

# “SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS EN COLONES”

CONDICIONES GENERALES



## CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

### SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS EN COLONES

El cual se regirá por las cláusulas que aparecen a continuación:

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente hace constar que en caso que se produzca un Evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza, la cual está conformada por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares o Carátula y el Certificado Individual de Seguro, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros (“SUGESE”).

**Matilde Asturias Ekenberg**  
**Apoderada General**

## ÍNDICE

DEFINICIONES GENERALES:	4
BASES DEL CONTRATO	5
COBERTURAS	5
SUMA ASEGURADA	5
PERIODO DE CARENIA	5
DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	5
EXCLUSIONES	5
OBLIGACIONES DEL TOMADOR	6
OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	6
OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO	6
TARIFA DE SEGURO	6
AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA	7
PRIMAS	8
PAGO DE LA PRIMA Y DESCUENTOS	8
PERIODO DE GRACIA	9
DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	9
PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO	9
VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA	9
VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO	10
TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	10
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO	10
CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	11
ACEPTACIÓN DE RIESGO	11
ELEGIBILIDAD	11
INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	11
REPORTES DE ASEGURADOS EN CASO DE PRÓRROGA	12
REGISTRO DE ASEGURADOS	12
AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA	12
RED DE PROVEEDORES PARA SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS	13
NULIDAD DE LA PÓLIZA	13
RECTIFICACIÓN	13
COMUNICACIONES EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO	13
COMISIÓN DE COBRO PARA EL TOMADOR	14
RECTIFICACIÓN DE EDAD	14
PLAZO DE RESOLUCIÓN	14
MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	14

<b>CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>TRASPASO O CESIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>PRESCRIPCIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>LEGISLACIÓN APLICABLE .....</b>	<b>15</b>
<b>IMPUGNACION DE RESOLUCIONES .....</b>	<b>15</b>
<b>CONTROVERSIAS .....</b>	<b>15</b>
<b>COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES .....</b>	<b>15</b>

## DEFINICIONES GENERALES:

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones, las que se complementarán con las Definiciones Específicas que expresamente aparecen en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de DEFINICIONES y según se establezcan las coberturas con el Tomador de la Póliza:

- a. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos que se individualizan expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados Individuales de Cobertura.
- b. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas. En caso que ocurra un Evento cubierto que involucre al Asegurado Principal, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal.
- c. **Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- d. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador o Contratante y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- e. **Disputabilidad (período de):** Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores del Asegurado no declaradas por él o declaradas de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo gozará de esa facultad en el caso que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en la Cláusula "DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA" del presente contrato.
- f. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- g. **Enfermedades Preexistentes o Anteriores:** Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia que afecte o haya afectado al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.
- h. **Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado entre las Partes para el pago de la prima. Todo pago de la Prima deberá hacerse dentro del Plazo de Gracia que se establece en la presente Póliza.
- i. **Grupo Asegurable:** Es aquel constituido por un número limitado de personas de cualquier género que de alguna forma se agrupan en forma homogénea con un propósito distinto al de contratar el presente seguro, que son representados ante la Aseguradora por el Tomador y que se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- j. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, hayan pagado la primera Prima dentro del Período de Gracia y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.
- k. **Grupo Familiar:** Se entenderá que para efectos de esta Póliza el Grupo Familiar lo integran aquellos que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- l. **Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- m. **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima según se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- n. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y sus Anexos, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.

- o. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro en contraprestación por la cobertura de riesgo para cada Asegurado objeto del presente contrato.
- p. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- q. **Suma Asegurada:** Es el valor que se define en las Condiciones Particulares para cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
- r. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.

## **BASES DEL CONTRATO**

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares del Contrato y sus Anexos de Definiciones Específicas, de Coberturas, de Exclusiones, y el Certificado Individual de Cobertura. En caso que haya discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

## **COBERTURAS**

En caso que ocurra un siniestro amparado bajo la presente Póliza, la Compañía le pagará al Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, la Suma Asegurada de la o las Coberturas y Beneficios que se hayan pactado expresamente entre el Tomador y la Compañía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de COBERTURAS y se detallen como cubiertas en los Certificados Individuales de Cobertura.

## **SUMA ASEGURADA**

Las Sumas Aseguradas para las diferentes Coberturas y Beneficios serán definidas por el Tomador y se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y en los Certificados Individuales de Cobertura. Dichas Sumas Aseguradas deberán ser aceptadas por la Compañía, e incluidas en el Registro de Asegurados, los cuales forman parte integral de la presente Póliza.

**Todo valor asegurado en esta póliza se reduce al cincuenta por ciento (50%) de la suma original asegurada cuando el Asegurado alcanza los sesenta y cinco (65) años.**

## **PERIODO DE CARENIA**

**Según lo que acuerden las Partes en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, podrá definirse un Período de Carencia para las Coberturas y Beneficios que correspondan.**

## **DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA**

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será el acordado entre el Tomador y la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la Póliza con un máximo de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

## **EXCLUSIONES**

**Las diferentes Coberturas y Beneficios tendrán las exclusiones que se establecerán de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de EXCLUSIONES correspondiente.**

**OBLIGACIONES DE LAS PARTES** Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, tendrán las

siguientes obligaciones:

### **Obligaciones del Tomador**

Sin que implique intermediación, el Tomador podrá llevar a cabo todos los actos dirigidos a la celebración y ejecución del contrato de seguros, su prórroga y modificación lo cual hará en su función de Tomador de un seguro por cuenta ajena, de tal manera que podrá entregar y recibir toda información y documentación, lo cual ha sido debidamente facultado por la Compañía. Además, el Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

- a) Con el fin de mantener actualizados los registros de los asegurados, el Tomador del seguro deberá entregar a la Compañía un reporte de variaciones de Asegurados, dicho reporte deberá presentarlo de conformidad con lo establecido en Cláusula sobre Registro de los Asegurados, no obstante, si el Tomador del seguro así lo requiere, puede presentar variaciones durante el transcurso de la vigencia del contrato.
- b) Informar a los Asegurados la participación de un intermediario de seguros cuando corresponda.
- c) Informar a los Asegurados si en la intermediación de la póliza participa una sociedad corredora de seguros, e informar si esta actúa como asesor contra prestación de honorarios asumida por el Tomador, así como las obligaciones y responsabilidades de dicha sociedad corredora.
- d) Entregar y recibir todo tipo de información y documentación necesaria para la gestión de la póliza, incluyendo las solicitudes de inclusión, exclusión e informes previos a la fecha de vencimiento.
- e) En caso que el Tomador decida terminar el contrato de forma anticipada, deberá colaborar con la Compañía para informar a los Asegurados con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de previo a la fecha de finalización, a efectos de que sus intereses no se vean afectados
- f) En caso que así se acuerde, deberá recopilar la información para los trámites de reclamos de los Asegurados y reportarlos a la Compañía según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
- g) Si la póliza colectiva se da por ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, debe informar al Asegurado de forma expresa y clara, si la contratación es obligatoria o si resulta opcional para este.
- h) Pagar la prima dentro de los plazos establecidos.
- i) Elegir la Suma Máxima Asegurada.
- j) **Obligaciones en relación con la Prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo:** De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto. La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso que el Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador del seguro o al Asegurado, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.
- k) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

En caso que exista algún incumplimiento u omisión por parte del Tomador, la Compañía reparará la afectación al Asegurado, con independencia de las acciones que pueda ejercer hacia el Tomador, las cuales no serán oponibles al Asegurado de buena fe.

**Obligaciones del Asegurado:** El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones

- a) Pagar la Prima, cuando se establezca bajo la modalidad contributiva;
- b) Obligación en declarar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo;
- c) Proporcionarle a la Compañía la información requerida de forma completa y veraz;
- d) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza

### **OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO**

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados en declarar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo, en los formularios "Solicitud de Seguro", "Declaración Individual de salud" y "Solicitud de Inclusión como Asegurado".

### **TARIFA DE SEGURO**

La Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares, y estará sujeta a las Coberturas y Beneficios que libremente elija el Tomador. Para su determinación inicial y eventuales

prórrogas será calculada tomando en cuenta las variables a considerar tales como a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado y b) Siniestralidad de la póliza.

En caso de prórroga la Compañía podrá ajustar la prima de esta Póliza de conformidad con lo que se establece en la Cláusula de **AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA**.

### **AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA.**

Cumplido el primer año de vigencia de la Póliza y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable. Dicho ajuste a la tabla de tarifas se realizará en función de: a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado, y b) Ajuste por Siniestralidad:

#### **a. Ajuste por Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado:**

Al momento de la prórroga, la Prima se ajustará siguiendo el proceso de retarificación según el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado a la fecha de la prórroga. Tal determinación se hará según la fecha de nacimiento del Asegurado indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La Compañía podrá ajustar el valor de la Prima cuando el Asegurado supere el grupo etario, según se muestra a continuación:

Grupo Etario por rango de edad del Asegurado	Ajuste porcentual máximo sobre la prima del Grupo Etario anterior
Entre 18 y 65	30%
Entre 66 y 75	40%
Entre 76 y 85	250%
Más de 86	300%

#### **b. Ajuste por Siniestralidad:**

Basado en la prima pagada por el Contratante, y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un análisis del resultado de la siniestralidad del periodo del último año. La siniestralidad se define como el ratio entre los siniestros netos incurridos del último año y las primas netas pagadas del último año.

Los siniestros incurridos serán: Siniestros pagados del último año más los siniestros pendientes reportados a fin de vigencia, menos los siniestros pendientes reportados al inicio de la vigencia.

Dependiendo del resultado del índice de siniestralidad, se procederá a incluir un recargo de las primas calculadas para la próxima prórroga después del proceso de re-tarificación (Ajuste por cambio de Edad, ocupación, Incapacidad o cualquier otra variable que modifique las condiciones iniciales del riesgo).

El recargo será de conformidad con la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Menos del 40%	0%
Más de 40% hasta 50%	5%
Más de 50% hasta 60%	20%
Más de 60% hasta 75%	40%
Más 75%	100%

La tarifa resultante después de aplicar el ajuste en función de la siniestralidad será aplicada a todo el Grupo Asegurado.

En caso de que proceda el ajuste por cualquiera de los supuestos indicados según corresponda, y previa determinación y análisis de la Compañía, esta dará aviso escrito al Tomador con al menos sesenta (60) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de quince (15) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro. Sin perjuicio de lo anterior, cualquier modificación en la tarifa del seguro, deberá notificarse al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales previo a la entrada en vigencia de dicha modificación.

## PRIMAS

Las Primas cobradas serán calculadas según sea la probabilidad de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo la presente Póliza para los asegurados que conforman el Grupo Asegurable. La responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Contratante de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la Periodicidad de Pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actúe por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de Prima de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

## PAGO DE LA PRIMA Y DESCUENTOS

El pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador mediante un pago anual al momento en que la Compañía le notifique su aceptación del riesgo o bien con la Periodicidad de Pago acordada previamente entre la Aseguradora y el Tomador en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Todo pago deberá ser realizado dentro del Periodo de Gracia según se indica adelante. Según sea la Periodicidad de Pago de la Prima que acuerden las Partes, la Compañía aplicará descuentos, cuyos montos también se reflejarán en las Condiciones Particulares con en base a la siguiente tabla:

Descuento por Pronto Pago	
12 pagos	0%
4 pagos	3%
2 pagos	4%
1 pago	6%

La Compañía podrá otorgar un descuento por volumen de Personas Aseguradas. Este descuento se establecerá en las Condiciones Particulares y afectarán al Asegurado o al Tomador, según sea quien pague la Prima, con base a la siguiente tabla:

Descuento por número de Asegurados	
De 0 a 50	0%
De 51 a 100	10%
De 101 a 400	20%
Más de 400	30%

Adicionalmente, la Compañía podrá otorgar un descuento por la aplicación de coaseguro, según se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.



## PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Contratante un Período de Gracia que no podrá ser inferior a quince (15) días naturales, el cual estará establecido de forma definitiva en las Condiciones Particulares. Dicho período empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrito según se establece en la Cláusula de "ACEPTACIÓN DEL RIESGO".

Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía pagará la indemnización correspondiente previa cancelación por parte del Tomador del seguro de las Primas pendientes.

## DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso que proceda la devolución de Primas, la Compañía seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza:

- a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador y al Asegurado Principal en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
- b) No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de Primas, ya sea al Tomador o Asegurado según corresponda, deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

## PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

El Asegurado Principal, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación, ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 o al correo electrónico: [reclamos@adisa.cr](mailto:reclamos@adisa.cr). El Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

Los requisitos que se le deberán presentar a la Compañía en caso de reclamación o siniestro, se establecen de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía, en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y en el ANEXO de RECLAMACIÓN, según el tipo de Cobertura y de servicios acordados entre las partes.

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. El Beneficiario tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio.

Se conviene que en caso de Siniestro, de conformidad con la cobertura de esta Póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima total correspondiente al Asegurado fallecido, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, se deducirán de la liquidación correspondiente.

## VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares. Se entiende que esta Póliza es prorrogable de forma obligatoria para la Compañía por períodos iguales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento de la misma. La prórroga automática aplica en tanto se haya pagado la prima correspondiente en el plazo previsto. La eficacia de la cobertura para cada uno de los Asegurados que se incluyan durante la vigencia de la misma correrá a partir de la fecha de inclusión que conste

en las solicitudes y certificados de seguros respectivos. El Asegurado que haya sido incorporado a la póliza, mantendrá dicha condición en las prórrogas subsecuentes, salvo mora individual en el pago de la prima, o por solicitud expresa de exclusión de su parte o del Tomador de la póliza.

La participación del Asegurado en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. En ese sentido, en caso de que el Tomador y la Compañía acuerden modificaciones, estas deben ser informadas a los Asegurados con al menos treinta (30) días naturales de previo a la entrada en vigor de alguna variación en las condiciones particulares, a efectos de que sus intereses no se vean afectados. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

De la misma manera, durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos sesenta (60) días naturales de anticipación a la fecha de eficacia del acto. En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada.

La Compañía se obliga a notificar con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales al Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

El Tomador y los Asegurados deben informar su domicilio a la Compañía, así como los cambios de domicilio que realicen, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

## **VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO**

Las personas que ingresen a la Póliza en un momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza, podrán ser incorporadas, cubriendo la Compañía el riesgo objeto de cobertura únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Compañía de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza. La fecha en la que termina la cobertura para estos Asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la Póliza.

**EN CASO QUE LA PÓLIZA NO FUERE PRÓRROGADA POR EL TOMADOR O EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.**

## **TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA**

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a) A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del seguro con al menos (60) días naturales de anticipación. En caso que el Tomador solicite la terminación anticipada de la póliza, se le deberá informar al Asegurado con al menos cuarenta y cinco días de antelación
- b) En caso que el Tomador no efectúe el pago de la Prima dentro del Período de Gracia antes indicado, la Compañía dará por terminada de forma anticipada la Póliza y procederá a notificar dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de Terminación Anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

## **TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO**

La cobertura terminará para cada Asegurado automáticamente en el momento que:

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable;
2. Fallezca dicho Asegurado;
3. En caso que el Tomador y/o el Asegurado, según corresponda, no efectúe el pago de la Prima dentro del Período de Gracia antes indicado, la Compañía dará por terminada de forma anticipada la Póliza y procederá a notificar dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último

día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros;

4. El Contratante o Tomador solicite la baja del Asegurado.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, estas serán devueltas al Contratante o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura.

## **CONDICIONES VARIAS**

### **CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**

El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por la Compañía con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que la Compañía y el Tomador, de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial. Las posibles coberturas y beneficios, según se indique en las Condiciones Particulares, podrá contratarlas exclusivamente el Tomador bajo las siguientes modalidades:

- a) Contributiva: Es la modalidad en la que el Asegurado contribuye con parte o la totalidad de la Prima.
- b) No Contributiva: Es la modalidad en la que el Tomador paga la totalidad de la Prima.

### **ACEPTACIÓN DE RIESGO**

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza, cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, de igual forma:

- a) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros, que actúe por nombre y cuenta de la Compañía acepte el riesgo en forma expresa y por escrito, se entenderá por aceptado por parte de la Aseguradora, momento en el que dará inicio la vigencia de la Póliza.
- b) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.
- c) Cuando un Corredor de Seguros o una Sociedad Corredora de Seguros actúe como intermediario, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

### **ELEGIBILIDAD**

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que reúnan como mínimo los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza, (ii) que cumplan los demás requisitos que se establezcan en las Condiciones Particulares según las Coberturas y Beneficios que elija el Tomador.

### **INCLUSIÓN DE ASEGURADOS**

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad antes indicados y presentar, debidamente diligenciado por medio del Tomador, la declaración individual de salud y el formulario de Solicitud de Inclusión como Asegurado el cual incluye la autorización de que en caso de muerte autoriza a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre sus antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de su historial clínico.

La Compañía dentro de un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la Solicitud de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud.

Si la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá al Asegurado en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia establecidos en las Condiciones Particulares.

## REPORTES DE ASEGURADOS EN CASO DE PRÓRROGA

En caso de prórroga, la Compañía entregará al Tomador del seguro un reporte completo de asegurados, indicando para cada uno el detalle de coberturas y montos amparados, en un plazo máximo a treinta (30) días naturales previos a la fecha de finalización de la póliza.

El Tomador del seguro deberá revisar dicho listado y validar en el plazo acordado entre las partes e indicado en las Condiciones Particulares, la información aportada, debiendo comunicar cualquier diferencia presentada a la Compañía.

## REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador o Contratante, la Compañía llevará un registro de Asegurados Principales en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, Suma Asegurada, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas, Sumas Aseguradas por cobertura, beneficios, Suma Asegurada por beneficio en la Póliza así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

El Contratante será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Reporte de Asegurados con la siguiente información:

- a) La lista de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada y Beneficiarios,
- b) La lista de los Asegurados para los cuales el Contratante ha solicitado la baja definitiva del Grupo Asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

## AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA

Cumplido el primer año de vigencia de la Póliza y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable. Dicho ajuste a la tabla de tarifas se realizará en función de: a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado, y b) Ajuste por Siniestralidad:

### b. Ajuste por Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado:

Al momento de la prórroga, la Prima se ajustará siguiendo el proceso de retarificación según el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado a la fecha de la prórroga. Tal determinación se hará según la fecha de nacimiento del Asegurado indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La Compañía podrá ajustar el valor de la Prima cuando el Asegurado supere el grupo etario, según se muestra a continuación:

Grupo Etario por rango de edad del Asegurado	Ajuste porcentual máximo sobre la prima del Grupo Etario anterior
Entre 18 y 65	30%
Entre 66 y 75	40%
Entre 76 y 85	250%
Más de 86	300%

### c. Ajuste por Siniestralidad:

Basado en la prima pagada por el Contratante, y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un análisis del resultado de la siniestralidad del periodo del último año. La siniestralidad se define como el ratio entre los siniestros netos incurridos del último año y las primas netas pagadas del último año.

Los siniestros incurridos serán: Siniestros pagados del último año más los siniestros pendientes reportados a fin de vigencia, menos los siniestros pendientes reportados al inicio de la vigencia.

Dependiendo del resultado del índice de siniestralidad, se procederá a incluir un recargo de las primas calculadas para la próxima prórroga después del proceso de re-tarificación (Ajuste por cambio de Edad, ocupación, Incapacidad o cualquier otra variable que modifique las condiciones iniciales del riesgo).

El recargo será de conformidad con la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Menos del 40%	0%
Más de 40% hasta 50%	5%
Más de 50% hasta 60%	20%
Más de 60% hasta 75%	40%
Más 75%	100%

La tarifa resultante después de aplicar el ajuste en función de la siniestralidad será aplicada a todo el Grupo Asegurado.

En caso de que proceda el ajuste por cualquiera de los supuestos indicados según corresponda, y previa determinación y análisis de la Compañía, esta dará aviso escrito al Tomador con al menos sesenta (60) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de quince (15) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro. Sin perjuicio de lo anterior, cualquier modificación en la tarifa del seguro, deberá notificarse al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales previo a la entrada en vigencia de dicha modificación.

## RED DE PROVEEDORES PARA SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

La Compañía ofrece al Asegurado una Red de Proveedores dispuestos a brindarle una extensa gama de productos y servicios médicos y hospitalarios, que serán prestados o entregados por los proveedores de la red, quienes previamente han acordado contractualmente aceptar el pago directo por parte de la Compañía por los servicios cubiertos en la Póliza y prestados a los Asegurados a los costos negociados entre ellos. Todos los beneficios de esta Póliza están disponibles dentro o fuera de la Red de Proveedores. Los Asegurados que utilicen proveedores médicos u hospitalarios que NO estén, al momento de utilizarlos, dentro de la Red de Proveedores proporcionada, deberán pagar por el servicio prestado, y posteriormente presentar su reclamo a la Compañía, el cual, si es cubierto por ser elegible, será reembolsado al porcentaje definido en el Cuadro de Beneficios. **El utilizar proveedores que NO formen parte de la Red de Proveedores no exime al Asegurado de obtener de la Compañía la pre-autorización de los procedimientos médicos o quirúrgicos y de las hospitalizaciones que este requiera.**

**La lista de proveedores médicos disponibles será publicada por la Aseguradora en la página web [www.adisa.cr](http://www.adisa.cr), o podrá solicitarla al correo electrónico: [reclamos@adisa.cr](mailto:reclamos@adisa.cr), o en las oficinas de la Aseguradora en: 300 mts al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Stewart Title, 4to Piso, Escazú, San José, Costa Rica.**

## NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta, hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, el Contratante, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. De acuerdo a la naturaleza colectiva de la Póliza, la nulidad se podrá aplicar independientemente para cada Asegurado de la Póliza. Si la falsedad, inexactitud o reticencia es intencional, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio; si la falsedad, inexactitud o reticencia no son intencionales, se podrá proceder según lo que indica el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

## RECTIFICACIÓN

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si el Asegurado no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

## COMUNICACIONES EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

Cualquier cambio a las condiciones de esta póliza debe constar por escrito, en idioma español y aceptado por las partes. En ese sentido, en caso de que el Tomador y la Compañía acuerden modificaciones, estas deben ser

informadas a los Asegurados con al menos treinta (30) días naturales de previo a la entrada en vigor de alguna variación en las condiciones particulares, a efectos de que sus intereses no se vean afectados.

De la misma manera, durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos sesenta (60) días naturales de anticipación a la fecha de eficacia del acto.

La Compañía se obliga a notificar con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Toda notificación y/comunicación deberá ser comunicados al Asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en la cláusula de Comunicaciones y Notificaciones.

## **COMISIÓN DE COBRO PARA EL TOMADOR**

En caso de haberse contratado el seguro bajo la Modalidad CONTRIBUTIVA, la Compañía podrá reconocer al Tomador, un porcentaje de comisión por gestión de cobro que se especificará en las Condiciones Particulares de esta Póliza. El porcentaje de comisión que LA ASEGURADORA reconozca al Tomador bajo esta cláusula incluye el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de cobro de la Póliza, incluyendo los costos indirectos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

## **COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN**

La Compañía previa negociación con el Intermediario según corresponda, podrá reconocer al Intermediario una comisión de intermediación como contraprestación por la comercialización e intermediación esta Póliza la cual se especificará en las Condiciones Particulares de esta Póliza e incluye el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Intermediario, incluyendo los costos indirectos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro. En caso que proceda la comisión de intermediación, la misma estará incluida en la prima indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

## **RECTIFICACIÓN DE EDAD**

Si la Edad de un Asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. La cobertura del Asegurado bajo la presente Póliza no será cambiada si las cantidades aplicables a los Asegurados individuales bajo cada cobertura no depende de la edad; en caso que el cambio de la edad afecte la cobertura del seguro del Asegurado, las cantidades serán enmendadas de conformidad y dicha enmienda se tomará en cuenta en el ajuste de primas.

## **PLAZO DE RESOLUCIÓN**

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO".

## **MONEDA Y TIPO DE CAMBIO**

Todos los valores de la Póliza se expresan en Colones y toda indemnización se realizará en dicha moneda.

## **CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

LA INFORMACION QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA TANTO POR EL TOMADOR COMO POR EL ASEGURADO SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO PODRÁ SER REVELADA A TERCEROS, SALVO AUTORIZACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LO QUE REFIERE A SU INFORMACIÓN PERSONAL, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

## **TRASPASO O CESIÓN**

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos sobre el seguro haga el Asegurado o Contratante.

## **PRESCRIPCIÓN**

Las obligaciones de la Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

## **LEGISLACIÓN APLICABLE**

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

## **IMPUGNACION DE RESOLUCIONES**

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

En caso que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza.

## **CONTROVERSIAS**

Todas las divergencias que surjan bajo esta Póliza, en relación con la indemnización a pagar, podrán ser sometidas de común acuerdo entre las partes para su solución de acuerdo a alguno de los procedimientos (mediación, conciliación o arbitraje) previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N° 7727 de 9 de diciembre de 1997.

## **INFORMACIÓN Y ASESORÍA EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA**

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la aseguradora, copia de las Condiciones Generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones, para ello la Aseguradora tiene a disposición de los Asegurados los siguientes medios de contacto a través de los cuales podrán obtener información y asesoría respecto a esta póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

- Teléfono: (+506) 4101-0000
- Correo electrónico: [gestiones@adisa.cr](mailto:gestiones@adisa.cr)
- Sitio web: <https://adisa.cr/>

## **COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES**

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro, según sea el caso, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

En caso que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las comunicaciones del Contratante o Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

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 N° 8653, bajo el registro N° P20-64-A07-439 de fecha.28/11/2014

## ANEXOS

**Las siguientes cláusulas de las Condiciones Generales son susceptibles de negociación y por ende su alcance varía según lo que determinen de mutuo acuerdo las partes y se establezca por escrito en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

### ANEXO 1. DE DEFINICIONES ESPECÍFICAS AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS EN COLONES

#### DEFINICIONES:

Para todos los efectos de la póliza a que hace referencia el presente anexo, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

- a) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al Accidente. **No se entenderá como Accidente el suicidio o tentativa de suicidio o sus consecuencias, estando el Asegurado cuerdo o demente**
- b) **Ajustador Médico:** Es el Médico Especialista o la persona jurídica que por medio de Médicos Especialistas evalúa, en nombre de la Aseguradora, los procedimientos técnicos realizados por el Médico tratante o por el Hospital, bien *in-situ* o a *posteriori*, y/o los costos de dichos procedimientos y de las medicinas facturadas al Asegurado, determinando la calidad y el costo de los mismos comparándolos con los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para los procedimientos médicos o quirúrgicos realizados al Asegurado.
- c) **Ambulancia:** Vehículo medio de transporte terrestre o aéreo de emergencia, especializado, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades.
- d) **Anexo Complementario:** Documento que se menciona explícitamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y que hace parte integrante de la misma.
- e) **Año Calendario:** Se refiere al período de tiempo comprendido entre el 1º (Primero) de enero de cualquier año y el 31 (treinta y uno) de diciembre del mismo año, ambas fechas inclusive.
- f) **Aorta:** Se entiende la aorta torácica y la aorta abdominal **pero no sus ramificaciones.**
- g) **Aparato Ortopédico:** Aditamento externo que restringe, elimina o redirige el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como por ejemplo y sin limitarse a: abrazaderas, braceros, corsés ortopédicos, férulas, yesos para ligamentos lastimados.
- h) **Asegurado Principal:** Es aquel que siendo parte del Grupo Asegurable y elegible para ser incluido en el Grupo Asegurado es aceptado por la Compañía, y se individualiza expresamente en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Para que una persona física sea Asegurado Principal, su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía y se debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- i) **Asegurado Dependiente:** Es aquel que forma parte del Grupo Familiar de un Asegurado Principal en esta Póliza, y que para efectos de esta Póliza se entiende exclusivamente como el cónyuge o conviviente y los hijos biológicos o adoptivos que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos en la Cláusula de "ELEGIBILIDAD" del presente contrato. Para que una persona física se considere Asegurado Dependiente su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía, se debe de haber pagado la Prima correspondiente dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- j) **Beneficio Adicional de Gastos Dentales:** se refiere a las cantidades pagaderas bajo esta Póliza, de acuerdo a los beneficios estipulados en el Cuadro de Seguro y los cargos por Gastos Dentales.
- k) **Beneficio del Plan Básico:** Se refiere a cualquier cantidad pagada por o suministrada de acuerdo con las coberturas de la póliza de Gastos Médicos.
- l) **Cáncer:** La presencia de un tumor maligno cuyas características son el crecimiento incontrolado y la difusión de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. El diagnóstico de cáncer debe ser efectuado por un patólogo y la evidencia de malignidad debe ser respaldada por el análisis histológico.



- m) **Cirugía de la Aorta:** Intervención quirúrgica por enfermedad de la aorta por vía toracotómica o laparotomía que conlleve la reconstrucción o la escisión de la aorta enferma y su sustitución con una prótesis.
- n) **Cirugía de las válvulas cardíacas:** Intervención quirúrgica a corazón abierto para sustituir o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de disfunción o anomalía de las válvulas cardíacas.
- o) **Cirugía de by-pass aorto-coronario:** Intervención quirúrgica a corazón abierto de by-pass aorto coronario para corregir o tratar una enfermedad coronaria.
- p) **Co-Aseguro o Coaseguro:** Es el **porcentaje** de los gastos elegibles que después de haberse cubierto el Deducible debe ser asumido por el Asegurado. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.
- q) **Condición o Enfermedad Congénita:** Es aquella que se manifiesta al momento mismo del nacimiento como una enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, y que se generó durante la gestación, el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario. Puede haber sido diagnosticada médicamente o no en el momento del nacimiento.
- r) **Condición Pre-existente o Anterior:** Se refiere a cualquier enfermedad, padecimiento, problema de salud, síntoma, lesión, patología, incapacidad, lesión, dolencia o condición física o mental, por la cual un Asegurado ha recibido consulta, chequeos, tratamiento, controles médicos o prescripción de medicamentos, o que haya sido investigada o haya estado en proceso de estudio de diagnóstico, durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación de la Solicitud de Incorporación de Asegurado a la Póliza. Para efectos de la presente Póliza también se considera Condición Pre-existente el embarazo normal o no de una asegurada durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación antes indicada.
- s) **Co-Pago o Copago:** Es el **monto fijo** que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, después de satisfacer el Deducible si aplicare, y antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la Póliza. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.
- t) **Costo Usual, Razonable y Acostumbrado:** Es el cargo u honorario usual que cobraría un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades similares o análogas por su naturaleza o severidad. Los cargos u honorarios cobrados por tratamientos o suministros inusuales o poco conocidos o que no estén disponibles en un área de servicio, serán determinados por la Compañía tomando en cuenta factores como la complejidad, grado de habilidad necesario del profesional de la salud, el tipo de especialista y cargos usualmente cobrados en otras zonas geográficas, para lo cuál podrá contratar los servicios de una empresa de gestión de riesgo médico o de auditoría médica legalmente establecida en Costa Rica. La Compañía utilizará el Costo Usual, Razonable y Acostumbrado para determinar el monto máximo a indemnizar por un servicio y después aplicará los beneficios correspondientes
- u) **Cuadro de Beneficios:** Es el compendio de beneficios que contiene las Condiciones Particulares de la Póliza, en el cual se detallan las coberturas y sus Sumas Aseguradas.
- v) **Deducible:** Es la suma fija predeterminada con el Tomador de la Póliza y que aparece en las Condiciones Particulares de la misma, que requiere cubrir cada Asegurado antes de la aplicación del Co-Aseguro o del Copago según sea el caso, para que los beneficios otorgados bajo el plan de seguro por concepto de Gastos Médicos sean reconocidos o reembolsados por la Compañía. **El Deducible no es reembolsable bajo esta Póliza.** El monto de Deducible para cada Asegurado está indicado en el Cuadro de Beneficios. Para efectos de la presente Póliza, no podrán contabilizarse como Deducible: 1) Las cantidades que sobrepasen los límites de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados; 2) Los Copagos o Co-Aseguros; 3) Los gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no estén cubiertos por esta póliza; 4) Los cargos en exceso de los límites de beneficio estipulados en la póliza; 5) Cualquier suma de dinero que el Asegurado esté obligado a pagar debido a una reducción en los beneficios pagaderos bajo esta póliza. Para el caso específico de los Beneficios de Gastos Dentales es la cantidad especificada en el Cuadro de Seguro, que cada individuo Asegurado debe desembolsar debido a Cargos por Gastos Dentales, Tipos I, II y III, combinados, dentro del Año Calendario, con el propósito de calificar para un Beneficio de Gastos Dentales, incurrido en el mismo Año Calendario.
- w) **Deducible Máximo Familiar:** Es el Deducible que aplicará la Compañía en caso de un Accidente en el cual varios miembros del Grupo Familiar asegurado sufran lesiones simultáneamente, de presentarse esta situación, se aplicará solamente el equivalente a un (1) Deducible por todo el grupo familiar para este Evento en particular. En el caso específico de los Beneficios de Gastos Dentales, es la suma de los deducibles individuales por Año Calendario de varios miembros de una misma familia (Asegurado Titular y familiares dependientes) incurridos en el mismo Año Calendario.
- x) **Dentista u Odontólogo:** se refiere al individuo legalmente autorizado para practicar la Odontología. La profilaxia dental practicada por un higienista empleado por y que trabaje bajo la supervisión directa de un Odontólogo será considerada como practicada por un Odontólogo.

- y) **Derrame o Hemorragia Cerebral:** Inicio agudo de déficit neurológico focal debido a un accidente cerebrovascular que incluya la muerte del tejido cerebral, una hemorragia de un vaso intracraneal o una embolia originada en una fuente extracraneal, y que esté asociado a los siguientes resultados:
- Duración de los síntomas/evidencias por más de 24 horas.
  - Pérdida permanente de las funciones motora y sensitiva o pérdida de la palabra.
  - Lesión neurológica permanente.
- Un especialista neurólogo debe comprobar la evidencia de la lesión neurológica permanente tras haber transcurrido un período de al menos 180 días a partir de la fecha del derrame. Los siniestros deben ser comprobados por técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear.
- z) **Desmembramiento:** Es la amputación o inhabilitación funcional total e irreparable de un órgano o miembro del Asegurado o parte de este, en forma tal que el Asegurado no puede volver a desarrollar ninguna de las funciones naturales del mismo.
- aa) **Enfermedad:** Se refiere a cualquier alteración, desviación del estado fisiológico de alguna parte del organismo humano, una lesión corporal, desorden o enfermedad Mental. Cualquier Enfermedad deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista.
- bb) **Enfermedad Grave:** Para efectos de la esta Póliza se consideran exclusivamente: El Cáncer, la Cirugía de la Aorta, La Cirugía de las Válvulas Cardíacas, La Cirugía de By-Pass Aorto-Coronario, El Derrame o Hemorragia Cerebral, El Infarto, La Insuficiencia Renal y El Trasplante de Órganos Principales, según las definiciones que aparecen en este mismo documento.
- cc) **Enfermedad Terminal:** Para todos los efectos del presente documento, es aquella enfermedad de carácter progresivo diagnosticada por un Médico especialista. Igualmente, las únicas Enfermedades Terminales cubiertas serán las que se especifican a continuación: Adenocarcinoma de Páncreas, Alteraciones glicosilación proteica, Amiloidosis, Aplasia medular grave (constitucional o adquirida), Carcinoma de células renales, Carcinoma Hepatocelular (CHC), Cardiopatías con disfunción cardiaca y clase funcional III-IV, Cardiopatías congénitas con hipertensión pulmonar, Condrodisplasia punctata, Condrosarcoma, Cordoma, Encefalitis límbica, Encefalomiелitis aguda diseminada, Encefalopatías epilépticas, Enfermedad de Dent, Enfermedad de Refsum, Esclerodermia sistémica, Esclerosis múltiple, Fibrisarcoma, Fibrosis quística, Hemagiosarcoma, Hemoglobinopatías constitucionales graves, Hemosiderosis pulmonar, Hepatitis B, Hepatopatía grave, Enfermedad tromboembólica crónica, Hipomagnesemia con hipercalciuria y nefrocalcinosis, Lesión medular severa, Leucemia aguda no linfoblástica, Leucemia linfoblástica aguda, Linfoma de Hodgkin, Lupus eritematoso sistémico, Nefrocalcinosis, Neutropenias constitucionales graves, Osteosarcoma, Polineuropatía crónica desmielinizante, Proteinosis alveolar, Sarcoidosis, Sarcoma de Ewings, Sarcomas de tejidos blandos, Síndrome de HiperIgE, Síndromes de disregulación inmune y linfoproliferación, Traumatismo craneoencefálico severo e irreversible, Tumor de Wilms, Tumores de células germinales en Estadio IV, Tumores renales Cromóforos.
- dd) **Equipo Médico Duradero:** Son equipos y suministros recetados por un Médico, médicamente necesarios, usados únicamente para propósitos médicos, diseñados para uso prolongado y que sirven con un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una Enfermedad o lesión.
- ee) **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del fallecimiento, la Incapacidad Total y Permanente o Temporal, el Desmembramiento o la Enfermedad terminal del Asegurado o de su Grupo Familiar. Para el caso particular de la cobertura de Gastos Médicos se establece como la ocurrencia del hecho generador de una Enfermedad o un Accidente cubierto que conlleve gastos o prestaciones médicas, hospitalarias o ambulatorias asociadas al diagnóstico clínico por dicha enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal.
- ff) **Gastos Funerarios:** La suma que en caso de fallecimiento de un Asegurado deben cancelar los deudos por la prestación de los servicios funerarios del Asegurado, y que para efectos de la presente Póliza incluyen exclusivamente: el valor del cofre funerario, el valor del servicio de tanatología, el valor del servicio religioso, el valor del transporte del difunto dentro del perímetro urbano del sitio donde falleció, y el valor del transporte de los deudos en vehículo colectivo alquilado desde el centro religioso hasta el lugar de sepultura el día del servicio funerario.
- gg) **Gastos Médicos Elegibles:** Son los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado para el tratamiento, servicios o suministros médicamente necesarios, que han sido recetados por un Médico, que cuenten con las aprobaciones requeridas por la Compañía y que estén cubiertos por la Póliza.
- hh) **Gastos Médicos Mayores:** Se refiere a los gastos razonables y necesarios por cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo la póliza, que son ordenados por un Médico, y las cuales están descritas en las inclusiones y exclusiones de la Póliza.

- ii) **Hospital o Clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para prestar tratamiento médico a personas enfermas o lesionadas, que cuenta con instalaciones y facilidades médicas para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, y que proporciona asistencia de enfermeras y laboratorio clínico las veinticuatro (24) horas del día. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, ancianos, adictos a drogas o alcohólicos.
- jj) **Hospitalización:** Es el internamiento del Asegurado como paciente de cama, ordenado por un Médico en un Hospital o Clínica, por un período continuo mínimo de veinticuatro (24) horas, para el tratamiento de una Enfermedad, condición o Accidente cubierto. Todo servicio que se ingrese por un tiempo menor es considerado como de carácter ambulatorio.
- kk) **Incapacidad Total Temporal:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado Principal. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS). **Adicionalmente y para efecto de la presente póliza se considera Incapacidad Total Temporal toda aquella incapacidad que sobrepase los cuarenta y cinco (45) días naturales.**
- ll) **Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), lo que le impide de manera permanente desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente póliza, por extensión y aclaración también se considera como Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irreparable del Asegurado Principal. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.
- mm) **Infarto:** La necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. Para efectos de esta Póliza, el diagnóstico se convalida si al menos tres de los cuatro criterios se encuentran presentes: 1. Presencia de dolores torácicos típicos, 2. Aparición de nuevas alteraciones electrocardiográficas diagnosticadas (ECG) por necrosis del miocardio, 3. Significativa elevación de al menos uno de los marcadores de lesión cardíaca (CK-MB, troponina), o 4. Presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho. Si el único marcador aumentado es la troponina, se requiere también la presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.
- nn) **Infección Oportunista:** Es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.
- oo) **Insuficiencia Renal Terminal:** Se presenta como la insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que efectuar regularmente diálisis renal crónica.
- pp) **Lesiones Calificadas:** Daño o detrimento en la morfología o estructura de una parte del cuerpo humano, producido por un Accidente, que para efectos de la Póliza están relacionados en la Cláusula "TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO", y que debe ser determinado por Médico calificado para diagnosticar y definir el tratamiento a seguir por el paciente.
- qq) **Máximo Beneficio Anual por Asegurado:** Es la suma de todos los Gastos pagados por la Aseguradora durante el año de vigencia de la Póliza por cada Asegurado.
- rr) **Máximo Vitalicio:** Es el monto máximo y único contratado de por vida para cubrir las enfermedades del Asegurado Principal y de los Asegurados Dependientes bajo este monto, sin tener en cuenta si la cobertura de seguro de dicho Asegurado ha sido interrumpida o no, o fue terminada y subsecuentemente restablecida. Este monto irá reduciéndose por cada reclamo presentado y efectivamente pagado.

- ss) **Médico o Cirujano:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana en Costa Rica y calificada para efectuar el tratamiento requerido. Se excluye de ésta definición a los cirujanos dentistas con cualquier especialidad.
- tt) **Neoplasma Maligno:** Crecimiento anormal de un tejido humano ocasionado por la multiplicación desordenada de las células, que no puede ser controlado por los mecanismos reguladores del organismo y que puede invadir los tejidos cercanos.
- uu) **Núcleo Familiar Asegurado:** se refiere a cualquier Asegurado Titular y Familiares Dependientes asegurados para los Beneficios de Gastos Dentales bajo esta Póliza.
- vv) **Período de Espera:** Es el período de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza, o desde la última fecha de rehabilitación de la Póliza, o desde la fecha de incremento de suma asegurada, para que éste pueda recibir los beneficios otorgados por la misma. El Período de Espera específico de cada Asegurado está indicado en el Cuadro de Beneficios.
- ww) **Plan de Tratamiento:** Se refiere al informe escrito de un Odontólogo en una forma satisfactoria a la Compañía, en el cual el Odontólogo detalla los resultados del examen practicado al Individuo Asegurado, el plan de tratamiento sugerido, el costo aproximado y duración de dicho tratamiento.
- xx) **Prueba de Asegurabilidad:** Es el detalle de enfermedades, condiciones y tratamientos médicos realizados durante la vida del Asegurado propuesto, así como los exámenes médicos y pruebas de diagnóstico requeridos para ser elegibles para el seguro.
- yy) **Rango de Aceptación:** Tiempo comprendido entre la edad mínima y edad máxima que debe tener una persona física para poder ingresar al Grupo Asegurado, información que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- zz) **Rembolso:** Se refiere al porcentaje especificado en el Cuadro de Seguro, que se aplicará a los Gastos Dentales elegibles de los Tipos I, II, y III, después que el individuo asegurado haya satisfecho el deducible.
- aaa) **Red de Proveedores:** Es una lista taxativa conformada por un grupo de proveedores de servicios médicos que conjunta o separadamente han suscrito un contrato con la Compañía para suministrar a sus Asegurados servicios médicos o relacionados de la mejor calidad. La información correspondiente a los miembros de este grupo y sus especialidades podrá ser modificada regularmente por la Aseguradora y su versión más actualizada estará puesta a disposición de los Asegurados en la página Web de la Compañía.
- bbb) **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- ccc) **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- ddd) **Trasplante de Órganos Principales:** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario para salvar la vida del Asegurado, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo del Asegurado que actúa como receptor, un órgano o tejido proveniente de un ser humano que actúa como donador o donante, y que para efectos de esta Póliza se limita al trasplante de: corazón, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado (duodeno, yeyuno, íleon), pulmón, o médula ósea autóloga para: Linfoma de no-Hodgkins, Estado III A o B o Estado IV A, o Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso, o Leucemia no linfocítica aguda del primer o segundo relapso, o Tumores de células germen (gameto). No se consideran gastos de trasplante los gastos del donante y traslado del órgano.

## **ANEXO 2. DE COBERTURAS AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS EN COLONES**

### **COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS (BÁSICA)**

Cuando un Médico le diagnostique una Enfermedad o lesión que requiera una Cirugía o procedimiento médico al Asegurado Principal o a uno de los Asegurados Dependientes, siempre que se encuentre cubierto por esta póliza, el Asegurado podrá optar por cualquiera de las siguientes alternativas: el Asegurado podrá utilizar los servicios médicos u hospitalarios que le ofrece la Aseguradora a través de su Red de Proveedores de servicios, a los cuales,

la Compañía cancelará el valor de los servicios directamente, luego de haberse completado los períodos de espera, de haber pagado las sumas pactadas entre las partes como Deducibles, y que el Asegurado haya cancelado los correspondientes Coaseguros o Copagos, según se haya acordado en las Condiciones Particulares y en los Anexos de la Póliza. De otra forma, si el Asegurado decide utilizar servicios Médicos u Hospitalarios distintos a los ofrecidos en la Red de proveedores de la Compañía, esta última reembolsará al Asegurado el valor de los Gastos Médicos cancelados por él, en la forma en que se establecen a lo largo del presente ANEXO de COBERTURAS de las Condiciones Particulares.

Los Gastos Médicos Elegibles por los servicios cubiertos que se describen a continuación, sujetos a los términos y condiciones de la Póliza, serán pagados en la cantidad o el porcentaje, según se indique en el Cuadro de Beneficios y sujeto a completar los Copagos, Coaseguros, Deducibles y a las exclusiones, limitaciones, Máximo Vitalicio y demás estipulaciones y condiciones de la Póliza vigente, siempre de acuerdo a los Costos Usuales Razonables y Acostumbrados.

En cuanto a la forma y secuencia en que se aplicarán el Deducible y Coaseguro o Copago, en combinación con la Suma Asegurada al momento de pagar un reclamo, primero se aplicará el Deducible, seguido por el Coaseguro o el Copago según sea el caso, una vez consumido el Deducible. Todos los detalles sobre los niveles de Deducibles y Coaseguros o Copagos que aplican aparecen en el Cuadro de Beneficios en las Condiciones Particulares.

### **LA RED DE PROVEEDORES PARA SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS**

La Compañía ofrece al Asegurado una Red de Proveedores dispuestos a brindarle una extensa gama de productos y servicios médicos y hospitalarios, que serán prestados o entregados por los proveedores de la red, quienes previamente han acordado contractualmente aceptar el pago directo por parte de la Compañía por los servicios cubiertos en la Póliza y prestados a los Asegurados a los costos negociados entre ellos. Todos los beneficios de esta Póliza están disponibles dentro o fuera de la Red de Proveedores. Los Asegurados que utilicen proveedores médicos u hospitalarios que NO estén, al momento de utilizarlos, dentro de la Red de Proveedores proporcionada, deberán pagar por el servicio prestado, y posteriormente presentar su reclamo a la Compañía, el cual, si es cubierto por ser elegible, será reembolsado al porcentaje definido en el Cuadro de Beneficios. **El utilizar proveedores que NO formen parte de la Red de Proveedores no exime al Asegurado de obtener de la Compañía la pre-autorización de los procedimientos médicos o quirúrgicos y de las hospitalizaciones que este requiera.**

### **SERVICIOS CUBIERTOS**

1. **Reclusión Hospitalaria**, considerado como los gastos por internamiento del Asegurado en un Hospital, y que incluye los siguientes rubros:
  - a. **Cuarto Diario, Privado o Semi-privado:** es la cantidad máxima a pagar según la categoría de habitación por gastos de cuarto, alimentos y cuidados generales de enfermería, recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios.
  - b. **Unidad de Cuidados Intensivos:** es la cantidad máxima a pagar por los cuidados intensivos recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios. **De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intensivos.**
  - c. **Unidad de Cuidados Intermedios:** es la cantidad máxima a pagar por los cuidados intermedios recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios. **De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intermedios.**  
**La Aseguradora no reconocerá el costo del Cuarto Diario y Unidad de Cuidados Intensivos y/o Unidad de Cuidados Intermedios en un mismo día.**
  - d. **Gasto Misceláneos:** corresponden a los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados que hace el Hospital, los que incluyen sala de operaciones, sala de recuperación, material de cirugía, anestésicos, exámenes de Rayos X y diagnósticos por imágenes, exámenes de laboratorio clínico y patológico, medicamentos, oxígeno, insumos y todos los demás servicios requeridos de acuerdo al diagnóstico del Asegurado.
  - e. **Equipo Especial:** corresponde a los equipos de alta tecnología para video cirugía, radiofrecuencia, navegación virtual y láser. El costo por el uso de estos equipos en un procedimiento, cirugía u hospitalización del Asegurado deberá ser autorizado previamente por la Compañía para su cobertura, la que se extenderá hasta el límite máximo definido en la autorización.

**No se cubre ningún cargo administrativo cobrado por el Hospital y relacionado con el uso de cualquier equipo hospitalario utilizado por un anestesiólogo o por cualquier otro especialista que no forme parte del personal de planta del hospital, pertenezca o no a la Red de Proveedores.**

Para el pago de cualquier período de hospitalización se considerará el día vencido, es decir, un período de veinticuatro (24) horas cumplidas.

## 2. **Atención en la Sala de Emergencia**

Considerados como los gastos por atención de emergencia derivada de Enfermedades o Accidentes, por los servicios prestados en la sala de urgencias o emergencia de un hospital, que incluyen materiales, insumos, equipo médico básico y los medicamentos básicos necesarios para la estabilización del paciente cuya enfermedad o lesión accidental no esté excluida en la Póliza.

Incluyen los honorarios del Médico general y enfermera en turno en la sala de emergencia. Por esta Póliza **NO se pagarán medicamentos recibidos en el cuarto de urgencias para iniciar o continuar un tratamiento en casa. Solo se reconocerá una dosis suficiente para cubrir el período de seis (6) horas inmediatamente después de la atención en la sala de emergencia.**

f. **Emergencias por Accidente:** Si como consecuencia de un Accidente el Asegurado sufre una lesión en la que tiene que acudir a un Hospital e incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por dicho Hospital en la sala de emergencia, la Compañía pagará al Asegurado Principal los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados de acuerdo al Cuadro de Beneficios y/o a lo negociado con el proveedor por tales servicios, sin exceder el máximo establecido, siempre que la atención se reciba dentro de las primeras setenta y dos (72) horas después de ocurrido el Accidente. Se considera emergencia por Accidente para efectos de esta Póliza los: esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, mordeduras o lesiones causadas por animales, heridas cortantes, penetrantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, cuerpo extraño en cualquier órgano o cavidad natural, así como cualquier lesión accidental definida como emergencia médica o urgencia por el Médico tratante.

g. **Emergencias por Enfermedad:** si como consecuencia de una Enfermedad el Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el Hospital en la Sala de Emergencia, la Compañía pagará al Asegurado Principal los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados de acuerdo al Cuadro de Beneficios y/o a lo negociado con el proveedor por tales servicios sin exceder el máximo establecido. Bajo esta cobertura se reconocerán los gastos médicos por atención en la Sala de Emergencia de un Hospital, únicamente por las siguientes Enfermedades: crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento, obnubilación, dolor abdominal agudo, cólico biliar, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas, deshidratación, intoxicación aguda, cólico nefrouretral, trombosis, vómito o diarreas severas, convulsiones, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, coma, así como cualquier otra Enfermedad definida como emergencia médica o urgencia por el Médico tratante. En caso que el Asegurado utilice la Sala de Emergencia por un Accidente o Enfermedad no incluida en el listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para cobertura en la Sala de Emergencia, el Asegurado deberá pagar el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos y luego deberá presentar a la Compañía su reclamo para su correspondiente reembolso, que se realizará de acuerdo a las tarifas de la Red para consulta externa, laboratorio, imagenología, medicamentos y cualquier otro servicio ambulatorio.

3. **Cirugía,** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado con ocasión de una operación quirúrgica diagnosticada por un Médico a la que deba someterse él o uno de los Asegurados Dependientes; cuyo valor máximo a reconocer por la Compañía se establece en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y que para todos los efectos estarán siempre sujetos a las siguientes disposiciones:

h. El pago será el menor valor que se establezca entre el Usual, Razonable y Acostumbrado para este procedimiento, después de aplicar el Deducible y el Coaseguro, y la cantidad cobrada al Asegurado que esté amparada por esta cobertura.

i. Cuando existan procedimientos quirúrgicos múltiples en diferentes áreas del cuerpo, los cuales añaden complejidad, o tiempo significativo al cuidado del paciente y sean ejecutados en la misma sesión operatoria, el pago será la cantidad pagadera por el procedimiento mayor, más el cincuenta (50%) por ciento del valor por el segundo procedimiento y el veinticinco (25%) por ciento del valor por el tercer procedimiento y cada procedimiento subsiguiente.

- j. Cuando un procedimiento incidental sea practicado a través de la misma incisión, no tendrá cobertura y el pago será únicamente por el procedimiento principal.
  - k. El porcentaje o unidad de valor establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, incluirá la consulta normal pre-operatoria, investigación y preparación del paciente Asegurado, el procedimiento quirúrgico, el cuidado total postoperatorio prestado por el Médico cirujano mientras el paciente Asegurado está en el Hospital y el de convalecencia siguiente a la salida del Hospital.
  - l. Cuando una operación quirúrgica no esté especificada dentro de los procedimientos quirúrgicos designados, la Compañía determinará el pago basado en un procedimiento semejante en su valor relativo y/o antecedentes de casos efectuados con anterioridad según archivos de la Compañía.
  - m. El Cirujano principal debe ser un Médico especialista acreditado con al menos cinco años de experiencia y en caso de requerir y ser aprobado por la Compañía un asistente de cirugía, éste debe tener especialidad afín al procedimiento realizado.
  - n. En los casos de intervenciones quirúrgicas electivas, la Compañía podrá requerir que el Asegurado obtenga una segunda opinión de un Médico especialista y acreditado de la Red de Proveedores de la Compañía. Los gastos de dicha consulta y concepto serán asumidos por la Compañía. De no cumplir con este requisito, los Gastos Médicos Elegibles de hospitalización, Médicos y otros, serán limitados al cincuenta (50) por cien de los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados por todos los servicios cubiertos que requieran o no internamiento hospitalario. **La Compañía no reconocerá ninguna complicación, latrogenia o Accidente derivado de la atención que no cumple con el requisito expuesto.**
4. **Quirúrgico designado para pacientes ambulatorios:** considerado como los gastos en que pueda incurrir el Asegurado con ocasión de las siguientes cirugías y procedimientos considerados para realizarse en forma ambulatoria, a menos que para un caso particular, después de realizarse el procedimiento quirúrgico y pasado el plazo de observación que el mismo requiere, el Médico considere que es médicamente necesario el servicio de hospitalización, para lo cual el Asegurado o su representante deberá solicitar la autorización respectiva a la Compañía, cambiando este servicio a la modalidad de servicio de Hospitalización o Reclusión Hospitalaria, y solamente en casos de: cataratas, pterigión, dilatación y curetaje, endoscopias y cistoscopias, hemorroidectomía externa, hemiorrafía umbilical e inguinal, artroscopia, broncoscopia (con o sin biopsia), incisión y drenaje de quiste pilonidal, biopsia de mama, laparoscopia, circuncisión, cauterización cervical, colposcopia, quiste de bartolino, túnel carpal, reducción de luxaciones, laringoscopia, polipectomía, varicolectomía, resección de tumores superficiales, colonoscopia, biopsia de la próstata. Si se efectúan procedimientos quirúrgicos designados como ambulatorios en base a paciente hospitalizado, el pago de los beneficios se limitará al que resulte el menor entre el cincuenta (50%) por ciento de los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados hechos por todos los servicios cubiertos incluyendo Hospital, Médico y cualquier otro tipo de servicio médico ofrecidos o por suministros, los cuales estén relacionados con la cirugía efectuada, y el valor que se hubiera pagado si el procedimiento fuera realizado de forma ambulatoria.
5. **Consulta Externa en el Consultorio,** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por los honorarios correspondientes a la atención médica facultativa y de tratamiento realizada por un Médico en su consultorio. La Compañía reembolsará este gasto hasta el número máximo de visitas al consultorio del Médico y por la cantidad máxima por visita indicada en el Cuadro de Beneficios para la vigencia de la Póliza.
6. **Cirugía Reconstructiva,** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por un procedimiento quirúrgico que se debe realizar, por recomendación de un Médico especialista, con el propósito de restaurar una estructura del cuerpo que se ha establecido médicamente como deteriorada significativamente a consecuencia de un Accidente, o para corregir una malformación corporal proveniente de una Enfermedad por malignidad, y siempre requiere autorización por parte de la Compañía. Son elegibles en esta cobertura:
- a. Las Cirugías Reconstructivas originadas en lesiones sufridas por el Asegurado en un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
  - b. Las Cirugías Reconstructivas por diagnóstico de tumor maligno, detectado y diagnosticado por un médico durante la vigencia de la Póliza, siempre que el médico tratante certifique mediante dictamen que la enfermedad que originó el tumor maligno inició durante la vigencia de la Póliza y que la cirugía es médicamente necesaria.

Cualquier gasto por Cirugía Reconstructiva debería llevarse a cabo con posterioridad al tratamiento o cirugía primaria por Accidente o tumor maligno del cual se derivó ésta, y previa certificación médica de que la

Cirugía Reconstructiva no podía realizarse médicamente en el mismo momento que se realizó el tratamiento o cirugía primaria.

7. **Anestesia:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por los honorarios del médico anesthesiologo, cuando a consecuencia de un Accidente o procedimiento quirúrgico amparado por esta póliza debe someterse a una operación quirúrgica que requiera médicamente la competencia de un médico anesthesiologo. En todo caso, la Compañía pagará los honorarios del Médico anesthesiologo, de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficios y sujeta a las siguientes disposiciones:
  - a. El pago se limitará al menor entre:
    - i. El valor Usual, Razonable y Acostumbrado, y
    - ii. El cargo total cobrado por el médico anesthesiologo.
  - b. La cantidad determinada para Anestesia incluirá las visitas pre y post operatorias, la administración de la anestesia y la administración de líquidos y/o sangre inherente a la anestesia o cirugía.
  - c. El valor calculado solo será pagadero cuando la Anestesia sea administrada personal y necesariamente por un Médico anesthesiologo que permanece en presencia constante durante el procedimiento, con el solo fin de prestar los servicios de anestesia médicamente necesarios.
  
8. **Maternidad,** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por un parto normal, cesárea o aborto espontáneo de una Asegurada, de los cuales, la Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos y de hospital de acuerdo a los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados, conforme a lo establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y sujeto a las siguientes disposiciones:
  - a. Los cargos de hospital incluyendo cuidado general de enfermeras, mientras la madre amerite estar en el hospital.
  - b. Los honorarios profesionales del Médico gineco-obstetra reconocido como tal y que atienda el parto de la Asegurada.
  - c. La Maternidad será pagada por la Compañía una sola vez por embarazo, sin considerar que se trata de un embarazo múltiple.
  - d. La Maternidad será pagada por la Compañía siempre que la Asegurada cumpla con el período de espera indicado en el Cuadro de Beneficios.
  
9. **Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido,** considerada como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de atención médica y hospitalaria prestada al recién nacido hijo de una Asegurada, de los cuales, la Compañía reembolsará al Asegurado los cargos médicos necesarios, Usuales, Razonables y Acostumbrados, conforme a lo establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y sujeto a las siguientes disposiciones:
  - a. **Cobertura Especial para gastos del recién nacido sano:** La Compañía reconoce los gastos elegibles, incurridos por los servicios de atención médica y hospitalaria antes que el recién nacido salga del hospital.
  - b. **Cobertura Especial para gastos del recién nacido prematuro:** La Compañía reconoce los gastos elegibles, incurridos por los servicios de atención médica y hospitalaria brindada al recién nacido en estado crítico e inestable, y que requiere hospitalización desde el momento de su nacimiento prematuro hasta el momento en que sale del Hospital o hasta el vigésimo-octavo (28º) día después del nacimiento, lo que ocurra primero.
  - c. **Cobertura Especial para gastos del recién nacido con Condiciones o Enfermedades Congénitas:** La Compañía reconoce los gastos elegibles, incurridos por los servicios de atención médica y hospitalaria brindada al recién nacido que se la ha diagnosticado Condición o Enfermedad Congénita desde el momento de su nacimiento hasta su vigésimo-octavo (28º) día después del nacimiento.

En caso que las situaciones mencionadas en los literales "b" y "c" de este numeral se presenten simultáneamente en el recién nacido, la Compañía sólo pagará la mayor de las cantidades establecidas para estas coberturas en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza.

Las coberturas especiales establecidas en los literales "a" y "b" de este numeral se pagarán de acuerdo a los máximos establecidos en el Cuadro de Beneficios por gastos hospitalarios y honorarios médicos incurridos antes que el recién nacido hijo de la Asegurada salga del Hospital, mientras esta póliza esté vigente y que se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre.



La cobertura especial establecida en el literal "c" de este numeral se mantendrá vigente luego del vigesimosegundo (28º) día después del nacimiento siempre y cuando el recién nacido haya nacido dentro de una Maternidad cubierta por esta Póliza y que el Asegurado Principal haya inscrito al recién nacido como Asegurado Dependiente en esta póliza con al menos seis (6) meses de antelación a la fecha esperada del parto. Éste beneficio continuará hasta completar el monto máximo de cobertura para Condiciones y Enfermedades Congénitas indicado en el Cuadro de Beneficios y mientras la cobertura del Asegurado Principal se mantenga vigente. En caso que el beneficio de Condiciones y Enfermedades Congénitas se haya reducido por haber sido combinado con una de las condiciones de prematuridad definidas en los literales "b" y "c" de este numeral, solamente la suma restante será disponible para cubrir los tratamientos para las Condiciones y Enfermedades Congénitas.

10. **Honorarios Médicos Intrahospitalarios:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por los honorarios originados en la atención y los tratamientos realizados por el Médico tratante, suministrados mientras el Asegurado esté Hospitalizado a causa de un Accidente o una Enfermedad cubierta por esta Póliza, de los cuales, la Compañía reembolsará al Asegurado los cargos necesarios, Usuales, Razonables y Acostumbrados, limitados a una (1) visita diaria por cada día de hospitalización, conforme a lo establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y sujeto a las siguientes disposiciones:
  - a. **Esta póliza no cubre honorarios a consultores médicos a menos que sean previamente autorizados por la Compañía y que, en la opinión de un Médico nombrado por la Compañía se consideren necesarios. De cualquier forma, este servicio estará limitado a una (1) visita diaria.**
  - b. **Esta póliza no cubre los honorarios correspondientes al servicio de visita a la habitación cobrados por el cirujano o un anestesiólogo el día en que se practica una operación o en los días subsiguientes, así como tampoco los honorarios de algún otro Médico no relacionado con los procedimientos quirúrgicos, sin autorización previa de la Compañía.**
  
11. **Ambulancia Terrestre o Aérea,** considerado como el gasto en que incurre el Asegurado por el valor de este servicio en caso de Emergencia, pero limitado a un (1) viaje de traslado del lugar donde ocurre el Accidente, o se detecta o se pronuncia la Enfermedad, al hospital o clínica equipada para proporcionar tratamiento especial para dicha lesión o enfermedad; y en caso de requerir el servicio para transporte intrahospitalario por causa de un emergencia médica, se limita a un (1) viaje entre instituciones hospitalarias. La Compañía reembolsará este gasto por los siguientes rubros hasta los máximos indicados en el Cuadro de Beneficios y en las condiciones que se detallan a continuación:
  - a. **Ambulancia Terrestre:** siempre que se haga en vehículo autorizado como ambulancia por las autoridades de Costa Rica, hasta el monto máximo por traslado que aparece en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza.
  - b. **Ambulancia Aérea:** siempre que antes de iniciar de vuelo se obtenga la respectiva autorización de parte de la Compañía, la que se otorgará solamente si la condición médica del Asegurado no le permite utilizar una aerolínea regular como pasajero, y luego de haber coordinado con el Médico tratante la realización del transporte del paciente asegurado en una ambulancia aérea que cuente con el personal y los equipos adecuados para tal propósito. Caso contrario, la Compañía se reserva el derecho de no cancelar el costo de este servicio.

Para efectos de esta cobertura, se entiende Emergencia como una situación en la que una condición crítica, repentina e inesperada quiere tratamiento médico inmediato dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas, y que por la condición de la misma, la no atención pronta podría arriesgar la vida del Asegurado o causar deterioro en sus funciones vitales.

12. **Radiografías (RX) e imagenología, Laboratorios clínicos y de patología para diagnóstico,** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de radiografías (Rayos X) e imagenología, laboratorios clínicos y de patología para diagnóstico, siempre que dichos exámenes sean médicamente necesarios de acuerdo al diagnóstico y hayan sido ordenados por un Médico. Los gastos correspondientes a estos servicios serán cubiertos por la Compañía de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficio, y aquellos exámenes cuyo costo supere el monto establecido en el Cuadro de Beneficios requerirán autorización de la Compañía.

13. **Equipo Médico Duradero:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto del alquiler o la compra de los equipos así definidos en el Anexo correspondiente a DEFINICIONES. Los gastos correspondientes a estos servicios serán cubiertos por la Compañía de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Beneficio.
14. **Marcapasos, válvulas, prótesis o implantes:** considerados como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de la sustitución de un órgano, estructura o miembro, siempre y cuando la condición médica que haya generado este remplazo haya iniciado dentro de la vigencia de la cobertura del Asegurado en la Póliza.
15. **Atención suministrada en el hogar:** considerados como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de honorarios pagados a enfermeras graduadas y tituladas, idóneas en el manejo de la lesión o enfermedad que aqueja al Asegurado, y que la enfermera no tenga relación con el asegurado dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o que convivan con el Asegurado. Requerirá previa autorización de la Compañía, la que se evaluará de conformidad con las indicaciones médicas específicas de cuidados especiales para el manejo del paciente y administración delicada y especial de medicamentos y drogas para su recuperación.
16. **Drogas o medicamentos:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de Drogas o Medicamentos debidamente autorizados, y recetados por un médico, necesarios para el tratamiento y recuperación de una enfermedad o un Accidente elegible bajo la póliza.
17. **Terapia Física Mio-Neurorestaurativa:** considerados como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto terapias físicas Mio-Neurorestaurativas médicamente necesarias con o sin apoyo psicológico o psiquiátrico para que el Asegurado recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento de una enfermedad o de una lesión accidental cubierta por esta Póliza y a consecuencia de la cual dicho estado se deterioró. Incluye las terapias para patologías de columna con equipos de tracción o distracción ya sean fijos o portátiles, mecánicos o computarizados sujeto a dos (2) visitas diarias y máximo hasta cinco (5) días. Este tipo de terapias o tratamientos requiere de la autorización previa de la Compañía. La compañía reconocerá al Asegurado el valor de estos servicios siempre que el médico tratante presente un programa escrito previamente definido, documentando la duración específica apoyada con un informe del estado del paciente Asegurado. El servicio deberá ser prestado por un profesional idóneo en el manejo de la lesión o enfermedad que aqueja al Asegurado, y no podrá tener relación con el asegurado dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o que convivir con el asegurado.

Los procedimientos terapéuticos que estarán cubiertos son los siguientes y se pagarán de acuerdo a reembolsos y deducibles estipulados en el Cuadro de Beneficios:

- a. Terapia del lenguaje.
  - b. Terapia para tratamiento neuro-restaurativo.
  - c. Terapia física.
  - d. Terapia respiratoria.
18. **Trastornos Mentales:** considerados como los gastos en que incurre el Asegurado por concepto de Honorarios Médicos de Psiquiatría con ocasión de una enfermedad mental o de un trastorno nervioso funcional médicamente diagnosticado por primera vez durante la vigencia de la Póliza. Los procedimientos **Psiquiátricos terapéuticos que estarán cubiertos son los siguientes y se pagarán de acuerdo a los** reembolsos y deducibles estipulados en el Cuadro de Beneficios:
    - a. Siempre que el paciente Asegurado se encuentre hospitalizado.
    - b. Si el paciente Asegurado no se encuentra hospitalizado, los honorarios del Médico Psiquiatra serán determinados a razón del cincuenta (50%) por ciento de los gastos elegibles estipulados en el cuadro de Beneficios; y
    - c. El máximo número de consultas al Médico Psiquiatra reconocido por la Compañía será en todo caso de cincuenta (50) consultas durante el mismo Año Calendario.
  19. **Trasplantes de órganos:** considerados como los gastos elegibles en que incurre el Asegurado por servicios cubiertos por la atención médica hospitalaria necesaria para que un Asegurado reciba un trasplante de un

órgano humano y para atender las complicaciones o secuelas en su estado de la salud a consecuencia directa del procedimiento de trasplante.

Cualquier procedimiento relacionado con trasplante de órganos amparado por esta póliza debe ser autorizado previamente y por escrito por la Compañía. De no cumplirse con este requisito la Compañía no cubrirá ningún gasto u honorario por servicios relacionados con el trasplante de órganos en ninguna cobertura de la póliza. Los gastos del donante y del traslado del órgano no están cubiertos.

20. **Enfermedades Graves:** Si el Asegurado cuenta con esta Cobertura y dentro de la vigencia de esta Póliza un Médico diagnostica al Asegurado una de las Enfermedades consideradas como Graves en este documento, la Compañía pagará al Asegurado o a su Representante la suma asegurada establecida para esta Cobertura en el Cuadro de Beneficios acordado, siempre que la Enfermedad Grave haya sido diagnosticada por un Médico, por primera vez y dentro de la Vigencia de esta Póliza.

Para efectos del presente documento, se consideran Enfermedades Graves, exclusivamente las que se relacionan a continuación: **Cáncer, Cirugía de la Aorta, Cirugía de las válvulas cardíacas, Cirugía de by-pass aorto-coronario, Derrame o Hemorragia Cerebral, Infarto, Insuficiencia renal y Trasplante de Órganos Principales**, todas ellas definidas y limitadas en los anexos de DEFINICIONES Y COBERTURAS que complementan esta Póliza.

Cualquier Enfermedad Grave diagnosticada dentro del Período de Espera establecido para esta Cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, será excluida del pago de la indemnización correspondiente a esta Cobertura, pero si se tratare de incremento de suma asegurada, la disposición anterior afecta únicamente a la parte correspondiente al incremento de suma asegurada.

21. **Beneficio Adicional de Gastos Dentales:** Este beneficio es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales. Sujeto a los términos y condiciones de la póliza, siempre y cuando el Beneficio haya sido contratado por el Tomador, los Asegurados tendrán derecho al Beneficio de Gastos Dentales que tal como se define en el ANEXO DE DEFINICIONES ESPECIFICAS, y consistirá en una cantidad para cubrir los cargos por Gastos Dentales incurridos por un individuo Asegurado durante un Año Calendario. Tal cantidad será igual al porcentaje de reembolso indicado en el Cuadro de Seguro, multiplicado por el exceso de tales cargos por Gastos Dentales menos el deducible, aplicable a tal Año Calendario.

La cantidad total de los Beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier individuo Asegurado debido a cargos por Gastos Dentales incurridos durante cualquier Año Calendario no excederán el máximo indicado en el Cuadro de Seguro. Si en el Cuadro de Seguro no aparecen beneficios dentales, estos no estarán cubiertos, por lo tanto ninguna de las estipulaciones referentes al Plan Dental serán aplicables.

**Gastos Dentales Elegibles:** A excepción de lo expuesto en la estipulación de Exclusiones y Limitaciones de esta Póliza, los Cargos por Gastos Dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes:

I. TIPO I TRATAMIENTO PREVENTIVO

- (a) Exámenes Orales Rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos exámenes con respecto al mismo individuo Asegurado durante cualquier Año Calendario.
- (b) Profilaxis – incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimiento, pero no más de dos veces durante cualquier Año Calendario con respecto al mismo individuo Asegurado.
- (c) Aplicaciones de Fluoruro – limitado a niños de catorce (14) años de edad o menores.
- (d) Rayos X – incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de tres años y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes, pero no más de dos veces por Año Calendario.
- (e) Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.

II. TIPO II TRATAMIENTO RESTAURATIVO

- a) Sostenedores de espacio.
- b) Tratamiento paliativo de emergencia.
- c) Extracciones simples (rutinarias).
- d) Extracciones quirúrgicas.

- e) Cirugía Oral.
- f) Alveolectomía.
- g) Anestesia.
- h) Inyecciones Terapéuticas.
- i) Restauración – relleno de amalgama o proceso sintético pero excluyendo específicamente lo siguiente:
  1. Corona o calza posterior o anterior, y
  2. Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
- j) Endodoncia.
- k) Periodontología de acuerdo a las siguientes condiciones:
  1. El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada Individuo Asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal no excederán en ningún caso el máximo de periodontología indicado en el Cuadro de Seguro, y
  2. El monto total de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamiento de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos, incurridos durante cualquier Año Calendario no excederán en ningún caso el máximo del Año Calendario indicado en el Cuadro de Seguro.

En Planes Colectivos la Periodoncia entra en Gastos Médicos no en plan dental.

### III. TIPO III SERVICIOS MAYORES

- a) Incrustaciones.
  - b) Calzas.
  - c) Coronas.
  - d) Reparación de dentadura y puente.
  - e) Prótesis – incluyendo puentes y dentaduras.
1. La instalación inicial o adición al trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles, siempre que:
    - a) dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del Individuo Asegurado bajo esta Póliza.
    - b) la instalación o adición arriba mencionados incluye la reposición de dicho diente extraído; y
    - c) el trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.

El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.

2. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del individuo Asegurado bajo esta Póliza y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:
  - a) Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
  - b) Cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.

3. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
  - a) El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
  - b) cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del individuo Asegurado bajo esta Póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

## **ANEXO 3. DE EXCLUSIONES AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS**

**EXCLUSIONES**

Para la cobertura de Gastos Médicos se establecen como exclusiones las reclamaciones de o por exámenes, consultas, terapias, tratamientos médicos u ortopédicos, procedimientos quirúrgicos, cirugías, aparatos, prótesis o medicinas, o cualquier otro tipo de gastos cuando el siniestro fuere causado por, durante o relacionado con:

- a. Actos de Automutilación, intento de suicidio o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, exposición intencional al peligro, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
- b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.
- c. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán, o epidemia declarados oficialmente como de carácter catastrófico.
- d. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e. Cualquier violación o intento de violación a la ley o resistencia al arresto.
- f. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva o guerra bacteriológica.
- g. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos.
- h. La participación del Asegurado en competencias de cualquier clase, submarinismo, salto de puentes o acantilados con o sin cuerdas elásticas, vuelos aéreos (incluyendo aerodelismo, vuelo en globo, paracaidismo y vuelo libre), otros que como miembro de una tripulación o cualquier actividad peligrosa o deportes a menos que se haya previsto un acuerdo especial de responsabilidad anticipadamente.
- i. Medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia;
- j. El cambio o modificación del género o sexo o reversión del mismo.
- k. La reversión de la esterilización masculina o femenina, la impotencia sexual, frigidez, infertilidad, concepción, control de la natalidad, o inseminación por medios artificiales, implantación de embriones in vitro y/o transferencia de embriones, terapia de hormonas, inductores de la evaluación o cualquier otra sustancia, aunque estos sean recetados con fines terapéuticos, así como todo aquello que esté relacionado con sus consecuencias o secuelas directas o indirectas tales como hemorragias, pérdidas o abortos.
- l. El embarazo, nacimiento del niño, aborto o cesárea, excepto las cirugías interabdominales resultantes del embarazo extrauterino;
- m. El embarazo, complicaciones y secuelas derivadas del embarazo de las hijas, hijastras o hijas adoptadas del Asegurado Principal, aunque hayan sido incluidas como Aseguradas Dependientes en la Póliza.
- n. El alcoholismo o la adicción a las drogas, somníferos, barbitúricos, alucinógenos o estupefacientes.
- o. Conducción de un vehículo de cualquier tipo bajo los efectos del alcohol, drogas, somníferos, barbitúricos, alucinógenos o estupefacientes.
- p. Enfermedades mentales, trastornos nerviosos, trastornos del sueño, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo.
- q. El control o la reducción de peso, obesidad, trastornos alimenticios, reducción gástrica, cirugía bariátrica o consultas al nutricionista.
- r. El Acné, las alergias, la sensibilidad en cualquier parte del cuerpo, la calvicie o alopecia genética, senil o nerviosa.
- s. La visión o la audición, el suministro de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos.
- t. Psicología o terapia ocupacional.
- u. La cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un Accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al Accidente o por Tratamiento de una irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con seguro para dependientes.
- v. El rechazo a someterse a un tratamiento médico prescrito durante la vigencia de la Póliza.
- w. Las curas de reposo, de rejuvenecimiento, de crecimiento, convalecencia o curas en custodia, períodos de cuarentena o aislamiento;
- x. Manejo del dolor.

- y. La aplicación de cualquier tipo de Vacuna, excepto si la póliza tiene el beneficio de Control del Niño indicado en las Condiciones Particulares y Cuadro de Beneficios.
- z. Los dientes, molares o maxilares, excepto los remplazos de dientes naturales o la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada, siempre que hayan sido originados en un Accidente y que hayan sido realizados por un Médico cirujano dentista autorizado dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.
- aa. Los servicios médicos u hospitalarios suministrados por un Hospital de Estado o por la Caja Costarricense del Seguro Social o por cualquier otro servicio de atención médica gratuita;
- bb. El acompañante del paciente Asegurado, ya sea en el Hospital o fuera de este.
- cc. El Servicio o suministro de aparatos de uso común tales como pero no limitados a: bicicletas estacionarias, purificadores de agua, aire acondicionado, equipo de diálisis o para la toma de presión arterial, camas ortopédicas, colchones o almohadas ortopédicas o antialérgicas, bastones, muletas o equipos de inhaloterapia.
- dd. El remplazo total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.
- ee. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia congénita o preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.

Adicionalmente y para la cobertura de Enfermedades Graves se establecen como exclusiones las reclamaciones de o por exámenes, consultas, terapias, tratamientos médicos u ortopédicos, procedimientos quirúrgicos, cirugías, aparatos, prótesis o medicinas, o cualquier otro tipo de gastos cuando el siniestro fuere causado por, durante o relacionado con:

- a. Tumores que presentan las características de carcinoma in situ (incluyendo la displasia de cuello uterino CIN-1 CIN-2 Y CIN-3) o que se describen histológicamente como premalignos o no invasivos.
- b. Tumores de piel, incluidas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares, los carcinomas de células escamosas y los melanomas de espesor máximo inferior a 1.5 mm, determinado por el examen histológico empleando el método de Breslow, a no ser que haya evidencia de metástasis.
- c. Cualquier cáncer en presencia de HIV, VPH y VHH.
- d. Tumores que no ponen en peligro la vida, como tumores de próstata especificado histológicamente en la clasificación TNM como T1 (a) o T1 (b) pero no T1 (c) o de estadio equivalente o inferior en otra clasificación; los micro carcinomas papilares de tiroides o de vejiga de estado inferior a T2N0M0, leucemia de linfocitos crónica de estadio inferior al RAI I, la enfermedad de Hodgkin de estadio 1.
- e. Las lesiones traumáticas de la Aorta y las intervenciones quirúrgicas efectuadas empleando solamente técnicas endovasculares.
- f. Todas las intervenciones no a corazón abierto y las sustituciones o remplazos de prótesis valvulares.
- g. La angioplastia, la implantación de stent o cualquier otro procedimiento percutáneo o no quirúrgico.
- h. Ataques isquémicos transitorios;
- i. Accidentes cerebrovasculares que conlleven cambios en la memoria o en la personalidad;
- j. Síntomas cerebrales debidos a cefalea;
- k. Lesiones cerebrales debidas a traumatismo o hipoxia;
- l. Enfermedad vascular isquémica que afecta al ojo o al nervio óptico o al sistema vestibular.

Adicionalmente y para el Beneficio Adicional de Gastos Dentales, se establecen como exclusiones los siguientes Cargos por Gastos Dentales:

- a. Aquellos servicios otorgados al Individuo Asegurado o aquellos gastos por servicios o suministros que hayan sido obtenidos por el Individuo Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción de aquellos casos en que se haga un Cargo al Individuo Asegurado, por el cual él esté

legalmente obligado a pagar. "Gobierno" se refiere a cualquier nación, comunidad estatal, gobierno territorial o provincial, o cualquier subdivisión política.

- b. Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un Odontólogo o clínica contratados para o por cualquier organización de esta índole.
- c. Aquellos cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
- d. Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Individuo Asegurado bajo esta Póliza, a menos que el reemplazo contemple una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Inclusiones" de esta Póliza.
- e. Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
- f. Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
- g. Aquellos cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
- h. Aquellos cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietético o de control de placas.
- i. Aquellos cargos por lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de éste o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
- j. Aquellos cargos por protectores bucales o atléticos.
- k. Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un diente o dientes posteriores a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico pónicas.
- l. Aquellos cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
- m. Aquellos cargos cobrados por el Odontólogo por concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
- n. Aquellos cargos por implantología.
- o. Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administrados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.
- p. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
- q. Aquellos cargos por tratamientos iniciados mientras el Individuo Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
- r. Aquellos cargos por tratamientos o procedimientos relacionados con Ortodoncia.

**SI EL ASEGURADO RECLAMA A LA ASEGURADORA POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, O DE AQUELLAS QUE DECLARAN LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS TOTAL O PARCIALMENTE EN LA LEY DE SEGUROS N°8956 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2011 Y SUS CORRESPONDIENTES Y POSTERIORES REFORMAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA, Y POR ENDE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.**

#### **ANEXO 4. SOBRE PROCEDIMIENTOS EN CASO DE RECLAMACIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS EN COLONES**

##### **PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO**

Cuando un Médico le diagnostique una Enfermedad o lesión que requiera una Cirugía o procedimiento médico al Asegurado Principal o a uno de los Asegurados Dependientes, siempre que se encuentre cubierto por esta póliza, el Asegurado podrá optar por cualquiera de las siguientes alternativas:

El Asegurado podrá utilizar los servicios médicos u hospitalarios que le ofrece la Aseguradora a través de su Red de Proveedores de servicios, a los cuales, la Compañía cancelará el valor de los servicios directamente o por pago directo, luego de haberse completado los períodos de espera, de haber pagado las sumas pactadas entre las partes como Deducibles, y que el Asegurado haya cancelado los correspondientes Coaseguros o Copagos, según se haya acordado en las Condiciones Particulares y en los Anexos de la Póliza.

El servicio de pago directo que ofrece la Aseguradora, es manejado por proveedores afiliados al Administrador de la Red.

De otra forma, si el Asegurado decide utilizar servicios Médicos u Hospitalarios distintos a los ofrecidos en la Red de proveedores de la Compañía, esta última reembolsará al Asegurado el valor de los Gastos Médicos cancelados por él, en la forma en que se establecen a lo largo del presente ANEXO de COBERTURAS de las Condiciones Particulares.

El Asegurado Principal, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación, ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 o al correo electrónico: [reclamos@adisa.cr](mailto:reclamos@adisa.cr). El Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

Los requisitos que se le deberán presentar a la Compañía en caso de reclamación o siniestro, se establecen de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía, en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, según el tipo de Cobertura o Beneficio.

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

## **PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO PARA LA COBERTURA, AMPAROS Y ASISTENCIAS POR GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS,**

- a. **En caso de utilización de la Red de servicios de la Aseguradora:** Se deberá proceder como se indica a continuación:
  1. El Asegurado elige un proveedor médico de la lista disponible, la que será publicada por la Aseguradora en la página web [www.adisa.cr](http://www.adisa.cr), o podrá solicitarla al correo electrónico: [reclamos@adisa.cr](mailto:reclamos@adisa.cr), o en las oficinas de la Aseguradora en: 300 mts al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Stewart Title, 4to Piso, Escazú, San José, Costa Rica.
  2. El Asegurado coordinará su cita directamente con el Proveedor que el haya elegido; de ser factible y para agilizar la autorización posterior, notificará al Administrador de la Red de Proveedores al teléfono 4101-0050 en Costa Rica, en donde adicionalmente le prestarán apoyo sobre el proceso de autorización.
  3. El Asegurado debe identificarse ante el Proveedor como Asegurado de Aseguradora del Istmo S.A., indicándole el nombre del Asegurado, número de la Póliza y su vigencia, información que se encuentra registrada en el carnet plastificado que la Compañía le entrega al Asegurado al inicio de la vigencia de la Póliza.
  4. El Proveedor seleccionado evalúa al paciente y contacta al Administrador de la Red para solicitar la confirmación de Cobertura y la Autorización del servicio.
  5. El Administrador de la Red de Proveedores evalúa, audita y verifica la cobertura del seguro en relación con el servicio solicitado y envía la correspondiente autorización por el medio electrónico disponible, al Proveedor.
  6. **AUTORIZACION:** Una vez el Administrador de la Red de Proveedores reciba la correspondiente solicitud de autorización de parte del Proveedor y/o del Asegurado, y se determine que el procedimiento solicitado está cubierto, autorizará los servicios conforme a los requerimientos de Médico tratante. De cualquier forma, la autorización se limitará exclusivamente a lo relacionado con el tratamiento recomendado en el diagnóstico reportado por el Médico tratante. Aquellos servicios que no tengan relación con el diagnóstico no están cubiertos.



7. En caso de autorización para procedimientos hospitalarios programados o electivos se precisa de cinco (5) días naturales para analizar la solicitud y emitir la autorización.
8. Si la reclamación se declina total o parcialmente, se envía al Proveedor la nota de declinación con la justificación correspondiente. El Proveedor informará al cliente que la autorización fue denegada, y el Asegurado si así lo considera, podrá presentar el reclamo por medio de reembolso convencional para el análisis correspondiente.
9. El Asegurado cancelará al Proveedor el porcentaje de coaseguro según sea el caso y el Proveedor cobrará a la por intermedio del Administrador de la Red el valor correspondiente a los servicios autorizados.

**b. En caso de reclamación por reembolso por Gastos Médicos incurridos por un Asegurado.**

Con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen médico en el que se indique claramente el tratamiento que se realizó al Asegurado, su origen y la cirugía practicada cuando sea el caso.
3. Original y copia de todas las recetas médicas o farmacológicas expedidas por el médico tratante, que el Asegurado considera que le deben ser indemnizadas por la Compañía.
4. Original y copia de todas y cada uno de los comprobantes de pago legalizados que el Asegurado considera que le deben ser indemnizados por la Compañía, expedidos por el Médico, el Hospital, o las farmacias, y debidamente cancelados. Los comprobantes de pago deben ser perfectamente legible y sin enmendaduras, indicando la fecha exacta de su expedición.
5. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.

**c. En caso de reclamación por reembolso de gastos incurridos por el Asegurado el extranjero.**

Con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Formulario de reclamos de gastos médicos suministrado por la Aseguradora; el asegurado deberá completar la Sección A de este formulario.
2. Informes médicos de la atención recibida.
3. Comprobantes de pago: Boucher, fotocopia de cheque o estados de cuenta donde se reflejen los cargos.
4. Desglose de los cargos efectuados, incluyendo pero no limitados a: Factura detallada emitida por el Hospital o Clínica, donde se incluya el listado de insumos y exámenes con su respectivo precio unitario; Factura o Recibo expedido por el Médico donde se indique los servicios médicos prestados al Asegurado y el costo unitario de cada servicio. Factura detallada de la Farmacia indicando el valor unitarios de cada medicina adquirida por el Asegurado. Receta con firma y sello del Médico tratante indicando claramente los medicamentos necesarios para el tratamiento, el período durante el cual debe tomar los medicamentos y el nombre del paciente asegurado (incluir los Stickers). Facturas emitidas por el Laboratorio correspondientes al tratamiento indicado.
5. Ordenes de laboratorios firmadas por el Médico tratante.
6. Resultado de los exámenes de laboratorio ordenados por el Médico tratante

**A los reclamos presentados por gastos en el extranjero se le aplicara el Deducible en dólares según el plan contratado, y luego de haber completado el Deducible se aplicará el porcentaje de coaseguro pactado para las coberturas "Fuera de Centroamérica" según el plan contratado, siempre y cuando dichos gastos sean elegibles.**

**d. En caso de reclamación utilizando la Red de Proveedores en los Estados Unidos de América.**

**Hospitalizaciones Programadas**

Si el Plan contratado contempla la Cobertura en los Estados Unidos de América, el sistema de Pago Directo facilita el trámite de hospitalización del Asegurado siempre que utilice únicamente proveedores afiliados a la Red Olympus / Aetna. ([www.omhc.com](http://www.omhc.com)) establecida en ese país. A continuación se indica el procedimiento a seguir por el Asegurado.

1. La programación del servicio deberá hacerse con la Aseguradora, enterándola de la situación con al menos cinco (5) días laborales de anticipación a la fecha en que espera recibir los servicios en Estados Unidos.  
Al momento de ponerse en contacto con el Intermediarios de Seguros y/o Compañía de Seguros, el Asegurado deberá presentar completo el formulario, exámenes de diagnóstico y dictámenes médicos que sirven de base para la solicitud de autorización de la correspondiente hospitalización.
2. La selección del Médico u Hospital en los Estados Unidos será responsabilidad del Asegurado, pero podrá solicitar asesoría al Intermediario de Seguros y/o a la Aseguradora; igualmente, el Asegurado puede consultar directamente la página de internet de Olympus / Aetna [www.omhc.com](http://www.omhc.com), en la que encontrarán una gran gama de hospitales y médicos afiliados. Si el Asegurado decide contactar directamente un Médico u Hospital afiliado a la Red de Olympus / Aetna en los Estados Unidos, deberá indicarle desde el inicio que cuenta con un Seguro de Gastos Médicos y que su tratamiento será coordinado por Olympus / Aetna en ese país.
3. Con la entrega del formulario, los Informes médicos, la copia de resultados de exámenes, nombre de los proveedores elegidos y fecha exacta de la hospitalización; inicia el trámite de la autorización, siempre sobre la base de la Coberturas correspondientes al Plan contratado.
4. Para la prestación de los servicios médicos en los Estados Unidos, el Asegurado necesitará los siguientes documentos: La copia de la carta autorización de Olympus / Aetna, el carnet del seguro y su Pasaporte.
5. Una vez concluya la Hospitalización del Asegurado, tendrá que cancelar los siguientes cargos: Co-Pago, por el porcentaje indicado en la póliza para el total de gastos elegibles (hasta el límite de desembolso que indica la póliza). Seis por ciento (6,0%) sobre el valor total de la cuenta por concepto de Timbres, y el cien por ciento (100%) de los Gastos no elegibles o no cubiertos por la póliza, tales como, pero no limitados a, cama para acompañante, teléfono, comidas extras, etc.
6. Cuando el Asegurado realiza el pago en el Hospital de Estados Unidos, es probable que éste aún no posea el total de la liquidación y posteriormente le esté notificando alguna diferencia. Si esto sucede el Asegurado debe con el Intermediario de Seguros y/o con Compañía y solicita asesoría para la verificación de los precios y si estos se encuentran dentro de los límites pactados con Olympus / Aetna.

#### **Emergencia Sin Hospitalización en Estados Unidos:**

Si el Asegurado requiere de un servicio hospitalario de emergencia en los Estados Unidos; y regresa el mismo día a Costa Rica, deberá cancelar el cien por ciento (100%) de la cuenta y presentar posteriormente su reclamo por reembolso a la Aseguradora.

**Servicios Ambulatorios (Servicios por los cuales el Asegurado No es Hospitalizado).** Estos servicios no pueden ser coordinados para pago directo en Red, por lo que el Asegurado debe cancelar el cien por ciento (100%) de la cuenta y presentar posteriormente su reclamo.

En todo caso, la Aseguradora podrá nombrar un Ajustador Médico, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesiones, la inspección de la Clínica u Hospital en el que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos.

La Aseguradora tiene derecho, en caso de enfermedad o accidente del o los asegurados, de verificar el estado patológico, y al Asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por la Aseguradora para este objeto, entendiéndose que la negativa del Asegurado autoriza a la Aseguradora para rechazar la reclamación o suspender los pagos que se hayan venido realizando, a partir de la fecha de la negativa del o los Asegurados, circunstancia que la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la Póliza.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Asegurado sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. El Asegurado tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio.

## SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS EN COLONES

Registro en SUGESE número P20-64-A07-439

Este documento contiene un resumen de las principales coberturas, exclusiones, carencias, límites y sublímites, por lo tanto, **No** contiene todas las condiciones del contrato, las cuales se podrán consultar en su totalidad en el enlace <https://adisa.cr/>.

### 1. INFORMACIÓN Y ASESORÍA EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la aseguradora, copia de las Condiciones Generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones, para ello la Aseguradora tiene a disposición de los Asegurados los siguientes medios de contacto a través de los cuales podrán obtener información y asesoría respecto a esta póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

- Teléfono: (+506) 4101-0000
- Correo electrónico: [gestiones@adisa.cr](mailto:gestiones@adisa.cr)
- Sitio web: <https://adisa.cr/>

El presente es un seguro colectivo bajo la modalidad Tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por la Compañía con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que la Compañía y el Tomador, de común acuerdo, puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial.

### 2. COBERTURAS

Las Coberturas y Beneficios que se hayan pactado expresamente entre el Tomador y la Compañía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, se detallan en el ANEXO de COBERTURAS y se detallan como cubiertas en los Certificados Individuales de Cobertura.

### 3. EXCLUSIONES

Las diferentes Coberturas y Beneficios tendrán las exclusiones que se establecerán de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, y se encuentran indicadas en el ANEXO de EXCLUSIONES correspondiente.

### 4. AJUSTES DE PRIMA EN CASO DE PRORROGA

Cumplido el primer año de vigencia de la Póliza y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable. Dicho ajuste a la tabla de tarifas se realizará en función de: a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado, y b) Ajuste por Siniestralidad:

#### c. Ajuste por Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado:

Al momento de la prórroga, la Prima se ajustará siguiendo el proceso de retarificación según el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado a la fecha de la prórroga. Tal determinación se hará según la fecha de nacimiento del Asegurado indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La Compañía podrá ajustar el valor de la Prima cuando el Asegurado supere el grupo etario, según se muestra a continuación:

Grupo Etario por rango de edad del Asegurado	Ajuste porcentual máximo sobre la prima del Grupo Etario anterior
Entre 18 y 65	30%
Entre 66 y 75	40%
Entre 76 y 85	250%
Más de 86	300%

#### d. Ajuste por Siniestralidad:

Basado en la prima pagada por el Contratante, y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un análisis del resultado de la siniestralidad del periodo del último año. La siniestralidad se define como el ratio entre los siniestros netos incurridos del último año y las primas netas pagadas del último año.

Los siniestros incurridos serán: Siniestros pagados del último año más los siniestros pendientes reportados a fin de vigencia, menos los siniestros pendientes reportados al inicio de la vigencia.

Dependiendo del resultado del índice de siniestralidad, se procederá a incluir un recargo de las primas calculadas para la próxima prórroga después del proceso de re-tarificación (Ajuste por cambio de Edad, ocupación, Incapacidad o cualquier otra variable que modifique las condiciones iniciales del riesgo).

El recargo será de conformidad con la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Menos del 40%	0%
Más de 40% hasta 50%	5%
Más de 50% hasta 60%	20%
Más de 60% hasta 75%	40%
Más 75%	100%

La tarifa resultante después de aplicar el ajuste en función de la siniestralidad será aplicada a todo el Grupo Asegurado.

En caso de que proceda el ajuste por cualquiera de los supuestos indicados según corresponda, y previa determinación y análisis de la Compañía, esta dará aviso escrito al Tomador con al menos sesenta (60) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de quince (15) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro. Sin perjuicio de lo anterior, cualquier modificación en la tarifa del seguro, deberá notificarse al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales previo a la entrada en vigencia de dicha modificación.

## 6. PLAZOS DE DISPUTABILIDAD

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será el acordado entre el Tomador y la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la Póliza con un máximo de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

## 7. PERIODO DE CARENCIA

Según lo que acuerden las Partes en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, podrá definirse un Período de Carencia para las Coberturas y Beneficios que correspondan. Sin perjuicio de lo anterior, el Período de Carencia no podrá ser superior a dos (2) años posterior a la inclusión del Asegurado en la Póliza.

## 6. VIGENCIA Y PRÓRROGA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares. De conformidad con el artículo 14 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la prórroga del contrato es obligatoria para el Asegurador en tanto se cancele la prima determinada técnicamente, según las condiciones pactadas en dicha póliza. Por tal motivo, los términos y condiciones de la póliza, salvo las que se negocien para los nuevos asegurados, no sufrirán modificación distinta de los ajustes automáticos contemplados en la misma.

**Recuerde que los demás documentos de la póliza pueden incluir aspectos adicionales que son aplicables a su contrato.**

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 N° 8653, bajo el registro N° P20-64-A07-439 de fecha .28/11/2014