del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo. El tratamiento será cubierto solamente cuando la enfermedad haya sido adquirida después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza y sujeto a un período de espera de doce (12) meses comenzando en la fecha Inicio de la Póliza.

Este beneficio no estará cubierto a) cuando la enfermedad haya sido adquirida al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita; o b) cuando el Asegurado este tomando drogas, medicamentos o tratamientos experimentales. Este beneficio está disponible únicamente después de notificar a la Aseguradora y debe ser autorizado por la Aseguradora.

1.50. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Gastos médicos incurridos por el Asegurado por los Gastos Usuales y Acostumbrados, suministrados por la Clínica u Hospital por concepto de cama, equipos, instalaciones, alimentación y

demás servicios de hospital durante su permanencia en el área de cuidados intensivos, por cada día de internación, por persona, por enfermedad, hasta el límite de días y valor estipulados en el Certificado de Seguro.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

Esta Póliza con sus Condiciones Generales y Particulares, el Certificado de Seguro, la Solicitud de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, los Aditamentos (cuando apliquen), los Endosos 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.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna condición de la Solicitud de Seguro de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente el personal autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Cualquier solicitud, notificación o evidencia exigida bajo esta póliza debe ser por escrito. Debe ser enviada o entregada a la Compañía a una persona autorizada.

Las Condiciones Particulares expresadas en el Certificado de Seguro de la Póliza, prevalecerán sobre las Condiciones Generales y cualquier Aditamento que exista en la Póliza, así como sobre la Solicitud de Seguro.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

3.1.1. GENERAL

Por medio de este Seguro, la Compañía proveerá al Asegurado y a los Dependientes del mismo, en caso de haberlos, por medio de la Red de Proveedores la atención médica según se establezca en el Certificado de Seguro.

Con el pago de prima adicional, el Asegurado podrá contratar la siguiente Cobertura Adicional: Seguro de Vida a Término.

Las Partes entienden que la presente Póliza es un seguro temporal a un año, la cual se mantendrá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía, el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en el Certificado de Seguros de la misma y siempre que la Suma Asegurada convenida por las Partes no se haya agotado.

El Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por Año Póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos noventa (90) días del Año Póliza que no exceda el deducible, será aplicado al siguiente período del Año Póliza.

La cobertura aplica inmediatamente para emergencia médica por Accidentes y Enfermedades Infecciosas, sin Deducible ni Coaseguro durante los primeros noventa (90) días de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosas.

3.1.2. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Dentro de esta póliza se incluyen los siguientes beneficios:

- Gastos Hospitalarios.
- Habitación y Comidas en el Hospital.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Unidad de Cuidados Intermedios.
- Servicios Médicos y Quirúrgicos dentro y fuera del Hospital.
- Honorarios Médicos.

- Medicamentos por Prescripción Médica.
- Honorarios Cirujano.
- Asistente
- Servicio de Anestesia.
- Tratamiento para el Cáncer.
- Tratamiento para Diálisis.
- Laboratorios y Rayos X.
- Servicios de Terapia Radioactiva.
- Medicamentos Prescritos luego de la Hospitalización.
- Consulta Médica Consultorio.
- Medicamentos Ambulatorios.
- Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos.
- Laboratorio, Rayos X, Resonancias Magnéticas, TAC y Ecografías.
- Servicios de Paciente Externo.
- Maternidad.
- Complicaciones de Maternidad y Post Parto.
- Cobertura para el Recién Nacido.
- Inmunizaciones Rutinarias.
- Trasplante de Órganos.
- Tratamiento de SIDA (vitalicia).
- Tratamiento Dental de Emergencia a Consecuencia de Accidente.
- Cirugía Reconstructiva a consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza.
- Ambulancia terrestre y aérea local.
- Tratamiento Médico de Emergencia fuera del Área de Cobertura.

3.1.3. LÍMITES

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

- Para los Gastos Hospitalarios no aplica Deducible y están cubiertos al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, están cubiertos en un 70%.
- Para los Servicios de Paciente Externo aplica Deducible y Coaseguro al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, están cubiertos en un 70%.

- El límite para Hospitalización, Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios es de ciento ochenta (180) días por año Póliza.
- Habitación y Comidas en el Hospital serán cubiertas al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estarán cubiertas en un 70%. Estará limitada a cuatrocientos dólares (US\$400,00) por día.
- Visitas Médicas a paciente hospitalizado no aplica Deducible y serán cubiertas al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estarán cubiertas en un 70%. Estarán cubiertas bajo los Gastos Usuales y Acostumbrados de Costa Rica.
- Sección de Cuidados Intensivos será cubierta al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubierta en un 70%. Estará limitada a mil dólares (US\$1.000,00) por día.
- Sección de Cuidados Intermedios será cubierta al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubierta en un 70%. Estará limitada a setecientos cincuenta dólares (US\$750,00) por día.
- Honorarios de Médicos no aplica Deducible y serán cubiertos al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estarán cubiertos en un 70%. Estarán cubiertas bajo los Gastos Usuales y Acostumbrados de Costa Rica.
- Medicamentos prescritos luego de Hospitalización serán cubiertos al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red estarán cubiertos en un 70%. Estarán limitados a mil dólares (US\$1.000,00) por un máximo de treinta (30) días naturales por año póliza.
- Para la Consulta Médica Ambulatoria aplica Deducible y será cubierta al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubierta en un 70%. Estará limitada a noventa dólares (US\$90,00) por consulta.
- Para los Medicamentos Ambulatorios aplica Deducible y serán cubiertos al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estarán cubiertos en un 70%. Estarán limitados a mil dólares (US\$1.000,00) por año póliza.
- En relación a Equipos Médicos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos aplica Deducible y serán cubiertos al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estarán cubiertos en un 70%. Estará limitada a quinientos dólares (US\$500,00) por año póliza.
- En relación a Laboratorio, Rayos X, Resonancias Magnéticas, TAC y Ecografías, aplica Deducible y serán cubiertos al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estarán cubiertos en un 70%.
- En relación a Servicios de Paciente Externo aplica Deducible y serán cubiertos al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estarán cubiertos en un 70%.
- Beneficios por Maternidad (Parto Normal, Cesárea y Aborto no provocado, gastos de recepción del recién nacido) no aplica Deducible ni Coaseguro y estará limitados a tres mil dólares (US \$3.000,00) por embarazo.
- Complicaciones de Maternidad y post parto aplica Deducible y serán cubiertas al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubiertas en un 70%. Estarán limitadas a veinticinco mil dólares (US \$25.000,00) por embarazo.
- Cobertura para el Recién Nacido aplica Deducible y será cubierta al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubierta en un 70%. Estará limitada a veinticinco mil dólares (US \$25.000,00) por niño.
- Inmunizaciones Rutinarias aplica Deducible y serán cubiertas al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estarán cubiertas en un 70%. Estarán limitadas a ciento cincuenta dólares (US \$150,00) por año póliza. Esta cobertura aplicará después de un año de vigencia del contrato.

- Trasplante de Órgano (Vitalicio) no aplica Deducible, pero será cubierto al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubierto en un 70%. Estará limitado a cien mil dólares (US \$100.000,00) Vitalicio.
- Tratamiento de SIDA aplica Deducible y será cubierto al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubierto en un 70%. Estará limitado a cinco mil dólares (US\$ 5.000,00) vitalicio.
- Tratamiento Dental de Emergencia a Consecuencia de Accidente aplica Deducible y será cubierto al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubierto en un 70%. Estará cubierto bajo los Gastos Usuales y Acostumbrados de Costa Rica.
- Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza será cubierta al 90% dentro de la Red de Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores, estará cubierta en un 70%. Estará cubierta bajo los Gastos Usuales y Acostumbrados de Costa Rica.
- Fisioterapia aplica Deducible y será cubierta al 90% dentro de la Red de Proveedores y un límite de veinte (20) sesiones por año Póliza.
- Ambulancia Terrestre Local aplica Deducible y será cubierta al 90% dentro de la Red de Proveedores y con un límite de Trescientos dólares (\$300) por evento.
- Ambulancia Aérea Local aplica Deducible y será cubierta al 90% dentro de la Red de Proveedores y con un límite de siete mil dólares (\$7.000) vitalicio.
- Tratamiento Médico de Emergencia fuera del Área de Cobertura aplica Deducible y estará limitado a veinticinco mil dólares (US \$ 25,000) por Asegurado, por Año Póliza.
- El beneficio máximo por Asegurado, por Año Póliza es de cien mil dólares (US\$100.000,00).

Para el caso de Gastos Hospitalarios, el Límite de Coaseguro por Asegurado será el diez por ciento (10%) de los primeros diez mil dólares (US\$ 10.000,00) dentro de la Red de

Proveedores. Fuera de la Red de Proveedores el Límite de Coaseguro por Asegurado será de treinta (30%) de los primeros siete mil dólares (US\$ 7.000,00).

3.1.4. PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION

La Aseguradora ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en Inglés), que incluyen Revisión Concurrente, Gestión de Casos y Exámenes Clínicos.

Todas las decisiones que pertenecen al juicio profesional médico o clínico independiente, la formación o la necesidad de servicios médicos, recae en el Titular de la Póliza y los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado. Estas partes tienen la responsabilidad de determinar la naturaleza, el momento y la provisión de atención médica a ser brindada o recibida. La Aseguradora, por otro lado, es el único responsable de determinar si los gastos incurridos, o a ser incurridos, para la atención médica se alinean con los parámetros de cobertura de esta Póliza. Esta responsabilidad no será una intrusión o una supresión de las decisiones médicas de los Médicos o proveedores de atención médica del Asegurado. Sin embargo, se reconoce que pueden surgir situaciones en las que la interpretación del Asegurador de lo que es Médicamente Necesario según se define en las Reglas, Términos y Definición de esta Póliza puede no coincidir con las determinaciones médicas realizadas por los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado. Por lo tanto, mientras se enfatiza la autonomía clínica de los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado, también se reconoce que la decisión final sobre lo que es Médicamente Necesario se toma teniendo en cuenta los criterios establecidos en las Reglas, Términos y Definición de esta Póliza.

La Aseguradora tiene que certificar todas las hospitalizaciones y Servicios de Paciente Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá revisar las estadías en el Hospital, así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Aseguradora debe continuar la cobertura y/o el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

La Aseguradora podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Aseguradora y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. Gestión de Casos

Gestión de casos es un programa sin pago de prima adicional el cual consiste en otorgar beneficios o pagos alternativos para los asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico.

La Aseguradora analizará cada caso en específico para ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados de la salud que sean eficaces en costos. Los Asegurados elegibles para el programa, deberán aceptar las condiciones bajo las cuales se hará efectivo el beneficio o pago alternativo. Dichos beneficios o pagos alternativos ofrecidos por la Aseguradora, de haberlos, se harán disponibles de acuerdo con el plan de tratamiento aceptado

por el asegurado o un representante de éste y por el Médico del Asegurado. El plan de tratamiento aceptado se formalizará por escrito indicando las condiciones, beneficios aplicables y la fecha en que finalizarán los mismos.

Como parte de los parámetros utilizados por la Aseguradora para ofrecer este programa, se encuentran los siguientes:

- Que el tratamiento alternativo para el asegurado, sea al menos, tan efectivo como el tratamiento médico convencional para el asegurado,
- Que el tratamiento médico sea aceptado por el médico tratante del asegurado,
- Que se trate de un padecimiento crónico o catastrófico,
- Que la enfermedad del asegurado ponga en peligro su vida y el tratamiento sea de alto costo,
- Que el tiempo de acceso al tratamiento alternativo sea inferior al tiempo de acceso al tratamiento convencional,
- Que el tratamiento alternativo sea aceptado por la comunidad médica,
- Que los costos del tratamiento alternativo para la Aseguradora sean menores.

Una vez iniciado el plan de tratamiento alternativo, el médico tratante del asegurado deberá estar de acuerdo con el mismo durante todo el tiempo en que se brinde, ya que, si las condiciones de salud del asegurado cambian, el médico tratante podrá solicitar modificaciones al plan de tratamiento, las cuales serán evaluadas por la Aseguradora según las reglas, términos y condiciones de esta póliza.

Nada que contenga esta sección se considerará como una renuncia al derecho que tiene la Aseguradora de hacer valer y cumplir esta Póliza de estricto acuerdo con sus condiciones y términos. Las Reglas, Términos, y Definiciones de esta Póliza seguirán estando en vigor, a menos que, por acuerdo entre las partes y por escrito, se modifique este contrato para hacer disponibles los beneficios o pagos alternativos de este programa.

C. Examen Clínico

La Aseguradora se reserva el derecho y la oportunidad de examinar o solicitar otra opinión clínica a cualquier Asegurado cuya Enfermedad o Lesión sea la base de un reclamo, cuando y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesario durante la tramitación del reclamo. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y registros médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga dichos informes y registros médicos. Si no se autoriza la divulgación de todos los registros médicos solicitados por la Aseguradora, se denegará la reclamación. La Aseguradora tiene derecho a solicitar una autopsia en caso de muerte en un centro de su elección.

3.1.5. COBERTURAS ADICIONALES

Son coberturas opcionales que el Asegurado puede adquirir mediante el pago de la prima adicional que corresponda y estarán vigentes si aparecen en el Certificado de Seguro de esta Póliza.

La cobertura adicional es:

1. Aditamento de Seguro de Vida a Término.

3.1.6. COBERTURAS DE SERVICIO

1. Cobertura Tarjeta MAS.
Es parte de las coberturas de esta Póliza de conformidad a lo que indican las Condiciones Tarjeta MAS.

3.2. EXCLUSIONES

Los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos de esta Póliza:

1. Todo tratamiento relacionado con Condiciones Pre-existentes.
2. Cualquier tratamiento durante los primeros noventa (90) días naturales después de la Fecha de Inicio Original de

la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas.

3. Cualquier tratamiento que requiera ser certificado, pero que no haya sido certificado por la Compañía.
4. Cualquier tratamiento que exceda los límites de cobertura.
5. Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo usual, acostumbrado y razonable por ese servicio en Costa Rica.
6. Exámenes Médicos de Rutina.
7. Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista así como todo tipo de aparatos para sordos (quirúrgicamente implantados o no quirúrgicamente implantados), los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión.
8. Tratamiento con fines preventivos.
9. Equipos Médicos Duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física o ocupacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro Equipo Médico Duradero, excepto a como se define en esta Póliza.
10. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto a como se define en esta Póliza.
11. Costos por aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.
12. Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, autismo, apraxia, dispraxia; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas.

13. Tratamientos para corregir trastornos de la conducta, del aprendizaje, o el autismo.
14. La cirugía electiva o cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de Lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.
15. Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por Accidente o trauma. Evidencia de trauma tendrá que ser confirmado radiográficamente (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).
16. Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicidio, abuso del alcohol, abuso o adicción a drogas y/o a estupefacientes, así como los originados por delitos o faltas a la ley, aun cuando la persona no hubiera estado en uso de sus facultades mentales.
17. Incapacidad proveniente del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, así como las originadas en delitos o faltas a la ley.
18. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la incapacidad.
19. Tratamiento de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo, excepto el tratamiento de SIDA tal y como se define en esta Póliza.
20. Tratamientos por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas.
21. Costo y adquisición de Trasplante de Órgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes cubiertos según se define en esta Póliza.
22. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivo mono o biventriculares.
23. Gastos de cualquier criopreservación y la implantación o re-implantación de células vivas.
24. Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de un acto de guerra, o accidente químico o nuclear; o de participación en guerra, turba o rebelión civil o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.
25. Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.
26. Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.
27. Medicina complementaria o alternativa, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, capacitación en auto atención, auto cuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina Oriental incluyendo acupuntura; tratamiento quiropráctico; tratamiento quiropráctico; terapia de quelación; masaje y terapias herbales. Esta Póliza no cubrirá ningún tratamiento, servicios o suministros, incluyendo pero no limitados a, procedimientos;

- medicamentos; productos biológicos; o dispositivos médicos o cualquier hospitalización que esté relacionada con tratamientos, servicios o suministros experimentales o de investigación. Experimentales o de investigación significará cualquier tratamiento, servicio o suministro, incluyendo pero no limitados a, procedimientos; hospitalizaciones; medicamentos; productos biológicos; o dispositivos médicos que no estén aprobados por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos y que no estén generalmente reconocidos por la comunidad médica como efectivos o apropiados para el diagnóstico o tratamiento específicamente indicado para la condición particular del Asegurado, o que sean proporcionados o realizados en centros especiales con fines de investigación o bajo un ambiente controlado o de protocolo clínico.
28. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo o asilos de ancianos.
 29. Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.
 30. Todo gasto para la esterilización masculina o femenina, inversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuación sexual y/o tratamientos por enfermedades sexualmente transmisibles, excepto lo relacionado con VIH-SIDA tal y como se define en esta Póliza.
 31. Todo método anticonceptivo cuyo fin sea el control de la natalidad.
 32. Maternidades y Cuidados Neonatales como consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso que el embarazo dure menos de 32 semanas.
 33. Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento relacionado con talla corta, delgadez, sobrepeso, obesidad o el control de peso en general, incluyendo toda forma de suplemento alimentario.
 34. Cuidados podiátricos incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, hallux valgus, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.
 35. Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.
 36. Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.
 37. Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craniomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación.
 38. Medicamentos por Prescripción Médica de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Medicamentos por Prescripción Médica no recetadas; Medicamentos por Prescripción Médica excepto como se define bajo esta Póliza.

39. Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, como resultado de Enfermedades o Accidentes durante el período de Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido renovada.
40. Tratamiento para lesiones que son resultado de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.
41. Enfermera privada dentro o fuera del hospital.
42. Todo examen o tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal, a menos que sea requerido como consecuencia de un accidente durante la vigencia de la póliza.
43. Gastos médicos causados a consecuencia del tratamiento del Papiloma Virus HPV.
44. Enfermedades que sean declaradas como epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud Pública o por autoridad competente o por organización mundial reconocida.
45. Lesiones o enfermedades como consecuencia de la aplicación de rayos x, radioterapia, radium e isótopos.
46. Lesiones o enfermedades resultantes de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado

de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de decreto o ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier contrato o estipulación que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.

CLÁUSULA 4.- PERIODO DE ESPERA

Esta póliza operará después de haber transcurrido noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de Inicio Original de la vigencia que aparece en el Certificado de Seguro, siempre que el Asegurado haya pagado las Primas correspondientes.

Para Hernias de Cualquier Tipo, ya sea por Enfermedad o Accidente aplicará un Período de Espera de doce (12) meses.

En el caso de Maternidad del Asegurado o la cónyuge del Asegurado, estarán cubiertos los embarazos en los cuales el parto ocurra no menos de once (11) meses después que la cobertura de esta Póliza esté en efecto. Las Complicaciones de Maternidad tendrán un Período de Espera de once (11) meses.

En el caso de una Emergencia Médica por Accidente o Enfermedad Infecciosa no aplicará ningún período de espera. En este caso no aplicará Deducible ni Coaseguro.

CLÁUSULA 5.- CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

Para esta póliza aplica un Deducible de US\$ 200,00, según se indica en el Certificado de Seguro el cual será aplicable a Gastos Ambulatorios y a otros padecimientos según se indique en esta póliza.

CLÁUSULA 6.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Los beneficios son pagaderos al Asegurado, a su representante legal o a los proveedores licenciados y autorizados para la atención médica. El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra facultado conforme a la ley para el efecto. Si el Asegurado hubiere fallecido, los beneficios que deban ser pagados conforme a las disposiciones de esta Póliza serán pagados a los beneficiarios señalados en la Solicitud de Seguro o a sus representantes legales.

“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 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.”

CLÁUSULA 7.- OBLIGACIONES DEL TITULAR DE LA PÓLIZA, DEPENDIENTES Y BENEFICIARIOS

El Titular de la Póliza, Dependientes y Beneficiarios se encuentran obligados a cumplir con las siguientes disposiciones:

- Suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro, exámenes médicos, formularios de adición y reinstalación que apliquen.
- El Asegurado es responsable de pagar puntualmente la prima, como se explica en el apartado “Prima”, de esta Póliza.
- El Asegurado se compromete a someter a consideración de la Compañía el reclamo, mediante el Formulario de Reclamación de la Compañía, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación, según se indica en el apartado “Notificación y Atención a Reclamos”, de esta Póliza.
- El Asegurado tiene el deber absoluto de notificar a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendarios siguientes de haber recibido esta Póliza si alguna de la información de esta Póliza, incluyendo cualquier información en la Solicitud es incorrecta o está incompleta, si cualquier historial médico ha cambiado después de la fecha de la Solicitud y antes de la Fecha de Inicio Original, y/o si se ha omitido alguna información de la Solicitud.
- Contactar a la Compañía por lo menos setenta y dos (72) horas antes de cualquier hospitalización o Servicios de Paciente Externo, o en caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Compañía en un plazo de siete (7) días hábiles de haber comenzado el tratamiento.
- Informar por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos del caso, en cuanto a:
 - o Nuevas adiciones de dependientes;
 - o Exclusiones de dependientes;
 - o Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza;
 - o Cambio de País de Residencia;
 - o Suscripción de nuevos contratos.
- Declarar la edad exacta.

CLÁUSULA 8.- PRIMA

8.1. PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado es responsable de pagar puntualmente la prima. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Compañía o su Sucursal.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía en su Casa Matriz, su Sucursal o en la cuenta bancaria que al efecto se designe, durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Compañía dará por terminado el contrato quedando liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, para lo cual notificará su decisión al Asegurado dentro del plazo de cinco (5) días siguientes a la fecha en que se incurrió en mora, según lo establecido en el inciso a) del Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

El monto correspondiente al derecho de renovación se cobrará anualmente y el gasto de evaluación de riesgo o derecho de emisión deberá ser remitido con la solicitud. Los montos de dichos derechos se establecen en la solicitud de seguro y no son reembolsables.

El pago de los derechos de emisión o renovación es una cantidad fija que se paga por póliza y no guarda relación con edad, sexo o cantidad de personas aseguradas como Dependientes por lo que no se considera parte de la prima.

8.2. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

La prima del presente seguro podrá ser pagada en tramos mensuales, trimestrales, o semestrales, para lo cual la Compañía aplicará un recargo cuyo monto se reflejará en el Certificado de Seguro de conformidad con lo siguiente:

- a. El pago mensual tendrá un recargo de 8%
- b. El pago trimestral tendrá un recargo de 10%
- c. El pago semestral tendrá un recargo de 10%

Cuando el asegurado haya optado por el pago fraccionado de la prima, la Compañía podrá rebajar del monto de la indemnización, las primas que adeude el Asegurado en el período de póliza.

8.3. PERIODO DE GRACIA

Las primas deberán ser recibidas por la Aseguradora en la Fecha de Vencimiento de la Póliza, si esto no ocurriere la Aseguradora concederá un Período de Gracia de treinta (30) días después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza para que la Póliza pueda ser renovada. Durante el Período de Gracia la Póliza se mantendrá vigente y mantendrá todos sus efectos. Si las primas no son recibidas por la Aseguradora durante el Período de Gracia, la Compañía dará por terminado el contrato quedando liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, para lo cual notificará su decisión al Asegurado dentro del plazo de cinco (5) días siguientes a la fecha en que se incurrió en mora, según lo establecido en el inciso a) del Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

8.4. DEVOLUCIONES

Si un Asegurado o la Compañía anula la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido, reinstalado o renovado, la Compañía devolverá la porción no devengada de la prima, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia que excedan dicho monto, en caso de no exceder se devolverá la diferencia entre la

prima no devengada y los siniestros incurridos. La porción no devengada de la prima está basada en trescientos sesenta y cinco (365) días, o ciento ochenta (180) días en el caso de la Póliza semi-anual, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada, deducido el treinta por ciento (30%) correspondiente a los gastos administrativos que genera el trámite y gestión de dicha devolución. Los derechos de emisión de Póliza (policy fees) no son reembolsables. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la prima a ser devuelta se le pagará a la masa hereditaria del Titular de Póliza.

CLÁUSULA 9.- AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS

La Compañía tendrá facultad para ajustar el precio de la prima, tomando en consideración los siguientes factores: a) resultados o experiencia de los últimos doce meses de todo el plan de seguros, b) inflación estimada para los siguientes doce meses, c) desviaciones y/o cambios en los costos médicos y hospitalarios, d) modificaciones o incrementos en los beneficios de la póliza, e) cambio de edad de cualquier asegurado y f) aumento en los costos de administración. La Compañía notificará al Titular de la Póliza cualquier cambio en el monto de la prima por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento del Año Póliza en que entre en vigencia la nueva prima. Se entenderá que el Titular de la Póliza ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo estipulado.

CLÁUSULA 10.- RECARGOS Y DESCUENTOS

Esta Póliza no tendrá recargos ni descuentos de ningún tipo, a excepción de lo indicado en el

apartado “**Fraccionamiento de la Prima**” de esta Póliza.

CLÁUSULA 11.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

11.1. REQUISITOS DE NOTIFICACION

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Compañía por lo menos setenta y dos (72) horas antes de cualquier hospitalización o Servicios de Paciente Externo. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Compañía en un plazo de siete (7) días hábiles de haber comenzado el tratamiento. Salvo que el Asegurado pueda comprobar que existió caso fortuito o fuerza mayor que le impidió realizar la notificación, **la falta de notificación a la Compañía dentro del plazo exigido podrá ocasionar el atraso de la gestión indemnizatoria, en el caso de que hubiera ocurrido dolo o culpa grave, se producirá la pérdida al derecho de indemnización.** No obstante, se recomienda notificarle a la Compañía en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas de haber comenzado el tratamiento con el fin de que la Compañía coordine el pago de los beneficios.

11.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN

La Prueba escrita de Reclamación, deberá someterse a la consideración de la Compañía, mediante el Formulario de Reclamación de la Compañía, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación. Para la tramitación de las reclamaciones, el Asegurado deberá aportar los siguientes documentos:

- a) Formulario de reclamación.
- b) Las facturas y/o recibos originales de la farmacia, clínica u hospital y/o honorarios

médicos en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos ni facturas. Las tasas de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con el tipo de cambio de venta de referencia del Banco Central de Costa Rica que prevalezca en el momento en que la Compañía tenga conocimiento del evento relacionado al Asegurado para el cual se hace la reclamación.

- c) Recetas médicas e indicaciones de medicina.
- d) Informe médico con diagnóstico definitivo.
- e) Exámenes de laboratorio.
- f) Estudios radiológicos.
- g) Constancia de estudios de la jornada completa (Si el paciente tiene entre 18 y 24 años).
- h) Reporte policial (Si ha existido un accidente automovilístico).

Los plazos aquí señalados son establecidos por la Compañía para verificar las circunstancias del evento, valorar las pérdidas y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver las reclamaciones. **No obstante, si se determina que el monto del siniestro se ha visto incrementado como consecuencia de la reclamación fuera del plazo aquí establecido, la Compañía únicamente pagará lo correspondiente a la pérdida original.**

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Compañía, serán solamente tomadas por la Compañía.

La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales para decidir sobre la aprobación o denegación de una reclamación. Este plazo empezará a contar desde el momento en que el Asegurado o beneficiario presenten la correspondiente solicitud de indemnización junto con los documentos necesarios que la respalden para tener por probado el siniestro. La Compañía revisará los documentos

presentados, y en caso de estar incompletos, informará al Asegurado para que lo subsane, siempre procurando que la respuesta del reclamo se lleve a cabo dentro de los treinta (30) días naturales posteriores a la presentación de la solicitud de indemnización.

11.3. PAGOS DE RECLAMACIONES

Siempre que sea posible, la Compañía pagará directamente a los proveedores de servicios médicos. Cuando esto no sea posible, la Compañía le devolverá al Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Compañía y/o de acuerdo con los honorarios usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. Si el Titular de Póliza ya no vive, la Compañía pagará al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud todos los beneficios que aún no se hayan pagado; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, todo beneficio que quede sin pagar se le pagará a la masa hereditaria del Titular de Póliza.

Cuando el servicio de pago directo a los proveedores de Servicios Médicos no sea posible, el reembolso al Asegurado será hecho en la misma moneda en que los Servicios Médicos fueron pagados a los proveedores por el Asegurado.

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

Para el pago de los beneficios que estén sujetos a deducible y/o coaseguro, se aplicará primero el monto total del Deducible, posteriormente el Coaseguro y una vez agotado este último se pagará la cantidad restante hasta el límite total de la póliza o hasta el sub-límite del beneficio en el caso. Los beneficios que no estén sujetos a Deducible o Coaseguro se pagarán hasta el monto máximo del beneficio.

Lo anterior siempre dentro del límite máximo por año póliza.

11.4. SUBROGACION E INDEMNIZACION

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza, la Compañía adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar acción que el Asegurado tenga contra cualquier persona u organización hasta llegar a la suma de los beneficios que se hayan pagado. El Asegurado deberá firmar y entregar todo documento que haga falta así como hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de la Compañía.

11.5. COORDINACION DE BENEFICIOS

En caso de que el Asegurado tenga en vigor otra póliza que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza, las reclamaciones deben ser hechas primeramente contra la otra póliza y esta Póliza solamente indemnizará sus beneficios después que los beneficios bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza, serán acreditadas al Deducible Anual del Asegurado y una vez que el Deducible Anual haya sido satisfecho, los gastos que no hayan sido pagados por la otra póliza, serán cubiertos por esta Póliza, siempre que sean elegibles de acuerdo a las reglas, términos y límites de esta Póliza.

11.6. VALORACIÓN

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor a ser indemnizado al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes.

Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

CLÁUSULA 12.- VIGENCIA

12.1. TERMINO DE PÓLIZA

Las Pólizas se consideran contratos anuales sujetos al pago de las primas. Las Pólizas que no sean pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Período de Gracia serán canceladas a partir de la Fecha de Vencimiento.

12.2. DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN

Queda acordado que la renovación de la cobertura está garantizada, excepto en caso de falta de pago de prima, fraude o falsedad, siempre y cuando:

1. La Póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.
2. El Asegurado acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la renovación.
3. No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Titular de Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento y se ha pagado la prima dentro de treinta (30) días siguientes a dicha fecha, en cuyo caso, la renovación de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada renovación se expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación. La Compañía tendrá facultad para ajustar el precio de la prima del plan, tomando en consideración los siguientes factores: a) resultados o experiencia de los últimos doce meses de todo el plan de seguros de la Póliza que se trate, b) inflación estimada de los próximos doce meses en los países

donde se encuentran los principales proveedores de servicios médicos de la Compañía y publicada en fuentes oficiales y/o en informes de fuentes relevantes, confiables y especializadas en la materia, c) desviaciones y/o cambios en los costos médicos y hospitalarios, d) modificaciones o incrementos en los beneficios de la póliza, e) el cambio de edad de los asegurados en la renovación, dado que los factores de riesgo que influyen son crecientes con el aumento de la edad y/o f) aumento en los costos de administración. La Compañía notificará al Titular de la Póliza cualquier cambio en el monto de la prima por lo menos con treinta días de anticipación a la fecha de vencimiento de la renovación del período de Año Póliza en que entre en vigencia la nueva prima. Se entenderá que el Titular de la Póliza ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo estipulado.

CLÁUSULA 13.- CONDICIONES VARIAS

13.1. ELEGIBILIDAD

Personas residentes en la República de Costa Rica serán elegibles para la cobertura. La edad mínima de inscripción será los dieciocho (18) años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Titular de Póliza.

Las personas, incluyendo Dependientes, serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación por la Compañía de la Solicitud de Seguro y de un examen médico realizado mediante el formulario médico de la Compañía. La Compañía se reserva el derecho de exonerar la presentación de dicho examen médico, según declaración de buena salud y/o pruebas que presente el asegurado propuesto.

Recién Nacidos

Los Recién Nacidos de una Maternidad cubierta por esta Póliza están automáticamente cubiertos sujetos al límite específico tal y como se especifica bajo la sección de Cuidado Neonatal, sujetos a que el Formulario de Adición y/o Certificado de Nacimiento sean enviados a la Aseguradora dentro de un plazo

de quince (15) días de haber ocurrido el nacimiento. De no cumplirse con este requisito, se deberá completar una solicitud de seguro para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo. El pago de la prima que corresponda debe realizarse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la inclusión del recién nacido en la Póliza.

Dependientes

Los Dependientes que estuvieron cubiertos por una Póliza anterior con la Compañía, y que por lo demás tienen derecho a cobertura a través de su propia Póliza por separado, quedarán aprobados sin necesidad de suscripción para un plan con el mismo deducible o un deducible más alto y con las mismas condiciones y restricciones que existían en la Póliza anterior que les daba cobertura a través de la Compañía. La solicitud de los Dependientes se tiene que recibir dentro de un plazo de sesenta (60) días antes de la fecha de renovación de la Póliza que anteriormente les daba cobertura a dichos Dependientes. **Si un hijo Dependiente se casa, deja de ser estudiante a tiempo completo o si un cónyuge Dependiente deja de estar casado o cesa de cohabitar con el Titular de Póliza por motivo de divorcio o anulación del matrimonio o separación, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá al vencimiento del Año Póliza.**

13.2. EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL ASEGURADO Y DEPENDIENTES

Previo a la aceptación de la Solicitud de Seguro de un Asegurado propuesto, la Compañía evaluará la información de salud del Asegurado propuesto y de su familia, ocupación y pasatiempos, para clasificar al Asegurado dependiendo del riesgo que representa por sus características particulares.

Cada caso es evaluado individualmente sobre la base de los resultados de los exámenes solicitados e historial clínico del Asegurado propuesto. Se otorga una clasificación de normal o estándar a un Asegurado propuesto cuando dicha persona no representa un riesgo

elevado. Se clasifica subestándar a un Asegurado propuesto cuando éste representa un riesgo elevado de morbilidad por sus condiciones de salud, ocupación y pasatiempos.

En los casos en que se clasifica a un Asegurado propuesto con riesgo subestándar, la Compañía determinará, según los manuales de selección de riesgo, si el Asegurado propuesto es asegurable. De ser asegurable la Compañía establecerá las restricciones y/o condiciones especiales en que un Asegurado propuesto puede ser aceptado, y para evaluar las primas comerciales o de tarifa a aplicar.

El seguro será emitido, siempre que el Asegurado propuesto acepte pagar un recargo en la prima de tarifa, conforme a lo que indiquen los manuales de selección de riesgo de la Compañía.

13.3. DECLARACION FALSA DE LA EDAD

Si se prueba que la edad correcta del Asegurado ha sido falseada y que de acuerdo con la edad correcta no hubiera sido elegible para ser asegurado, la obligación de la Compañía quedará limitada a la Devolución como se define en esta Póliza. La Compañía se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.

13.4. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

Este contrato, así como cualesquiera de sus adendas o beneficios devendrán nulos cuando se determine que se ha declarado de forma falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidos como tales por el Titular de la Póliza o los Dependientes, la Compañía o por los representantes de uno o de otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato.

La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

- a. La Compañía tendrá un (1) mes a partir de que conoció la situación para proponer al Titular de la Póliza la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince (15) días hábiles después de la notificación, la Compañía, dentro de los siguientes quince días (15) hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.
- b. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un (1) mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Titular de la Póliza la prima no devengada al momento de la rescisión.

13.5. CANCELACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA

PARTE I – DESCUBRIMIENTO DE LA DECLARACIÓN RETICENTE O FALSA PREVIO A LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO

A. Si el Asegurado de forma intencional, omite o declara de forma incompleta, inexacta, confusa, usando palabras que dirigen a la equivocación o de modo que no corresponda a la realidad, hechos o circunstancias sobre su estado de salud o condición médica, que conocidas por la Aseguradora hubiesen influido para que la póliza no se suscribiera o se suscribiera bajo otras condiciones, la Aseguradora tendrá derecho a rescindir la póliza o modificar las condiciones de la misma, según corresponda. En todo caso, la Aseguradora tendrá el derecho de retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

B. Si la omisión o declaración reticente o falsa del Asegurado no fue intencional, la Aseguradora procederá de la siguiente manera:

1. A partir de que la Aseguradora conozca la omisión o declaración reticente o falsa no intencional, deberá notificar al Asegurado en el plazo de (1) un mes con la propuesta de modificación de la póliza. Si la propuesta no es aceptada por el Asegurado en el plazo de (15) quince días hábiles contados a partir de la notificación, la Aseguradora, dentro de los (15) quince días hábiles siguientes, podrá dar por terminada la póliza conservando la prima devengada al momento que se notifique la rescisión.

2. Si lo omitido o declarado de forma reticente o falso no intencional, hubiese implicado que la póliza no se hubiese suscrito, la Aseguradora podrá dar por terminada la póliza en un plazo de (1) un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.

3. El derecho de la Aseguradora conforme a lo anterior caducará una vez que transcurran los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

4. Después de transcurridos dos años contados a partir del perfeccionamiento del contrato, la Aseguradora no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas, salvo cuando la persona asegurada hubiera actuado con dolo.

PARTE II – DESCUBRIMIENTO DE LA DECLARACIÓN FALSA O RETICENTE POSTERIOR A LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO

Si un siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión de la póliza por omisión o declaración reticente o falsa no intencional, la Aseguradora indemnizará al Asegurado dentro de los límites de la póliza. Si la omisión o declaración reticente o falsa es intencional, y conlleva la modificación de la póliza, la Aseguradora indemnizará al Asegurado restando proporcionalmente la prima faltante que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si la omisión o

declaración reticente o falsa es intencional y la Aseguradora demuestra que de haberlo conocido, no hubiese suscrito la póliza, quedará liberado de su obligación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según corresponda.

PARTE III – RESIDENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos (reside en los Estados Unidos durante más de 180 días en cualquier plazo de 365 días), la cobertura en ese caso se dará por terminada automáticamente en la próxima Fecha de Vencimiento. Si el Titular de la Póliza o su cónyuge se convierte en estudiante a tiempo completo en los Estados Unidos mientras esta Póliza se encuentra en efecto, la Aseguradora, a su propia discreción, podrá extender la cobertura por un período adicional de renovación.

13.6. PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando la condición de pluralidad de seguros exista de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato que ampare al mismo asegurado, al mismo interés y riesgo y coincida en un mismo período de tiempo, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo a la Compañía en su solicitud.

Una vez suscrito el contrato, el Asegurado tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada.

Si, por incumplimiento del deber de notificar referido, algún asegurador paga al Asegurado una indemnización mayor a la que le correspondería, de conformidad con la Ley N° 8956 Reguladora del Contrato de Seguros, se considerará que el pago fue indebido pudiendo la Compañía recuperar lo pagado en exceso. El Asegurado, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue

requerido, deberá reconocerle a la Compañía los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha de efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

13.7. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley N° 8653, Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley N° 8956, Reguladora del Contrato de Seguros, la información del Titular de la Póliza, los Dependientes y el Beneficiario que haya sido suministrada a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad.

13.8. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Titular de la Póliza, los Dependientes y el Beneficiario se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otro documentos que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa para el cumplimiento de la Ley N° 8204, sobre legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo.

13.9. PRESCRIPCIÓN

Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los cuatro (4) años, iniciándose dicho término desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo ejercita.

13.10. NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor N° 7472, la normativa dictada por la Superintendencia General de Seguros, el Código de Comercio, el Código Civil y cualquier

otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.

13.11. REHABILITACION DE LA POLIZA

Si la Póliza ha caducado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, la Compañía considerará la Rehabilitación de la misma únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del Formulario de Solicitud de Rehabilitación como evidencia de buen estado de salud.

No se aceptará ninguna Rehabilitación después de transcurridos sesenta (60) días naturales de la Fecha de Vencimiento.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Compañía:

- A. Acepte la prima vencida atrasada y
- B. Apruebe la Solicitud de Rehabilitación.

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de diez (10) días naturales de la fecha de Rehabilitación o Maternidades en los cuales el parto ocurra no menos de once (11) meses después de la fecha de Rehabilitación de la Póliza.

CLÁUSULA 14.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

La Compañía cuenta con una Instancia de Atención al Consumidor de Seguros. Este es un servicio auxiliar de seguros contratado por la Compañía para recibir, tramitar y resolver las quejas y reclamaciones que le sean presentadas por parte de consumidores de seguros, provenientes de las instancias operativas de la Compañía.

Esta instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia de las instancias operativas de la Compañía, y sus resoluciones respecto de las quejas y reclamaciones sometidas a su conocimiento, serán dictadas con total imparcialidad y objetividad. En este proceso, tanto el consumidor como de los

distintos departamentos y servicios de la Compañía, podrá recabar cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión.

El Consumidor de Seguros podrá acceder a la Instancia de Atención al Consumidor de Seguros, mediante la página web de la Compañía, www.segurosbmicr.com

CLÁUSULA 15.- COMUNICACIONES

15.1. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Los datos específicos de las partes y terceros relevantes distintos a la Compañía constarán en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud de Seguros.

15.2. JURISDICCION, ASUNTOS JURIDICOS E IDIOMA

La exclusiva jurisdicción aplicable a cualquier asunto que se origine de esta Póliza así como cualquier asunto relacionado con la Solicitud, declaraciones fácticas hechas y/o denegación

“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-A10-716** de fecha **14 de junio de 2017**”.

de reclamaciones será la de los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. La Compañía y el Asegurado cubierto por esta Póliza por este medio expresamente acuerdan someterse a juicio ante un juez de derecho en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza. No obstante, previo acuerdo podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta póliza, La Compañía y el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes paguen sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el Español, aunque se le haya proporcionado al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente un oficial autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

CONDICIONES TARJETA MAS

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

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

- 1.1. ADMINISTRADOR DE LOS SERVICIOS DE LA TARJETA MAS.-** Es la persona jurídica denominada “Total Travel Services” que administra la Red de Proveedores: Servicios Funerarios, Atención Médica Domiciliaria, Segunda Opinión Médica y Beneficios y Descuentos ofrecidos en la Tarjeta MAS, a nivel nacional.
- 1.2. ARREGLO FLORAL.-** Para efecto del presente Contrato es una composición de flores naturales esparcidas entre hojas y ramas ordenadas de forma estética, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar seleccionado por los familiares del Asegurado.
- 1.3. ASISTENCIA.-** Son los servicios que se le brindarán al Asegurado de conformidad con los términos y condiciones que se describen en este Contrato.
- 1.4. AUTOPSIA.-** Comprende el estudio médico que se hace a una persona luego que esta fallece, el mismo, tiene la finalidad de determinar cuáles fueron las causas de la muerte del paciente en estudio.
- 1.5. COFRE O ATAÚD.-** Caja de madera nacional de tamaño estándar para la inhumación de una persona y de acuerdo con la regulación local vigente, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar seleccionado por los familiares del Asegurado.
- 1.6. CREMACIÓN.-** Comprende el servicio de incineración del cuerpo de la persona fallecida en la localidad seleccionada por los familiares del Asegurado, en un sitio específicamente autorizado por la autoridad sanitaria local para tal fin.

Adicionalmente, incluye el suministro de una urna cenizaria estándar, la que será entregada a los familiares del Asegurado una vez termine el proceso.

- 1.7. DESTINO FINAL.-** Comprende el servicio de inhumación o servicio de cremación.
- 1.8. DIAGNÓSTICO.-** Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre el paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo.
- 1.9. DOMICILIO.-** Es el lugar de uso habitacional permanente y habitual del Asegurado dentro del territorio nacional.
- 1.10. EMERGENCIA ODONTOLÓGICA.-** Se define como un evento inesperado o repentino que dé lugar a tratamientos odontológicos amparados por esta cobertura, con la finalidad de tratar situaciones originadas por las siguientes causas: Dolor, Inflamación o Hemorragia.
- 1.11. GRAN ÁREA METROPOLITANA (GAM).-** La gran área metropolitana, abreviado como GAM, incluye desde Cartago al este, zona limitada por Quircot, San Rafael de Oreamuno, Dulce Nombre, Aguas Calientes, Tejar del Guarco, Lima y Taras. Oeste, hasta Ciudad Colón. Sur, Cinco Esquinas de Aserrí, Norte Heredia Centro, San Joaquín de Flores, Santo Domingo de Heredia, Barva, Santa Bárbara y San Miguel en ruta a Guápiles, Alajuela Centro, Río Segundo, El Coyal.
- 1.12. INHUMACIÓN.-** Comprende el servicio de enterrar los restos de la persona fallecida dentro de un ataúd. La inhumación se realizará en la localidad seleccionada por los familiares del Asegurado, en un cementerio o sitio específicamente autorizado por la autoridad sanitaria local para tal fin.
- 1.13. NUTRICIONISTA.-** Profesional en nutrición y que se encuentra habilitado por las normas costarricenses para ejercer la profesión de nutricionista en Costa Rica.

- 1.14. ODONTÓLOGO.-** Profesional en odontología y que se encuentra habilitado por las normas de Costa Rica para ejercer la profesión.
- 1.15. PSICÓLOGO.-** Profesional en psicología y que se encuentra habilitado por las normas costarricenses para ejercer la profesión de psicólogo en Costa Rica.
- 1.16. RADIOGRAFÍA ODONTOLÓGICA.-** Es una imagen registrada en una placa o película fotográfica. En dicha imagen se pueden observar los tejidos duros del diente, evidenciando la existencia de patológicas bucales, tales como la caries dental, reabsorción ósea (pérdida de hueso), imágenes apicales entre otras.
- 1.17. RADIOGRAFÍA CORONAL.-** Técnica exploratoria radiológica intrabucal, complemento para el diagnóstico de caries interproximales y permite evaluar la progresión de la lesión.
- 1.18. RADIOGRAFÍA PERIAPICAL.-** Técnica exploratoria radiológica intrabucal que permite apreciar los ápices de los dientes (puntas de las raíces) y la zona circundante.
- 1.19. RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS FUNERARIOS.-** Se entiende como tal el conjunto de empresas o entidades prestadoras de servicios funerarios a escala nacional inscritos ante el Administrador de Servicios de la Tarjeta MAS, y que dispone de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios definidos en este contrato.
- 1.20. RED DE PROVEEDORES DE TARJETA MAS.-** Es un grupo de empresas que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores de Tarjeta MAS. Este grupo de empresas ofrece tarifas especiales y descuentos a los clientes de la Aseguradora que posean Tarjeta MAS. La lista de Proveedores que conforman la red podrá cambiar periódicamente. Para acceder a la lista actualizada de la Red de Proveedores de Tarjeta MAS, el Asegurado deberá ingresar a la página web www.bmicos.com/tarjetamascr/ o llamar al teléfono 4001-5256.
- 1.21. RED DE PROVEEDORES DE BENEFICIO SALUD Y BIENESTAR.-** Es un grupo de empresas que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores de Tarjeta MAS. Este grupo de empresas ofrece tarifas especiales y descuentos a los clientes de la Aseguradora que posean Tarjeta MAS. La lista de Proveedores que conforman la red podrá cambiar periódicamente. Para acceder a la lista actualizada de la Red de Proveedores de Tarjeta MAS, el Asegurado deberá ingresar a la página web www.bmicos.com/tarjetamascr/ o llamar al teléfono 4001-5256.
- 1.22. SERVICIO DE TANATOPRAXIA (PREPARACIÓN DEL CUERPO).-** Comprende el tratamiento higiénico-sanitario para la conservación del cuerpo de una persona fallecida, respetando los diferentes ritos religiosos y según los estándares establecidos en la República de Costa Rica. Comprende además el maquillaje y vestido con las prendas suministradas por la familia.
- 1.23. SERVICIO RELIGIOSO.-** Comprende, el valor del servicio religioso del culto indicado por los familiares a nivel nacional.
- 1.24. TRASLADO.-** Comprende el traslado, por vía terrestre, del fallecido en su Cofre o Ataúd desde el lugar del fallecimiento a la Sala de Velación, al sitio del servicio religioso, y hasta el cementerio a nivel nacional, y cuyo suministro dependerá de la disponibilidad del lugar seleccionado por los familiares del Asegurado.
- 1.25. TUMBA, NICH O BÓVEDA.-** Comprende el lugar donde descansarán los restos del Asegurado fallecido.
- 1.26. VELACIÓN.-** Comprende el uso de la Sala de Velación, por el tiempo estándar estipulado localmente.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

El presente Contrato se adiciona a esta Póliza la cual cuenta con sus Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro del Tomador, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de

salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, este Contrato, los Endosos 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.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

Como parte de las coberturas de esta Póliza se brindará al Asegurado Titular y a los Dependientes del mismo, en caso de haberlos, un beneficio llamado Tarjeta MAS. Mediante este beneficio el Asegurado Titular y/o Dependientes podrán acceder a una cobertura de Servicios Funerarios, la cual se activa con el fallecimiento del Asegurado. La cobertura se mantendrá vigente en caso de fallecimiento de los Dependientes.

De igual forma, la Tarjeta MAS ofrece una cobertura de asistencia médica domiciliaria, y servicio de ambulancia derivada de la atención médica domiciliaria, así como una teleorientación nutricional, una atención básica de emergencia odontológica y una teleorientación con psicólogo.

Mediante la Tarjeta MAS se tiene también cobertura de segunda opinión médica internacional a distancia, en el caso de que el Asegurado sea diagnosticado con una enfermedad grave. Así mismo, la Tarjeta MAS permite al Asegurado acceder a tarifas especiales y descuentos en servicios entre los que se incluyen, pero no se limita solamente a: servicios oftalmológicos, servicios estéticos y de spa, descuentos en laboratorios, bancos de células madre y servicios dentales.

Las Partes entienden que el presente Contrato es parte de la Póliza, el cual se mantendrá vigente siempre que la Póliza se encuentre vigente y se acredite mediante recibo oficial de la Compañía, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en el Certificado de Seguro.

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

3.2.1. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

En caso que el Asegurado fallezca la Compañía prestará los Servicios funerarios acordados dentro del territorio de la República de Costa Rica a través del Administrador de Servicios de la Tarjeta MAS.

La cobertura de servicio funerario se brindará según las siguientes dos opciones, a elección de los familiares de la persona fallecida:

a. Servicio Funerario Especial

Los bienes y servicios cubiertos son:

- Trámites legales ante el Registro Civil para la inhumación o cremación.
- Traslados por vía terrestre a la iglesia, a las salas de velación y al cementerio a nivel nacional.
- Servicio de tanatopraxia o preparación del cuerpo, el cual incluye maquillaje y vestido con las prendas suministradas por la familia de la persona fallecida.
- Ataúd o cofre de madera nacional.
- Utilización de Capillas o salas de Velación, según disponibilidad.
- Decoración con once (11) arreglos florales primaverales, cinco (5) en la capilla de velación y seis (6) en la Iglesia.
- Servicio estándar de cafetería, incluye cien (100) bocadillos.
- Treinta y cinco (35) recuerdos a escoger entre velitas y rosarios.
- Una (1) nota luctuosa en Canal 7.
- Una (1) esquela en la Nación, en tamaño 2x2.
- Servicio religioso del culto indicado.
- Coro para el servicio religioso.
- Carroza Mercedes Benz dentro de la GAM.
- Servicio de inhumación en el cementerio indicado por la familia de la persona fallecida.

b. Servicio Funerario con Cremación

Los bienes y servicios cubiertos son:

- Trámites legales ante el Registro Civil.
- Traslados por vía terrestre a la iglesia, a las salas de velación y al cementerio a nivel nacional.
- Servicio de tanatopraxia o preparación del cuerpo, el cual incluye maquillaje y vestido con las prendas suministradas por la familia de la persona fallecida.
- Ataúd o cofre de madera nacional.
- Utilización de Capillas o salas de Velación, según disponibilidad.
- Decoración con siete (7) arreglos florales primaverales, tres (3) en la capilla de velación y cuatro (4) en la Iglesia.
- Servicio estándar de cafetería, incluye cien (100) bocadillos.
- Veinticinco (25) recuerdos a escoger entre velitas y rosarios.
- Servicio religioso del culto indicado.
- Una (1) nota luctuosa en Canal 7.
- Una (1) esquela en la Nación, en tamaño 2x2.
- Carroza Mercedes Benz dentro de la GAM.
- Autopsia (requisito del Ministerio de Salud para realizar la cremación).
- Trámite del permiso de cremación.
- Entrega de cenizas en copa metálica rotulada o urna ecológica de sal, de arena o de tierra.

La cobertura de gastos funerarios no incluye costo ni elaboración de lápida, ni costos de mantenimiento, estos valores deberán ser cancelados por el familiar responsable periódicamente según las regulaciones de cada cementerio y bajo sus políticas y reglamentos.

Este Servicio se otorga bajo las siguientes limitaciones:

- 1. A través del Administrador de Servicios de la Tarjeta MAS y exclusivamente en las instalaciones de los proveedores de la Red de Servicios Funerarios en todo el**

territorio nacional, previo conocimiento inmediato del fallecimiento y en ningún caso se harán devoluciones de dinero.

- 2. Si el Asegurado se encontrara inscrito en dos (2) o más contratos, la Compañía será responsable por el cumplimiento de uno (1) solo.**
- 3. Todos los traslados se realizarán por vía terrestre.**
- 4. No se realizarán reembolsos de gastos provenientes de cualquier otro servicio que sea contratado de forma independiente por la familia del Asegurado fallecido, o sin coordinar con el Administrador de Servicios de la Tarjeta MAS.**
- 5. En caso de siniestro, comunicarse inmediatamente a través de las líneas telefónicas disponibles las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.**

Al momento del fallecimiento del Asegurado los familiares de éste deberán comunicarse al siguiente número: **4001-5256.**

3.2.2. ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

Por medio de la presente cobertura se brindarán los siguientes cuatro servicios:

- a. **Visitas Médicas a domicilio:** Servicio de medicina general 24/7, los 365 días del año a domicilio y/o lugar de trabajo o donde el beneficiario lo necesite, por alteraciones de la salud que no son de gravedad. Con un tiempo de respuesta de hasta 2 horas, siempre y cuando las condiciones de ingreso hacia el lugar (condiciones viales, de clima, seguridad y situaciones adversas como inundaciones, bloqueos, cierre de vías, etc.) lo permitan.

En caso de ser necesario el médico aplicará la primera dosis de tratamiento sintomático y realizará la prescripción de la continuidad del tratamiento si amerita.

Si el beneficiario lo solicita y/o en caso de que las condiciones de ingreso hacia el

lugar donde se encuentra el paciente (condiciones viales, de clima, seguridad y situaciones adversas como inundaciones, bloqueos, cierre de vías, etc.) no sean las adecuadas, o bien no se encuentren médicos disponibles en la zona al momento de solicitar el servicio, se podrá realizar la visita médica a domicilio agendada en un período no mayor a 24 horas, según disponibilidad del paciente y de nuestro equipo de médicos generales.

- b. **Orientación médica ilimitada por medios interactivos (telefónico):** A solicitud del beneficiario se proporcionará vía telefónica, las 24 horas del día durante los 365 días del año el servicio de orientación médica telefónica, en el cual se valorará la sintomatología del paciente, actuando de acuerdo con los protocolos establecidos de atención médica general.
- c. **Telemedicina:** Equivale a una consulta médica a través de una plataforma virtual, donde se atenderán casos que puedan ser valorados por este medio, atendida por médicos generales. Los Asegurados deberán contar con acceso a internet y deberán acceder y descargar la aplicación “Médicas Online” en su dispositivo móvil.
- d. **Servicio de Ambulancia en laGAM si el médico lo requiere (urgencia o emergencia):** Previa valoración los médicos a domicilio y bajo criterio del profesional, se contará con el servicio de atención extra-hospitalaria con ambulancias de soporte avanzado en caso de urgencia o emergencia, con previa coordinación del médico y del canal de atención telefónica del proveedor. La ambulancia arribará al lugar donde se encuentre el paciente en un promedio de 15 minutos después de la solicitud del médico tratante.

De acuerdo con la valoración de cada caso, el equipo de profesionales médicos realizará los procedimientos necesarios y/o trasladará al Asegurado al hospital o centro de salud que éste indique o en su defecto el más cercano. También aplica para pacientes en condición estable, para egresos o ingresos a centros médicos, hospitales o algún lugar para recibir tratamiento siempre y cuando el punto de salida o retorno sea dentro de la GAM.

Este servicio solo aplica para Asegurados que se encuentran dentro de la GAM en el momento de la atención.

No es un servicio para la atención de emergencias.

Este Servicio se otorga bajo las siguientes limitaciones:

1. Únicamente estará disponible dentro de la Gran Área Metropolitana.
2. Cada vez que el Asegurado solicite un servicio, este deberá pagar, en el momento de recibir el mismo, la cantidad de **¢8,000.00** más el IVA correspondiente, o su equivalente en dólares americanos según el tipo de cambio de compra 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.

3.2.3. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL A DISTANCIA

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con una enfermedad grave, esta cobertura le permitirá al asegurado contar con asistencia personalizada para acceder a una segunda opinión médica a distancia a través de los mejores expertos en Estados Unidos.

3.2.4. SALUD Y BIENESTAR

Por medio de la presente cobertura se brindarán los siguientes servicios:

a. EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:

Tendrán cobertura siguientes tratamientos:

- Atención dental inicial, medicación intraoral suministrada en el consultorio y prescripción de medicamentos en caso de ser requerido.
- Recubrimiento pulpar directo e indirecto.
- Aplicación de cura formocresolada y obturación provisional.
- Sistema de interconsulta y referencias con especialistas.
- Receta médica en caso de dolor muscular y abscesos.
- Receta médica en el caso de estomatitis sub-protésica.
- Radiografías Coronales y Periapicales tomadas en el consultorio del odontólogo tratante y necesarias para atender el evento de emergencia odontológica.

Si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en la cobertura, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento hasta un 30% respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

Cualquier reclamo, observación o queja en relación a los servicios prestados de las coberturas descritas anteriormente, deberá ser realizada por escrito a la Aseguradora dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamo.

Se establece un tope de un evento por año póliza por póliza para el servicio de emergencia odontológica.

b. SERVICIOS DE TELEORIENTACIÓN NUTRICIONAL:

Servicio prestado por un nutricionista, orientado en escucha activa con el fin de prestar apoyo y consejos para afrontar la situación referida por el Asegurado.

El Asegurado podrá acceder a orientación nutricional en caso de:

- Requerir información sobre alimentos para fortalecer el sistema Inmune.
- Recomendaciones alimenticias para grupo familiar.
- Estrategias para mejorar la alimentación en niños.
- Apoyo para establecer rutinas alimentarias conforme a objetivos.
- Recomendaciones alimenticias para asegurados con condiciones médicas particulares, por ejemplo: Diabetes, hipertensión, síndrome de colon irritable, etc.

Las consultas se prestarán de forma virtual o vía telefónica. Cada sesión virtual/telefónica tendrá una duración entre 30 y 45 minutos.

Bajo este servicio se brindarán recomendaciones nutricionales asociadas a alimentos y /o recetas de consumo general que el asegurado puede incorporar a su rutina diaria de alimentación, dichas recomendaciones serán basadas en la información otorgada por el Asegurado, por cuanto se evitará recomendar alimentos que expresamente el Asegurado refiera ser alérgico y/o intolerante, se le recomendarán alimentos con los que pueda reemplazarlos.

Entendiendo que el Asegurado pueda desconocer reacciones alérgicas o intolerantes a algunos alimentos, el hecho de suministrar información incorrecta o incompleta exime de cualquier responsabilidad a los NUTRICIONISTAS frente a los conceptos y respuestas emitidas. Se procurará emitir nota de alerta para los alimentos que comúnmente son conocidos como desencadenantes de reacciones alérgicas y/o intolerantes para que el Asegurado lo pueda tener presente. **No se dará cobertura de los alimentos, la**

adquisición de los productos es responsabilidad exclusiva del Asegurado.

Por cuanto los servicios de nutrición están a cargo de NUTRICIONISTAS, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual asumida por la Asegurado o el Proveedor o prestador del servicio en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a dichos profesionales en razón y con fundamento en la asesoría y/o orientación que brinden a los Asegurados. Cualquier reclamo, observación o queja en relación con los servicios prestados, deberá ser realizada por escrito a la Aseguradora dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicho reclamo.

Se establece un tope de un evento por año póliza por póliza para el servicio de teleorientación nutricional.

c. SERVICIOS DE TELEORIENTACIÓN PSICOLÓGICA:

Servicio prestado por un psicólogo, orientado en escucha activa con el fin de prestar apoyo y consejos para afrontar la situación referida por el Asegurado.

El Asegurado podrá acceder a orientación psicológica en caso de:

Psicología Clínica:

- Ayuda sobre permanencia en el hogar por fuerza mayor.
- Dinámica familiar asociada a convivencia.
- Invalidez temporal o total.
- Maternidad: depresión postparto, muerte del neonato, aborto espontáneo, enfermedades congénitas del recién nacido.
- Apoyo para anticipar o tratar situaciones de ansiedad.
- Apoyo en situaciones de crisis.
- Violencia doméstica.

- Muerte de familiar en primer grado de consanguinidad.
- Situaciones de estrés.

Orientación Vocacional:

- Coaching de hoja de vida adaptado a la realidad del mercado actual, nivel de carrera profesional y mejora en la distribución y contenido del CV u hoja de vida.
- Preparación de entrevista presencial y/o virtual para el primer empleo.
- Identificación y realce de habilidades blandas y duras

Gestión Familiar, Duelo, Académico:

- Ayuda sobre permanencia en el hogar por cuarentena y/o fuerza mayor.
- Dinámica asociada al apoyo académico en casa.
- Dinámica familiar asociada a convivencia.
- Violencia doméstica.
- Muerte de familiar en primer grado de consanguinidad.
- Accidente del Asegurado o de algún familiar en primer o segundo grado de consanguinidad que requiera hospitalización y/o tratamientos médicos mayores.
- Diagnóstico de enfermedades del titular o de algún familiar en primer o segundo grado de consanguinidad.

Para efectos de esta póliza se proveerá el siguiente servicio psicológico cubierto:

- Diagnóstico** (Examen e Historia Clínica).
- Orientación telefónica o virtual:** Apoyo psicológico al asegurado asociado a la situación.
- Técnicas cognitivas:** Desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, terapia racional emotiva, técnicas supresivas, técnicas expresivas, técnicas de integración, comprensión del significado idiosincrático, cuestionar pruebas o evidencias, retribución, examen de las opciones alternativas, descatastrofizar, ventajas y desventajas, convertir la adversidad en ventajas, clasificación de las distorsiones, descubrimiento guiado de la asociación, exageración o paradoja, eliminación de la imaginación, externalización, ensayo cognitivo,

auto instrucción, detención de pensamientos, focalización, enfrentamiento directo, desarrollo de la disonancia cognitiva.

d) **Técnicas psicoterapéuticas conductuales:** Registros cognitivos, exposición graduada, ensayos conductuales, experimentos conductuales, programación de actividades.

e) **Técnicas terapéuticas físicas Orientadas:** Respiración diafragmática, relajación, meditación.

Las consultas se prestarán de forma virtual o telefónica, la sesión tendrá una duración entre 30 y 45 minutos.

Bajo este servicio se realizarán evaluaciones o valoraciones psicológicas basadas en la información aportada por el usuario. El servicio está encaminado a brindar recomendaciones y buenas prácticas a seguir por el usuario en relación con su caso. No se expedirán incapacidades laborales ni medicaciones.

Se aclara que no se prestará el servicio a Asegurados que tengan una crisis asociada al consumo de sustancias psicoactivas/alcohólicas ni Asegurados que estén en riesgo suicida, de manera que, si durante la solicitud del servicio o durante la prestación del mismo se identifica que el Asegurado está bajo el efecto de sustancias psicoactivas/alcohólicas o en riesgo suicida, el servicio no será brindado y de acuerdo con lo establecido en la normativa local propia de la profesión, se deberá comunicar de inmediato a las autoridades competentes (policía, bomberos, línea de atención de emergencias). En cualquier caso, ni el Proveedor ni el prestador del servicio ni el PSICOLOGO asumen responsabilidad alguna por cualquier determinación que adopte el Asegurado derivado del servicio.

Por cuanto los servicios aquí descritos están a cargo de PSICOLOGOS, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional. Es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual asumida por el Proveedor o Prestador del Servicio en ningún

caso y en ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente, así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a dichos profesionales en razón y con fundamento en la asesoría y/o orientación que brinden a los Asegurados.

La calidad de las respuestas a las consultas de los Asegurados depende de la calidad de la información que suministren a las personas que los atienden, con lo que el hecho de suministrar información incorrecta o incompleta exime de cualquier responsabilidad a los PSICOLOGOS frente a los conceptos y respuestas emitidas.

Cualquier reclamo, observación o queja en relación con los servicios prestados, deberá ser realizada por escrito a la Aseguradora dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicho reclamo.

Se establece un tope de un evento por año póliza por póliza para el servicio de teleorientación nutricional.

3.2.5. TARIFAS ESPECIALES Y DESCUENTOS

La Tarjeta MAS permite al Asegurado acceder a tarifas especiales y descuentos en servicios entre los que se incluyen, pero no se limita solamente a: servicios oftalmológicos, servicios estéticos y de spa, descuentos en laboratorios, bancos de células madre y servicios dentales. La lista de Proveedores que conforman la red podrá cambiar periódicamente. Para acceder a la lista actualizada de la Red de Proveedores de Tarjeta MAS, el Asegurado deberá ingresar a la página web www.bmicos.com/tarjetamascr/ o llamar al teléfono 4001-5256.

Para activar los descuentos en farmacia, ópticas, laboratorios, veterinaria, suplementos vitamínicos, tratamientos dentales, gimnasios, tiendas deportivas y cines, el Asegurado deberá comunicarse directamente con el proveedor de del servicio a través del número de teléfono

2521-5757, o por el Asistente Virtual 8781-4679, o por el Asistente Virtual Web <https://www.sdsigma.com/costarica/solicitudcit as>. Para activar el resto de los descuentos y condiciones especiales en los servicios, el Asegurado debe dirigirse directamente con los proveedores e identificarse como Asegurado de BMI que cuenta con la cobertura Tarjeta MAS.

3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Adicional a las Exclusiones Generales de esta Póliza, para este Contrato no se brindarán las asistencias indicadas en los siguientes casos:

Para el Servicio Funerario:

1. La Asistencia Funeraria no se brindará si la muerte del Asegurado es por causa de Catástrofes naturales, epidemias, pandemias, guerra, terrorismo, sedición, motín, huelga, asonada, declarados o no.
2. Cualquier causa de muerte que sea consecuencia de una condición no cubierta por la Póliza.

Para la Asistencia Médica Domiciliaria:

Quedan excluidos del alcance de la Asistencia Médica Domiciliaria la colocación de sueros, administración de antibióticos, cuidados del paciente postrado, cambio de catéteres de cualquier tipo, así como los tratamientos médicos crónicos de diálisis, quimioterapia, radioterapias, rehabilitación y cualquier otro tratamiento crónico, salvo aquellos derivados en forma inmediata por la atención de emergencia.

Para la cobertura de Emergencia Odontológica:

1. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría

y cualquier otra no contemplada específicamente en las coberturas anteriormente descritas.

2. Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente.
3. Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a lo indicado en el apartado 3.2.4 Salud y Bienestar, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
4. Defectos Físicos.
5. Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
6. Radioterapia o Quimioterapia.
7. Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la descripción de las coberturas.
8. Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica a excepción de emergencias odontológicas en aquellos países con presencia del proveedor y que este lo autorice.
9. Hospitalizaciones.
10. Metales Preciosos.
11. Medicamentos o tratamientos post atención de la emergencia preescritos por el odontólogo tratante para las afecciones bucodentales.
12. Cualquier otro (s) tratamiento (s) no

contemplado (s) específicamente en la cláusula de coberturas.

Para la cobertura de Teleorientación Nutricional:

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

1. El servicio no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una orientación nutricional virtual telefónica, según la definición de esta Cobertura Adicional.
2. Los servicios que el Asegurado haya contratado directamente con el prestador de la asistencia por su propia cuenta y riesgo sin previo consentimiento del Proveedor. Cuando el Asegurado se niegue a colaborar con el personal designado por el Proveedor para la prestación de los servicios.
3. Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
4. Se excluye cualquier examen de laboratorio.

Para la cobertura de Teleorientación Psicológica:

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

- a. El servicio no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como orientación psicológica telefónica o virtual, según lo establecido en esta cobertura.
- b. Los servicios que el Asegurado haya contratado directamente con el prestador de la asistencia por su propia cuenta y riesgo sin previo consentimiento del Proveedor.

c. Cuando el Asegurado se niegue a colaborar con el personal designado por el Proveedor para la prestación de los servicios.

d. Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

e. Cuando el Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

f. Se excluye todo tipo de cobertura que no esté detallada en la orientación de que trata en este documento.

CLÁUSULA 4.- DEDUCIBLES

No se aplica ningún deducible para este beneficio.

CLÁUSULA 5.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para el caso de los servicios ofrecidos mediante la Tarjeta MAS, el único beneficiario será el Asegurado.

CLÁUSULA 6.- 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 la Póliza.

CLÁUSULA 7.- PRIMA

No aplica el pago de prima adicional, lo relacionado con la prima de los servicios de la Tarjeta MAS, quedan sujetos a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula “PRIMA”.

CLÁUSULA 8.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

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

CLÁUSULA 9.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

9.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

Para el Servicio Funerario:

Para acceder al **Servicios Funerario** de la Tarjeta MAS, los familiares del Asegurado deberán comunicarse telefónicamente al número 2222-9022, el cual estará en funcionamiento veinticuatro (24) horas continuas, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

1. La persona que llame debe indicar que el fallecido mantenía un plan con BMI. Asimismo deberá proporcionar la información que el operador le solicite.

El operador podrá solicitar la siguiente información, sin limitarse a:

- Nombre de la persona fallecida.
- Número de cédula o número de identificación de la persona fallecida.
- Lugar exacto de donde se debe retirar el cuerpo.
- Certificado de defunción.
- Historia clínica (de ser requerido).
- Nombres y teléfonos de la persona responsable.

2. Una vez que el proveedor verifique los datos, iniciará la logística para brindar el Servicio Funerario.

Para la Asistencia Médica Domiciliaria:

Para activar la Asistencia Médica Domiciliaria, el Asegurado debe comunicarse directamente con el proveedor que presta el servicio, al número de teléfono 2290-5555, y proporcionar la información que se le solicite. El Asegurado debe cancelar directamente al proveedor de este servicio un copago de $\text{€}8,000.00$ más el IVA correspondiente, o su equivalente en dólares americanos según el tipo de cambio de compra vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe.

Para la Asistencia de Telemedicina:

Para activar la Asistencia de Telemedicina, el Asegurado deberá contar con acceso a internet y deberán acceder y descargar la aplicación “Médicas Online” en su dispositivo móvil.

Para el Servicio de Segunda Opinión Médica:

Para activar el servicio de la segunda opinión médica, el Asegurado deberá comunicarse directamente con el proveedor de la Tarjeta MAS al número de teléfono 4001-5256. El operador le enviará al Asegurado la lista de requisitos y formularios correspondientes para iniciar el servicio.

Para Salud y Bienestar:

Para activar la Asistencia Salud y Bienestar, el Asegurado debe comunicarse directamente con el proveedor que presta el servicio, al número de teléfono 2521-57-57, o con el Asistente Virtual al teléfono 8781-46-79. O a través del Asistente Virtual web <https://www.sdsigma.com/costarica/solicitudcit as>.

Los servicios prestados en otros centros y/o por odontólogos diferentes a la red establecida o no autorizados, no darán derecho a reembolsos de ningún tipo.

Para las Tarifas Especiales y Descuentos de la Tarjeta MAS:

La lista de Proveedores que conforman la red podrá cambiar periódicamente. Para acceder a la lista actualizada de la Red de Proveedores de Tarjeta MAS, el Asegurado deberá ingresar a la página web www.bmicos.com/tarjetamascr/ o llamar al teléfono 4001-5256.

Para activar los descuentos en farmacia, ópticas, laboratorios, veterinaria, suplementos vitamínicos, tratamientos dentales, gimnasios, tiendas deportivas y cines, el Asegurado deberá comunicarse directamente con el proveedor de del servicio a través del número de teléfono 2521-5757, o por el Asistente Virtual 8781-4679, o por el Asistente Virtual Web <https://www.sdsigma.com/costarica/solicitudcit as>. Para activar el resto de los descuentos y condiciones especiales en los servicios, el



Asegurado debe dirigirse directamente con los proveedores e identificarse como Asegurado de BMI que cuenta con la cobertura Tarjeta MAS.

CLÁUSULA 10.- VIGENCIA

Las condiciones de la cobertura Tarjeta MAS se emiten en conjunto con la Condiciones Generales y en conjunto como una póliza Anual Renovable siempre y cuando haya pagado la prima y la Póliza se encuentre vigente, por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en la Póliza, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días naturales antes del vencimiento.

CLÁUSULA 11.- CONDICIONES VARIAS

11.1. PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA

La cobertura Tarjeta MAS tiene un periodo de carencia de treinta (30) días.

11.2. MONEDA

Todos los montos a los cuales se hace referencia en este Contrato y que se expresan en el tipo de moneda dólares (\$), corresponden a dólares de los Estados Unidos de América.

Para lo no incluido en este Contrato 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-A10-716** de fecha **14 de junio de 2017**”.

COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A PAGO DE PRIMA ADICIONAL

VIGENTES SI APARECEN EN LAS
CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA

MUESTRA

ADITAMENTO DE SEGURO DE VIDA A
TÉRMINO



Aditamento de
Seguro de Vida a Té

BMI