

PAN AMERICAN
— *Private Client* —

 **PAN
AMERICAN LIFE**
INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

| Pan-American
Health *Access*



CONTENIDO



BIENVENIDO A PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT	5
ACERCA DE PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP	5
NUESTRO COMPROMISO	6
PAN-AMERICAN HEALTHACCESS - INTRODUCCIÓN	6
DOCUMENTOS DE BIENVENIDA	7
CÓMO CONTACTARNOS	7
CÓMO SERVIRLE MEJOR	8
NOTIFICACIÓN	8
PALIGMED Essential, BÚSQUEDA DE PROVEEDORES PREFERIDOS	9
CONDICIONES GENERALES PAN-AMERICAN HELTHACCESS (DÓLARES)	9
I. DEFINICIONES	10
II. CONTRATO PÓLIZA	16
A. Conformación de la Póliza	16
B. Orden de prelación de los documentos	16
III. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	18
A. Cobertura básica (Reembolso de Gastos Médicos)	18
Beneficios cubiertos bajo la Cobertura Básica	18
1. Acompañante de un menor hospitalizado	19
2. Acompañante de un Asegurado mayor de 18 años hospitalizado	19
3. Ambulancia (Aérea o Terrestre)	19
4. Condiciones Congénitas y Hereditarias	20
5. Cuidados con fines paliativos	20
6. Cuidados médicos o de salud en el hogar	20
7. Diálisis	21
8. Equipo Médico duradero	21
9. Estudios médicos de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes	21
10. Habitación y alojamiento	21
11. Honorarios del anestesiólogo	21
12. Honorarios del Cirujano y del médico asistente	21
13. Medicamentos recetados	22
14. Deportes y aficiones peligrosas	22
15. Prótesis e instrumentos correctivos	22
16. Repatriación de Restos Mortales	22
17. Terapia física y Rehabilitación	22
18. Trasplante de Órganos de por vida	23
19. Tratamiento de Cáncer	23



CONTENIDO



20. Tratamientos Ambulatorios	24
21. Tratamiento Dental de Emergencia	24
22. Tratamiento Médico de Emergencia	24
23. Tratamiento de Podología	24
24. Unidad de Cuidados Intensivos	24
25. Visitas a Médicos y Especialistas	24
26. Visitas a la Sala de Emergencia	24
27. Visitas a la Sala de Emergencia por Condiciones Críticas	24
28. Cobertura de Viajero en caso de Emergencias	25
29. Muerte cerebral y estados comatosos irreversibles	25
B. Cobertura Adicional (opcional)	25
C. Descripción de Beneficios de la Cobertura Básica	26
D. Exclusiones	29
E. Restricciones a las Coberturas	33
1. Período de Espera	33
2. Suma Máxima Anual Renovable	33
3. Coexistencia de Indemnizaciones	34
4. Cambio de país de residencia	34
IV. CLAUSULAS GENERALES	34
A. Obligaciones del Asegurado	34
1. Deducible	35
2. Legitimación de Capitales	36
B. De la Póliza	36
1. Vigencia y Ámbito de Cobertura de la Póliza	36
2. Modificaciones	36
C. De la Prima	37
1. Pago de la Prima	37
2. Derecho de Retracto y Reembolso de Primas	37
3. Periodo de Gracia	38
4. Modificación de la Prima	38
5. Recargos por pago fraccionado de la prima	39
6. Exoneración de prima	39
D. Del reclamo de siniestros	40
1. Aviso y prueba de Reclamación	40
2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios	41
3. Reclamante Sustituto	41



CONTENIDO



4. Pago de Indemnizaciones	41
5. Revisión de reclamos	42
6. Subrogación	42
7. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización	43
8. Redes de Proveedores	43
9. Gastos por servicios obtenidos fuera de los Proveedores Preferidos para el caso de atención médica de Emergencia en los Estados Unidos de América	44
E. Vigencia y posibilidad de Prórrogas	44
1. Vigencia y Prórrogas	44
2. Prórroga de la Póliza	44
3. Terminación del Seguro	44
4. Rehabilitación	45
5. Declaraciones Falsas e Inexactas	45
F. Condiciones Varias	46
1. Elegibilidad de los Asegurados	46
2. Elegibilidad del Recién Nacido	47
3. Incorporación de Asegurados	47
4. Baja de Asegurados	47
5. Edad de Aceptación	48
G. Disposiciones Legales	48
1. Limitación de Responsabilidad	48
2. Moneda	49
3. Prescripción	49
4. Período de Disputabilidad	49
5. Valoración	49
6. Rectificación	49
7. Confidencialidad	50
8. Solución de Controversias	50
9. Comunicaciones	50
10. Jurisdicción y Competencia	50
ANEXO A	52
COBERTURA ADICIONAL (Opcional) DE MATERNIDAD	52
I. DEFINICIONES	52
II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	52
III. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	54
IV. ELEGIBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO	54



BIENVENIDO A PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT

Su pase privado hacia el cuidado de salud más exclusivo del mundo

Gracias por elegir a Pan-American Private Client. Esta guía de membresía describe en detalle el uso de su Póliza y cómo tener acceso a nuestros servicios. Por favor, tome unos minutos para leer esta guía de membresía, así como su Certificado de Cobertura.

Es importante para nosotros que usted esté completamente satisfecho con la cobertura que ha seleccionado. Si tiene

alguna pregunta acerca de su plan, puede ponerse en contacto con su Agente o llamarnos hoy mismo. La información para contactarnos la encontrará en la sección "Cómo Contactarnos" de esta guía.

Pan-American Private Client es un concepto de Pan-American Life Insurance Group (PALIG).

ACERCA DE PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

Un siglo de promesas cumplidas

Durante más de un siglo, Pan-American Life Insurance Group ha ofrecido seguridad financiera confiable a miles de personas, familias y negocios en América Latina y en EE.UU. Nuestra experiencia y entendimiento multicultural forman la base sólida de nuestro éxito como grupo, mismo que nos permite alcanzar nuevas metas y servir como puente entre las Américas.

Con sede en Nueva Orleans, Pan-American Life Insurance Company, la compañía principal del grupo, ofrece productos

de vida y de salud a través de los EE.UU., Puerto Rico, América Latina y el Caribe. Gracias a su solidez y capacidad financiera, la compañía ha alcanzado las calificaciones de "A" (Excelente) por A.M. Best (septiembre de 2017) y "A" (Estable) por Fitch Ratings (abril 2020). Año tras año, las compañías del grupo que operan en Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y 15 mercados en el Caribe, continúan fortaleciendo nuestro nombre en América Latina, a través de una larga tradición de estabilidad, innovación y solidez financiera.



NUESTRO COMPROMISO

Pan-American Life Insurance Company (PALIC) ha estado proporcionando seguridad financiera confiable a miles de individuos y familias en América Latina y el Caribe desde 1911. Nuestra dedicación y compromiso con las Américas, han colocado a PALIC como una de las aseguradoras más confiables de la región.

El ingreso de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. en el 2010 fue un paso orgánico en su estrategia de

expansión para convertirse en una compañía para las Américas. Hoy día, Pan-American Life es la empresa privada #1 de seguros personales en Costa Rica.

Las familias y empresas costarricenses han depositado su confianza en Pan-American Life para cumplir sus sueños, gracias a nuestro legado de solidez financiera confiable y soluciones de seguros de Vida, Accidentes y Salud de alta calidad.

PAN-AMERICAN HEALTHACCESS - INTRODUCCIÓN

Detalles sobre su Póliza de Seguro de Salud

Su póliza es un contrato anual entre Pan-American Life Insurance Company (PALIC) y el Asegurado Principal nombrado en el Certificado de Cobertura. La póliza está compuesta por:

- Esta Guía de Membresía, el Certificado de Cobertura y todas las enmiendas de la Póliza.
- La información que nos fue proporcionada en la Solicitud firmada (ya sea por copia impresa o de forma

electrónica), los cuestionarios médicos y cualquier otra información médica proporcionada por las personas aseguradas o a nombre de las mismas.

Estará indicado en esta guía el producto que usted ha elegido. El deducible seleccionado aparecerá en su Certificado de Cobertura, así como en su tarjeta de membresía. Cualquier enmienda adicional o condiciones especiales exclusivas de su póliza, aparecerán en su Certificado de Cobertura.



DOCUMENTOS DE BIENVENIDA

Como miembro de Pan-American Private Client, usted recibirá los documentos de bienvenida (copia impresa o de forma electrónica) que contiene:

- **Tarjeta de Membresía:** Después de la emisión de su Póliza, usted recibirá dos tarjetas por Grupo Familiar o una tarjeta si usted es la única persona Asegurada bajo su póliza. Dicha tarjeta contiene los nombres de todos los miembros asegurados bajo cada Grupo Familiar, el número de su póliza, su deducible anual y nuestra información de contacto. Por favor lleve dicha tarjeta siempre consigo. Si necesitara corregir algún nombre, por favor solicite un reemplazo por medio de su agente o a través de nuestro equipo. La información de "Cómo Contactarnos" aparece en la sección con el mismo nombre en esta guía. El reemplazo de tarjetas es un servicio gratuito.
- **Guía de Membresía:** En esta guía encontrará importante información acerca de cómo utilizar su póliza de seguro de salud, cómo presentar un reclamo o cómo hacer el pago de su prima. Hemos creado esta guía para ayudarle a comprender el funcionamiento y uso de su póliza y lo que puede esperar de nosotros.
- **Certificado de Cobertura y Condiciones Particulares:** Este documento especifica el producto que usted ha elegido y el deducible que ha seleccionado para usted y sus dependientes (si los hubiere). También indica la fecha de efectividad de su cobertura, número de póliza, información de los asegurados, coberturas otorgadas, restricciones de cobertura (si las hubiere).
- **Formulario de Reclamo:** En caso de necesitar someter un reclamo para reembolso, será necesario que utilice este formulario. Si necesita asistencia para completarlo, por favor contacte a su agente o llámenos.

CÓMO CONTACTARNOS

Le aseguramos que siempre estaremos disponibles para asistirlo. Para esto contamos con un equipo de profesionales dedicados quienes están siempre dispuestos a ayudarle.

Nuestro objetivo principal es ofrecerle un servicio de excelencia para sus:

- Consultas generales y servicio
- Manejo de póliza y selección de riesgos
- Notificaciones médicas
- Reclamos e informes médicos

Teléfono: **+506 2204-6363**
Email: **HealthAccessCR@palig.com**
Emergencias: **AutorizacionesCR@palig.com**



CÓMO SERVIRLE MEJOR

El Equipo de Servicio Médico de Pan-American Private Client

Contamos con un exclusivo equipo interno de profesionales médicos dedicados a usted. Nuestro equipo médico multilingüe tiene el conocimiento y la experiencia para brindarle la ayuda que usted requiere las 24 horas del día, los 365 días del año. Desde coordinar una Ambulancia Aérea, hasta hacer los arreglos necesarios para una hospitalización, coordinar una segunda opinión o simplemente concertar una cita médica, estamos siempre a su disposición para guiarlo durante el proceso.

Nuestros médicos podrán monitorear su progreso desde el primer día manteniendo comunicación constante con su Médico y con su familia para ayudarlo a tomar las decisiones correctas.

Usted puede contactar a nuestro equipo Médico Private Client por:

- Teléfono: **+506 2204-6363**
- Email: **HealthAccessCR@palig.com**

Para su conveniencia, dicha información se encuentra en el reverso de su tarjeta de membresía.

NOTIFICACIÓN

Para asegurarnos de poder cumplir con sus expectativas de servicio, es necesario que usted nos notifique cuando vaya a recibir un tratamiento médico. Esto nos permitirá verificar que el tratamiento está cubierto por su Póliza, a la vez de permitirnos siempre que sea posible, concertar el pago directo con el hospital o Médico que usted haya elegido, reduciendo de esa manera cualquier gasto imprevisto y evitar gastos inesperados.

Para garantizar el pago directo y la coordinación de beneficios, se requiere la notificación de toda hospitalización, cirugía ambulatoria y otros beneficios. Los beneficios que requieren

notificación serán identificados en esta guía de membresía por el siguiente símbolo:

Nuestro servicio no tiene la intención de sustituir los consejos profesionales o el cuidado que un paciente. Nuestro servicio no tiene la intención de sustituir los consejos profesionales o el cuidado que un paciente recibe de su Médico. No debe usarse para hacer diagnósticos o tratamientos médicos y la información suministrada por nuestro personal no debe utilizarse con ese propósito. recibe de su Médico. No debe usarse para hacer diagnósticos o tratamientos médicos y la información suministrada por nuestro personal no debe utilizarse con ese propósito.



PALIGMED ESSENTIAL, BÚSQUEDA DE PROVEEDORES PREFERIDOS

A través de paligmed.com, usted puede acceder a la lista de nuestros Proveedores Preferidos, PALIGMED Essential, donde encontrará los hospitales preferidos por nuestra

Compañía. Dicha lista le permitirá encontrar los hospitales y clínicas por ciudad o estado.

CONDICIONES GENERALES PAN-AMERICAN HELTHACCESS (DÓLARES)

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a

cumplir con los términos y condiciones que constan en este contrato de Póliza de seguro de modalidad individual y tipo de contrato de adhesión.

Alfredo J. Ramírez
Gerente General
Cédula de residencia 184001076310



I. DEFINICIONES

Accidente: Suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecta el organismo del Asegurado provocándole lesiones, heridas visibles o contusiones internas. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso. Para los efectos de esta Póliza, no serán considerados Accidentes los sucesos imprevistos acaecidos al Asegurado durante el ejercicio de las actividades descritas en el capítulo de Exclusiones.

Accidente grave: Accidente que resulte en lesiones corporales que requieran hospitalización inmediata por un periodo de más de 23 horas para evitar la pérdida de la vida o la integridad física del Asegurado. La clasificación de accidente grave la determinan, por acuerdo mutuo, el médico que atiende al Asegurado y los profesionales médicos de la Compañía, después de haber recibido la información médica completa documentando el accidente.

Ambulancia aérea: Aeronave con licencia para operar como ambulancia aérea, con el personal médico y equipada para proporcionar cuidados médicos durante un transporte de emergencia. Este servicio lo presta una entidad autorizada para dicho propósito.

Ambulancia terrestre: Transporte de emergencia debidamente autorizado y equipado con personal médico para atender las necesidades que requiera la atención de una emergencia.

Anexo: Documento que es parte integral de la póliza, el cual incluye la descripción y las cláusulas relacionadas con las coberturas adicionales opcionales que contrate el Contratante.

Año Póliza: Es el período de doce meses consecutivos que inicia en la Fecha Efectiva de la Póliza.

Asegurado: Persona física de cualquier género residente legalmente en la República de Costa Rica para quien la Compañía ha aprobado cobertura de seguro bajo esta póliza.

Asegurado Principal: el solicitante que completa y firma la Solicitud de Seguro y a cuyo nombre se ha aprobado y emitido una Póliza. Dicha persona tiene la autoridad de solicitar cambios en la Póliza y es la legitimada para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos bajo esta Póliza y la devolución de la Prima no devengada.

Asegurados Dependientes: las personas amparadas bajo la Póliza contratada por el Asegurado Principal que sean Dependientes Económicos de éste, según la definición de esta Póliza, y previa solicitud expresa del Asegurado Principal y el Asegurado Dependiente, en caso de que éste sea mayor de edad y tenga capacidad de actuar. Se consideran Asegurados Dependientes del Asegurado Principal a su cónyuge y sus hijos. Se entenderá como “cónyuge” la persona con quien el Asegurado Principal haya contraído matrimonio o haya vivido en unión libre por más de dos años. Se considerarán “hijos” del Asegurado Principal: (i) los hijos consanguíneos o adoptivos e hijastros con una edad máxima de dieciocho (18) años cumplidos; (ii) los hijos consanguíneos o adoptivos e hijastros mayores de dieciocho (18) años de edad y menores de veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Principal, y demuestren ser estudiantes de tiempo completo.



Además se podrán considerar para efectos de ser asegurados en los Grupos Asegurados a los padres y/o nietos del Asegurado Principal y a los padres del cónyuge del Asegurado Principal, siempre y cuando su inclusión haya sido requerida por el Asegurado Principal en su Solicitud de Seguro y estas personas hayan sido expresamente aceptadas por escrito por la Compañía.

Carné de asegurado: Documento de identificación otorgado por la Compañía al Asegurado Principal y a cada uno de los Asegurados Dependientes bajo esta Póliza.

Certificación Médica: Documento emitido por un médico o por un Comité Médico, autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al evento, en el cual se incluye un diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el reclamo. En los casos en que aplique, el Comité estará conformado por el médico del Asegurado, un Perito Médico nombrado por la Compañía y un tercer Perito Médico nombrado por los dos primeros.

Cirugía: Operación invasiva ejecutada por Médicos especialistas mediante la cual se pretende devolver la salud al Asegurado por la curación y restauración de órganos y procesos fisiológicos internos o externos.

Condición Congénita o Hereditaria: Patología o condición médica existente antes del nacimiento que puede ser diagnosticada y tratada antes o después del mismo.

Condición Preexistente: Es aquel padecimiento, síntoma, lesión, dolencia, condición (incluyendo embarazo) y/o enfermedad:

- a. Cuya existencia se haya informado al Asegurado o de la cual haya tenido conocimiento de previo a la Fecha Efectiva de la Póliza, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un Diagnóstico, comunicado al Asegurado y efectuado por un Médico mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de Diagnóstico; o
- b. Para el cual el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de previo a la Fecha Efectiva de la Póliza.

Contratante: Es la persona física o jurídica que contrata el seguro con la Compañía de Seguros y está obligado a pagar la prima. La figura del Contratante puede coincidir o no en la misma persona del Asegurado Principal; en caso de no coincidir, se entiende que es un seguro tomado por cuenta de un tercero.

Cuadro de Beneficios (Certificado Individual de Seguro): Compendio de condiciones particulares de esta Póliza y que es parte integral de ésta, en la cual se detalla la Suma Máxima Anual Renovable, las coberturas y montos correspondientes a cada concepto que en su descripción indiquen una limitante, o el monto máximo aplicable a la cobertura específica del Asegurado Principal y sus Asegurados Dependientes. Se indica también el Plan que fue aprobado, el Deducible, así como cualquier cobertura adicional y cualquier restricción específica de la cobertura de algún Asegurado en particular o de la Póliza en general.

Cuadro de Seguro: Cuadro o esquema contenido dentro de las Condiciones Generales que contiene un resumen de los beneficios de la póliza a manera de ilustración.



Cuidados de custodia: Asistencia con las actividades cotidianas del Asegurado, que incluye, pero no está limitada a su higiene personal, su alimentación, y ayuda en el baño. Estos cuidados pueden ser prestados por personal que no ha recibido entrenamiento médico o de enfermería.

Deducible: Monto establecido en el Cuadro de Beneficios que marca la suma límite a partir de la cual la Compañía asume responsabilidad por el pago de los Gastos Cubiertos. Los Gastos Cubiertos generados antes de cubrir el Deducible deberán ser cancelados en su totalidad por el Asegurado.

Diagnóstico: Dictamen sobre un padecimiento o condición que efectúa un Médico con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad o el Accidente, apoyándose para ello en evaluaciones directas, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para formular un juicio técnico.

Donante: Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un Asegurado de la Póliza.

Edad: Para los efectos de este Contrato, se entenderá que las coberturas estipuladas hasta el cumplimiento de una edad específica, cubrirán al Asegurado durante todo el día de su cumpleaños y hasta la medianoche (24:00 hrs.) de ese día.

Emergencia Médica: Condición médica repentina, seria, aguda y, generalmente, inesperada, que requiere tratamiento médico inmediato o Cirugía. Esta condición médica pone en peligro inminente la vida o la función de algún órgano del Asegurado.

Enfermedad: Alteración de la salud diagnosticada por un Médico, que amerita tratamiento médico y/o quirúrgico. Las recaídas, complicaciones y secuelas que se consideren médicamente asociadas a una Condición Preexistente, se considerarán una manifestación de ésta.

Enfermedades de origen infeccioso: Alteración del estado de salud causada por agentes patógenos tales como priones, virus, bacterias, hongos, protozoarios y helmintos.

Enfermero(a): Profesional con licencia para prestar servicios de enfermería, debidamente incorporado al Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Evento (también “Siniestro”): Hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o el Diagnóstico de una Enfermedad, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones y Hospitalizaciones que sean derivadas del acontecimiento inicial.

Fecha del Aniversario de la Póliza: Ocurrencia anual de la Fecha Efectiva de la Póliza.

Fecha Efectiva de la Póliza: Es la fecha indicada en la carátula de la Póliza en la que inicia la cobertura de seguro contratada. Todos los vencimientos, renovaciones, rehabilitaciones o aniversarios de la Póliza se calcularán a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza.

Fecha Efectiva del Asegurado: Es la fecha en la que comienza la cobertura de esta Póliza para cada uno de sus Asegurados.

Fecha de Renovación: Es el primer día del Año Póliza, contado a partir de la fecha efectiva.



Fecha de Vencimiento de la Póliza: Fecha en la que la Prima correspondiente a esta Póliza debe ser pagada por el Asegurado.

Gastos Cubiertos: Cargos por servicios médicos y/u hospitalarios que se encuentran contemplados dentro de las coberturas de esta Póliza y han sido expresamente aceptados por la Compañía para su indemnización.

Grupo Asegurado: Conjunto de personas aseguradas bajo la Póliza a solicitud del Asegurado Principal. Cualquiera de los siguientes grupos que esté cubierto bajo la misma Póliza:

- **Grupo 1:** Asegurado Principal; Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado Principal; y Dependientes.
- **Grupo 2:** Padres del Asegurado Principal.
- **Grupo 3:** Padres del Cónyuge ó del Concubino(a) del Asegurado Principal.

Bajo una misma Póliza se podrán asegurar a un máximo de tres (3) grupos asegurados. Cada Asegurado recibe una evaluación de riesgos individual cuando solicita cobertura.

Habitación estándar: Es una habitación de Hospital o Clínica privada o semiprivada, para el uso de uno o más pacientes.

Hospital: Institución pública o privada legalmente constituida y registrada como centro médico y quirúrgico ante las autoridades sanitarias competentes del país donde opera, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante Médicos legalmente autorizados, durante las veinticuatro horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar Accidentes y Enfermedades. Para los efectos de esta Póliza, no se considerarán Hospitales las casas para ancianos, casas

de descanso ni clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Hospitalización: A partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente en un Hospital y tiene una estancia continua de más de veinticuatro (24) horas en internamiento y bajo supervisión médica, para recibir el tratamiento médico o quirúrgico que no pueda efectuarse de manera ambulatoria o en un consultorio médico externo.

Lesión: Daño infringido al cuerpo humano por una causa externa.

Medicamento necesario: Tratamientos, servicios, procedimientos o suministros médicos que la Compañía, de mutuo acuerdo con el médico del Asegurado ha determinado necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. No existe necesidad médica si el servicio médico:

- Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, su familia o el proveedor.
- No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la condición específica del Asegurado.
- Excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o tratamiento de una condición específica.
- Está fuera del alcance de la práctica estándar normada por las instituciones correspondientes.

Médico: Persona con licencia legal otorgada por la autoridad competente en el país donde ha establecido su práctica para ejercer la medicina y/o cirugía. Para los efectos de la Póliza, no podrá ser considerado "Médico" el Asegurado, ni ningún miembro de su familia dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.



Muerte cerebral: La pérdida permanente de la capacidad para la conciencia y la pérdida de todas las funciones cerebrales. Esto puede resultar de la cesación permanente de la circulación y/o luego de lesión cerebral extensa. En el contexto de la determinación de la muerte, el término “permanente” se refiere a la pérdida de la función que no puede reanudarse espontáneamente y que no será restaurada a través de la intervención.

País de residencia: Es el país donde el Asegurado está autorizado legalmente a residir, debiendo presentar a la Compañía los documentos que lo acrediten como residente legal del país.

Periodo de Espera: Plazo mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la Fecha Efectiva de la cobertura de cada Asegurado, con el fin de que determinados Eventos sean cubiertos. Los Eventos ocurridos dentro del Periodo de Espera no son cubiertos por esta Póliza.

Periodo de Gracia: Plazo de treinta (30) días naturales a partir de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, durante el cual la cobertura continúa vigente provisionalmente aunque el Asegurado no haya pagado la Prima de renovación correspondiente. A las doce horas (12:00 m.) del último día del Período de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente y se retrotraerán a la Fecha de Vencimiento si el Asegurado no ha cubierto el total de la Prima pactada.

Plan: Hace referencia al contrato de seguro y su clasificación de costo, de acuerdo a los valores asegurados, la Prima y el Deducible seleccionado por el Asegurado Principal.

La Compañía maneja cinco (5) Planes, dependiendo del monto del Deducible escogido por el Asegurado Principal en la Solicitud de Seguro, los cuales se especificarán en la Carátula y Cuadro de Seguro.

PLAN	DEDUCIBLE
I	\$1.000
II	\$2.000
III	\$5.000
IV	\$10.000
V	\$20.000

Póliza: Está constituida por estas Condiciones Generales, el Cuadro de Beneficios, las Solicitudes de Seguro y los formularios suscritos por los Asegurados, en donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes.

Práctica profesional de deporte: Es la práctica, en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de una organización o dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su fuente principal de ingreso.

Prima: Suma de dinero que el Asegurado Principal debe abonar a la Compañía como pago del servicio contratado para que ésta atienda la cobertura de los riesgos asegurados.

Propuesto asegurado: La persona que diligencia y completa una Solicitud de Seguro de Salud de la Compañía para obtener cobertura médica.



Proveedores de trasplantes: Grupo de Instituciones Médico Hospitalarias legalmente reconocidas en el país donde operen, las cuales han sido seleccionadas por la Compañía para realizar procedimientos de trasplante a los Asegurados.

Proveedores Preferidos: Son Instituciones Médico Hospitalarias de excelencia médica dedicadas al cuidado de la salud en los Estados Unidos de América, legalmente reconocidas que pueden incluir Hospitales, Laboratorios, Centros Diagnósticos, Servicios de Atención en el Hogar, etc., y que han sido seleccionados y aprobados por la Compañía para brindar atención a sus asegurados. La lista de proveedores preferidos puede cambiar en cualquier momento. Para encontrar la lista actualizada puede visitar el portal online de la Compañía, cuya dirección es informada al Asegurado Principal en el Cuadro de Beneficios la Póliza.

Receptor: Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un humano.

Recién nacido: Persona desde el momento de su nacimiento hasta que cumple 31 días de vida.

Reclamo: Procedimiento mediante el cual el Asegurado presenta un aviso de Evento o Siniestro a la Compañía, de conformidad con las reglas contenidas en esta Póliza, con el fin de obtener el reembolso de los Gastos Cubiertos en los servicios médicos, hospitalarios o de salud a los cuales tiene derecho según su cobertura de seguro.

Reclamante Sustituto: Persona física autorizada por el Asegurado Principal para gestionar el Reclamo de Siniestro, en caso de que el Asegurado Principal se encuentre imposibilitado para hacerlo personalmente, en virtud de su estado de salud.

En caso de que cualquier Asegurado Dependiente se encuentre imposibilitado para gestionar el Reclamo de Siniestro, en virtud de su estado de salud, el Asegurado Principal podrá efectuar dicha gestión ante la Compañía.

Solicitud de Seguro y Prueba de Asegurabilidad (Solicitud de Seguro): Declaración por escrito contenida en un formulario diseñado por la Compañía y firmado manual o electrónicamente por el Asegurado Principal y los miembros de sus Grupos Asegurados que sean mayores de edad, en la cual se consigna información que será utilizada por la Compañía con el propósito de determinar su asegurabilidad, o para evaluar cualquier modificación de la cobertura médica existente que se solicite. Cualquier expediente médico o cuestionario enviado a la Compañía con el propósito de evaluar la cobertura médica solicitada constituirá parte de la Solicitud de Seguro.

Suma Máxima Anual Renovable: Monto máximo contratado por Año Póliza para cubrir todos los Eventos amparados por la Póliza. Este monto deberá ser renovado cada año. Dentro de cada período de Año Póliza este monto se irá reduciendo con cada reclamo presentado y efectivamente pagado.

Tarifas URA: Son las tarifas razonables, usualmente cobradas por la mayoría de los proveedores en un país determinado o dentro de una cierta área por la prestación de servicios médicos y quirúrgicos, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia, por lo que no necesariamente se cubrirá el importe total de las facturas sometidas a reclamo, si éste excede la Tarifa URA vigente para el servicio prestado en determinada área geográfica.

Tratamiento Médico Preventivo: Procedimiento, medida, fármaco o programa diseñado para prevenir que se produzca una enfermedad.



Tratamiento Médico Programado: Tratamiento, servicio, procedimiento o suministro necesario para tratar una condición médica.

Tratamientos Especiales: Tratamiento de quimioterapia, radioterapia, inmuno-reguladores, y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos de acuerdo con los límites establecidos en el Cuadro de Coberturas y las Exclusiones Generales de la Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por La Compañía. Los medicamentos altamente especializados incluyen pero no están limitados a los siguientes: Interferón, Procrit, Avonex, Humira, Rituximab, tratamientos para la hepatitis.

Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.): Unidad de cuidados de salud en un Hospital, a la cual se destinan personal y equipos altamente especializados para ofrecer atención a pacientes clínicos y quirúrgicos mediante asistencia integral y monitoreo constante de signos vitales, ya sea por la complejidad de sus tratamientos o procedimientos o por la gravedad de su estado de salud.

Vigencia: Plazo que indica el periodo de validez de la Póliza, se inicia en la fecha estipulada en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza y continúa durante el plazo del seguro establecido, siempre que la Prima sea pagada de acuerdo a lo pactado, y que el presente contrato no haya finalizado por ninguna de las causas establecidas en el mismo.

II. CONTRATO PÓLIZA

A. Conformación de la Póliza:

La Póliza está constituida por este contrato de seguro y sus condiciones generales, los Anexos, la carátula de la Póliza, el Cuadro de Beneficios, los formularios suscritos por el Asegurado Principal y por los Dependientes, cualquier addenda y demás documentos mencionados en este contrato en donde se establezcan los derechos y obligaciones de las partes.

B. Orden de prelación de los documentos:

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las condiciones especiales; las condiciones especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales, las cuales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro y cualesquiera otros formularios o documentos suscritos por el Asegurado.





III. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

A. Cobertura Básica (Reembolso de Gastos Médicos):

Sujeto a los términos y condiciones y durante la vigencia de esta Póliza, si en Costa Rica y el Mundo, excepto en los países que estén bajo un embargo emitido por los Estados Unidos de América, como consecuencia de un Accidente o una Enfermedad cubiertas o de un Evento específicamente señalado como amparado en este contrato, que no sea una Condición o Enfermedad Preexistente ni forme parte de las Exclusiones, el Asegurado Principal Contratante o los Asegurados que hacen parte de sus Grupos Asegurados, se vieran precisados a someterse a tratamiento médico o quirúrgico médicamente justificado para el restablecimiento o preservación de su salud, tendrán derecho a los beneficios de reembolso o pago de los Gastos Médicos que se detallan como Servicios Cubiertos, ajustando éstos en su caso al Plan contratado por el Asegurado, a la Suma Máxima Anual Renovable y al Deducible y toda delimitación que específicamente sea consignada en la Póliza o en el Cuadro

de Beneficios específico de esta Póliza. Los beneficios se pagarán teniendo en cuenta los costos usuales, razonables y acostumbrados (URA) en el área geográfica de cobertura.

Los Beneficios de Gastos Médicos, como se definen en el siguiente Cuadro de Seguro, consistirán de una cantidad por beneficio para los Gastos Médicos incurridos por cada individuo Asegurado durante un Año Calendario. Estas cantidades estarán sujetas a las condiciones y limitaciones indicadas en el Cuadro de Seguro. Cuando el estado de salud del Asegurado sea de imposible recuperación y requiera medios artificiales para preservar su vida, lo cual conste debidamente acreditado a través del dictamen médico correspondiente, en virtud de presentarse muerte cerebral irreversible, la cobertura para ese Asegurado cesará, aplicando el beneficio que para tal efecto se incluye en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA COBERTURA BÁSICA

La Compañía reembolsará o pagará los gastos por los siguientes conceptos hasta el agotamiento de la Suma Máxima Anual Renovable según el Plan contratado, considerándose en cada caso toda delimitación en algún servicio, o Deducible que se señalan de manera específica en el Cuadro de Beneficios.

Los gastos elegibles por los servicios cubiertos que se describen a continuación, están sujetos a las condiciones, términos y límites de la Póliza y serán pagados a cada Asegurado, cada año póliza. Todos los beneficios están sujetos al deducible correspondiente, indicado en el Cuadro de Seguro y se pagarán teniendo en cuenta los costos



usuales, razonables y acostumbrados en área geográfica de cobertura y la fecha incurrida del gasto elegible por los servicios cubiertos.

Esta póliza proporciona cobertura en cualquier hospital del mundo. No obstante, La Compañía ha conformado una Lista de Proveedores Preferidos, donde los Asegurados podrán acceder a una amplia gama de servicios dentro de los Estados Unidos de América, con las limitaciones señaladas en el siguiente párrafo.

La compañía aplicando sus políticas efectuará pagos directos a los Hospitales en los Estados Unidos de América y en todo el mundo por los servicios cubiertos en la Póliza, siempre que sea posible. Si este hecho no es viable, debido a políticas particulares del Proveedor la Compañía reembolsará al Asegurado Principal los Gastos Usual, Razonables y Acostumbrados para esa área geográfica en particular, con la excepción de los Estados Unidos de América donde, salvo para los casos de Urgencia Médica, la cobertura será exclusivamente dentro de los hospitales incluidos en la Lista de Proveedores Preferidos. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado Principal.

En todo caso, el Asegurado debe obtener la preautorización de los procedimientos y hospitalizaciones que así determine la Compañía.

Cuando el Asegurado requiera tratamiento electivo en los Estados Unidos de América el servicio estará limitado a los PROVEEDORES PREFERIDOS dispuestos por la Compañía.

- 1. Acompañante de un menor hospitalizado.** Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por noche, por cargos incluidos en la factura del hospital, por la estancia durante la noche de un acompañante, en la misma habitación que ocupe un Asegurado menor de 18 años que esté hospitalizado. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- 2. Acompañante de un Asegurado mayor de 18 años hospitalizado.** Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por noche, por cargos incluidos en la factura del hospital, por la estancia durante la noche de un acompañante, en la misma habitación que ocupe un Asegurado Mayor de 18 años que esté hospitalizado. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- 3. Ambulancia (aérea o terrestre).** Se pagará un máximo de hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro por la transportación aérea o terrestre de emergencia cuando:
 - El diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza.
 - Las necesidades técnico científicas y complejidad del tratamiento requerido exceden la capacidad técnico científica del sitio donde se encuentre el asegurado en el momento que se requiera el beneficio



- El transporte por cualquier otro medio puede poner en riesgo la vida o la integridad física del Asegurado.
- El transporte lo presta una entidad autorizada para dicho propósito.
- El Asegurado es transportado a la instalación médica más cercana donde se pueda proporcionar el tratamiento adecuado para su condición médica.

Toda transportación vía ambulancia aérea debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios. Cuando un Asegurado ha sido originalmente transportado fuera de su país de residencia por medio de una ambulancia aérea pagada por la Compañía, ésta última, a su juicio, y sólo cuando sea médicamente necesario, podrá aprobar el retorno del Asegurado a su país de residencia vía ambulancia aérea.

La Compañía no pagará indemnizaciones por Ambulancia (aérea o terrestre) cuando el Servicio no haya sido previamente autorizado por ésta. Para este beneficio no aplica deducible.

La Compañía no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo.

4. Condiciones congénitas y hereditarias. Los beneficios por enfermedades congénitas y hereditarias que se manifiesten y se traten ya sea antes de los 18 años de edad o después de los 18 años de edad, se cubrirán hasta los límites máximos establecidos en el Cuadro de Seguro, por asegurado, de por vida, mientras la póliza este vigente de conformidad con la edad al momento de la detección de la condición. Dichos beneficios deben ser coordinados y aprobados con anterioridad por la Compañía.

5. Cuidados con fines paliativos. Cuando sea médicamente necesario, todos los gastos relacionados con el cuidado de fines paliativos serán cubiertos hasta los límites de la póliza, lo cual incluye el cuidado físico, la atención psicológica y de enfermería. Este beneficio se considera que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales con una expectativa de vida de no más de seis (6) meses. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

6. Cuidados médicos o de salud en el hogar. Cuidados prestados al asegurado en su hogar por un profesional licenciado, (médico, enfermero o terapeuta). Se cubrirá hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por un período inicial de hasta 30 días durante un año Póliza. Para su aprobación, debe presentarse un plan de tratamiento a la Compañía. Puede aprobarse una extensión si se considera médicamente necesaria. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con**



anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.

- 7. Diálisis.** Se cubrirá la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, ya sea realizada en el hospital o de manera ambulatoria, hasta los límites de la Póliza. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- 8. Equipo médico duradero.** Cuando sea médicamente necesario, se cubrirán aditamentos, órtesis, prótesis, ayudas técnicas en rehabilitación y sistemas de movilidad, hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- 9. Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes.** Se cubrirán estos procedimientos, ya sean cubiertos en un hospital o de manera ambulatoria, hasta los límites señalados en el Cuadro de Seguro, siempre que sean prescritos por el médico del Asegurado.
- 10. Habitación y alojamiento.** Corresponde a la habitación privada o semiprivada estándar de un hospital, el cual incluye los gastos de habitación, alimentos y cuidados generales de enfermería recibidos durante la hospitalización. **Se cubrirá el 100% por día, cuando el Asegurado reciba tratamiento en un hospital de los Proveedores Preferidos de la Compañía, en**

caso de recibirse la atención en los Estados Unidos de América. En caso contrario, se cubrirá hasta el valor indicado en el Cuadro de Seguro, limitado al costo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.

- 11. Honorarios del anesthesiólogo.** Son los cargos de la administración de anestesia durante un procedimiento quirúrgico o los servicios requeridos para el control del dolor. Serán cubiertos de acuerdo a los honorarios Usuales, Razonables y Acostumbrados y de un Anesthesiólogo en un área o país determinado. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- 12. Honorarios del Cirujano y del Médico Asistente.** Son los cargos del Médico Cirujano y del Médico que asiste al cirujano principal para efectuar un procedimiento quirúrgico complejo. Cuando sea médicamente necesario, los honorarios del Cirujano y del Médico Asistente se cubrirán de acuerdo a las tarifas Usuales, Razonables y Acostumbradas (URA) y que se cobren en un área geográfica particular, por los procedimientos quirúrgicos que se presenten en la misma. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**



13. Medicamentos recetados. Serán cubiertos si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por la Póliza. Se pagará el monto máximo indicado en el Cuadro de Seguro, por Asegurado. Esto aplica solamente a los medicamentos que hayan sido recetados durante una hospitalización y durante o después de una cirugía ambulatoria. Se cubrirá además, el medicamento recetado por una condición cubierta, tratada en forma ambulatoria. Será necesario enviar una copia de la receta médica a la Compañía, junto con el reclamo.

La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Panamá, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América ("FDA") y por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas, en caso de que el servicio sea prestado en Europa.

14. Deportes y Aficiones Peligrosas. Son las actividades que aumentan el riesgo de muerte o enfermedad de las personas que las practican. **Los cargos resultantes de Accidentes relacionados con actividades peligrosas y la práctica no profesional de deportes serán cubiertos.** Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a: buceo, tauromaquia, escalada de rocas, paracaidismo, salto de gran altura en caída libre con una cuerda elástica atada al cuerpo, parapente, paravela, ciclismo de montaña y todoterreno.

15. Prótesis e instrumentos correctivos. Serán cubiertos hasta los límites de la Póliza, siempre que

sean médicamente necesarios e implantados durante una cirugía. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

16. Repatriación de restos mortales. Si un Asegurado fallece fuera de su país de residencia y la causa de su muerte es debido a una condición cubierta por la Póliza, la Compañía cubrirá hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, de por vida, los costos básicos en que se incurran en el proceso de repatriación de sus restos mortales o de sus restos mortales cremados, de acuerdo a lo que requieran las autoridades pertinentes. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

17. Terapia física y rehabilitación. Procedimientos practicados por un profesional acreditado con el propósito de recuperar las funciones motoras y sensitivas afectadas por una lesión, enfermedad o tratamiento quirúrgico cubiertos por la póliza, así como tratamientos para controlar el dolor. Se cubrirá hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por un período inicial de hasta 30 días por cada año Póliza, para lo cual deberá presentarse un plan de tratamiento a la Compañía. Si se considera médicamente necesario, la Compañía puede aprobar una extensión del plan de tratamiento. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**



- 18. Trasplante de órganos de por vida, mientras la póliza esté vigente.** Procedimiento en el que un órgano, tejido o las células de un donante humano son implantados en un Receptor humano. En el caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funciona como donante y como receptor.

Los trasplantes de órganos se cubrirán únicamente cuando sean prestados por Proveedores de Trasplantes de la Compañía. La cobertura máxima de dicho beneficio es el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por asegurado, de por vida, mientras la póliza esté vigente. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.** La Compañía puede solicitar una segunda opinión médica, una vez que un médico ha determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano o tejido humano. La cobertura máxima para procedimientos de trasplantes incluye las tres etapas siguientes:

- a) Etapa previa al trasplante:** Esta incluye la asistencia médica y los exámenes médicos necesarios para obtener un diagnóstico, así como la evaluación y preparación del Asegurado que va a recibir el trasplante de órgano o de tejido. La Compañía cubrirá hasta \$25,000 por Trasplante, de por vida, mientras la póliza esté vigente, cantidad incluida en el beneficio máximo de Trasplante, para los costos de los procedimientos médicos y quirúrgicos relacionados con la donación de los órganos, tejidos o células, todos de origen humano, incluyendo los costos en que incurra el donante

humano vivo, así como el transporte y almacenaje de los órganos, tejidos o células donadas. El donante humano vivo no necesita estar asegurado por LA COMPAÑÍA.

- b) Etapa del trasplante:** Incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos realizados durante el trasplante.
- c) Etapa posterior al trasplante:** Incluye los procedimientos de seguimiento médico o quirúrgico posteriores al trasplante y cualquier tratamiento que se haga necesario debido a complicaciones del mismo, así como los medicamentos necesarios para mantener el buen funcionamiento del órgano o tejido trasplantado, tales como drogas inmuno-reguladoras.

Sin embargo todo tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la condición médica que generó la necesidad del trasplante quedará excluido de cobertura una vez agotado el beneficio máximo vitalicio de trasplante de órgano.

- 19. Tratamiento de cáncer.** El Asegurado recibirá cobertura para los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia y costos del hospital que se incurran en el tratamiento del cáncer. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**



- 20. Tratamientos Ambulatorios.** Servicios médicos que no requieren hospitalización y los que son prestados en un hospital dentro de un período máximo de duración de 23 horas.
- 21. Tratamiento dental de emergencia.** Esta Póliza solamente cubrirá tratamientos dentales médicamente necesarios para restaurar dientes dañados debido a un Accidente cubierto. El tratamiento debe iniciar dentro del período de 120 días siguientes a la fecha del accidente cubierto.
- 22. Tratamiento médico de emergencia.** La Compañía cubrirá todo costo proveniente de procedimientos médicos o quirúrgicos de emergencia.
- 23. Tratamiento de Podología.** Se pagaran hasta un máximo de US \$20,000.00 por año, por persona, por la cirugía y el tratamiento de los desórdenes del pie, incluyendo callosidad, juanetes, verrugas plantares, Hallux Valgus, neuroma de Mortin, fascitis plantar, pies planos, y dedo de martillo. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- 24. Unidad de Cuidados Intensivos.** Área del hospital designada y autorizada por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes. **Se cubrirá al 100% por día, cuando el Asegurado sea tratado en un hospital de los Proveedores Preferidos de la Compañía, en caso de recibirse la atención en los Estados Unidos de América. En caso contrario, se cubrirá hasta el valor indicado en el Cuadro de Seguro de la Póliza, limitado al costo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- 25. Visitas a médicos y especialistas.** Los honorarios por visitas en el hospital y ambulatorias de médicos y especialistas serán pagadas hasta los límites de la Póliza.
- 26. Visitas a la sala de emergencia.** Cuando sea médicamente necesario, debido a la severidad de una enfermedad o lesión, las visitas a la sala de emergencia serán cubiertas, hasta los límites de la Póliza.
- 27. Visitas a la sala de emergencia por condiciones críticas:** Cuando sea médicamente necesario únicamente debido a una de las condiciones críticas detalladas a continuación, las visitas a la sala de emergencia serán cubiertas sin la aplicación del deducible correspondiente, para los planes de deducible I, II y III (US \$ 1,000 y US \$ 2,000 y US \$ 5,000), siempre que la atención sea dentro del País de Residencia:
- Crisis hipertensiva, Accidente Cerebro Vascular, Dolor precordial (primeras 12 horas) con alteraciones enzimáticas (Troponina), Dolor precordial agudo, Crisis asmática, Pérdida del conocimiento, Obnubilación, Dolor abdominal agudo, Colecistitis aguda, Hemorragias, Insuficiencias respiratorias**



aguda, Deshidratación, Intoxicación aguda, Cólico nefrouretral, Trombosis, Vómito o diarrea severas, Convulsiones, Reacciones alérgicas agudas, Retención urinaria aguda, Shock de cualquier etiología, Episodios neurológicos agudos, Coma.

28. Cobertura de Viajero en caso de emergencias.

Se eliminará el deducible en caso de cualquier tratamiento por Emergencia Médica, incurrida fuera del País de residencia y únicamente para las opciones de deducible I, II y III (US\$1,000, US\$2,000 y US\$5,000). Este beneficio aplicará para la primera asistencia de la Emergencia Médica, siendo posible manejar como pago directo los casos que requieran hospitalización de más de 24 horas. En caso de atención ambulatoria las reclamaciones serán procesadas por reembolsos. **Este beneficio solamente aplicará para condiciones cuyo inicio de síntomas y el diagnóstico de la misma se presente durante esta emergencia por lo que condiciones o complicaciones de enfermedades anteriormente tratadas, y con diagnóstico previo no serán cubiertas bajo este beneficio.**

Para los efectos de este beneficio se entenderá como Emergencia Médica, una condición médica súbita y aguda que requiere tratamiento médico o quirúrgico inmediato.

29. Muerte cerebral y estados comatosos irreversibles.

Cualquier gasto por cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales. Se reconocerán máximo 60 días calendario por vigencia anual y dentro de ellos un máximo de 30 días de estancia en unidad de cuidados intensivos. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

B. Cobertura Adicional (opcional):

Es la cobertura distinta de la Cobertura Básica que se contrata de forma adicional por el Contratante y/o Asegurado Principal y que será descrita en el Anexo de la póliza.

En caso de contratar la **Cobertura Adicional de Maternidad** la Compañía pagará o reembolsará, los montos incurridos durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a los términos

y condiciones estipulados en el Anexo A, las Condiciones Generales y en el Cuadro de Beneficios de la Póliza relacionados con los gastos médicos incurridos en razón de una maternidad y sus posibles complicaciones. **La cobertura adicional únicamente podrá ser contratada para las opciones de deducible I y II,** además, ésta cobertura adicional está exenta de la aplicación del deducible.



C. Descripción de Beneficios de la Cobertura Básica:

Los beneficios de la Cobertura Básica se resumen y complementan con la información contenida en el siguiente Cuadro de Seguro:

Beneficio / Servicio		AMERICAN HEALTH ACCESS
Área de Cobertura		Costa Rica y Mundial
Suma Máxima Anual Renovable		US\$ 1,000,000 ^{oo}
1. "HOSPITALIZACIÓN" Servicios Incluidos en el Beneficio:		
Habitación y Alojamiento (por día)		100%
Unidad de Cuidados Intensivos (por día)		100%
Acompañante de un menor hospitalizado (*)		Hasta \$100 Cobertura máxima por noche
Acompañante de un Asegurado mayor de 18 años de edad hospitalizado. (Cobertura máxima por noche por un máximo de 30 días) (*)		\$100
Honorarios Cirujano y Asistente		100%
Honorarios Anestesiólogo		100%
Medicamentos Recetados		100%
Estudios de Laboratorio, Patología y Diagnóstico por Imágenes		100%
Tratamiento de Cáncer		100%



Diálisis	100%
Prótesis e Instrumentos Correctivos	100%
Trasplantes de órganos (Incluye: Etapa previa al Trasplante; Etapa del Trasplante; y Etapa posterior al Trasplante) (*)	Hasta \$300,000 Máxima Suma Asegurada por Beneficio vitalicio, mientras la póliza esté vigente
Gastos del proceso de donación de órganos (*)	Hasta \$25,000 (Valor que se descuenta del beneficio de Trasplante de órganos y está destinado solo a cubrir los gastos del proceso de donación)

2. "TRATAMIENTOS AMBULATORIOS" Servicios Incluidos en el Beneficio:

Visitas a Médicos y Especialistas	100%
Visitas a la Sala de Emergencias	100%
Visitas a la sala de emergencia por condiciones críticas (no aplica deducible)	100%
Cobertura de Viajero en caso de emergencias (no aplica deducible)	100%
Muerte cerebral y estados comatosos irreversibles (*)	100%
Tratamiento de Cáncer (*)	100%
Estudios de Laboratorio, Patología y Diagnóstico por Imágenes	100%
Diálisis (*)	100%
Medicamentos Recetados	Hasta \$6,000



Terapia Física y de Rehabilitación (Máximo 30 días) (*)	Hasta \$6,000
Cuidados de Salud en el Hogar (Máximo 30 días) (*)	Hasta \$6,000
Equipo Médico Duradero (*)	Hasta \$6,000

3. "OTROS BENEFICIOS"

Servicios Incluidos en el Beneficio.	
Ambulancia Aérea y Terrestre (no aplica deducible) (*)	Hasta \$50,000 por año póliza por asegurado
Condiciones Congénitas y Hereditarias antes de los 18 años de edad	Hasta \$200,000 máxima suma asegurada por Beneficio vitalicio,
mientras la póliza esté vigente	\$100
Condiciones Congénitas y Hereditarias a partir de los 18 años de edad	Hasta \$1,000,000 máxima suma asegurada por Beneficio vitalicio,
mientras la póliza esté vigente	100%
Deportes y Aficiones Peligrosas	Hasta \$250,000 máxima suma asegurada por Beneficio vitalicio,
mientras la póliza esté vigente	100%
Tratamiento Dental de Emergencia	100%
Cuidados con fines Paliativos (*)	100%
Tratamiento Médico de Emergencia	100%



Extensión de las Coberturas	Un (1) año de cobertura bajo esta Póliza para los asegurados que pertenezcan al Núcleo familiar del Asegurado Principal en el momento del fallecimiento del Asegurado Principal por cualquiera de las causas cubiertas bajo esta Póliza.
Tratamientos de Podología (*)	Hasta \$20.000 por Año Póliza, por Asegurado
Tratamientos Especiales (*)	100%
Repatriación de restos mortales (*)	Hasta US\$6,000.00 de Máxima Suma Asegurada por Beneficio vitalicio
Muerte cerebral y estados comatosos irreversibles	Máximo 60 días calendario por Año Póliza y dentro de ellos máximo 30 días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos

(*) = Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la

cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

D. Exclusiones:

La cobertura de esta Póliza no surtirá efecto cuando la causa que da origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:

1. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de enfermedad o lesión que no sea:
 - Médicamente necesario o no tenga relación con el diagnóstico de base;
 - Indicado por un médico;
 - Prestado por un médico licenciado o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica; y

- Probado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa, o experimentación en seres humanos, o en proceso de ensayo clínico, así como aprobado por el Ministerio de Salud (en Costa Rica) o quien haga sus veces, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) o por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas, en caso de que el servicio sea prestado en Europa. La aprobación de la FDA y de las Agencia Europeas se requiere para el caso de cobertura internacional.



2. Condición o Enfermedad Preexistente según definición. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas condiciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En base a ello la Compañía establecerá las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable.

Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la Solicitud de Seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad, producirá la nulidad relativa o absoluta del contrato de seguro según corresponda.

3. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza.
4. Condiciones diagnosticadas dentro de los primeros 60 días posteriores a la fecha efectiva de la póliza no relacionadas con una enfermedad de origen infeccioso o con lesiones originadas por accidentes ocurridos a no ser que el período de carencia haya sido expresamente exonerado por LA COMPAÑÍA.
5. Cuidados de maternidad o del Recién Nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza.
6. Complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.

7. Terminación voluntaria de un embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre, o sea permitido legalmente.
8. Exámenes médicos preventivos.
9. Costos que excedan lo usual, razonable y acostumbrado (URA) y por un servicio o suministro médico determinado, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia del mismo.
10. Tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas causadas por participar en guerras, motines, conmoción civil, huelgas o actividades ilegales, incluyendo el encarcelamiento resultante.
11. Tratamiento de lesiones y sus complicaciones y secuelas sufridas por un Asegurado mientras es miembro activo de una unidad de seguridad pública policial o militar.
12. Tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.
13. Tratamiento por lesiones o enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, las drogas, las sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.
14. Servicios médicos efectuados en una institución gubernamental en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita o cuando un tercero sea responsable de cubrir los gastos médicos del Asegurado, ya sea por



un contrato o por responsabilidad civil extracontractual. Esto incluye el tratamiento de epidemias que estén bajo el control y dirección del gobierno correspondiente.

15. Gastos médicos incurridos en los países que estén bajo un embargo emitido por los Estados Unidos de América.
16. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria u hospitalizaciones de más de 23 horas previas a una cirugía programada.
17. Cuidados de custodia y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar.
18. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que LA COMPAÑÍA los apruebe expresamente.
19. Suplementos alimenticios, a no ser que se requieran para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.
20. Medicamentos de venta libre o sin receta médica.
21. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta póliza.
22. Exámenes auditivos de rutina, dispositivos para la audición, exámenes oculares, anteojos, lentes de contacto, y/u otros procedimientos o dispositivos para corregir desórdenes de la refracción visual.
23. Tratamiento quiropráctico u homeopático o cualquier tipo de medicina alternativa.
24. Tratamiento dental no relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza o cuando un tratamiento dental cubierto por la Póliza comienza después de 120 días de la fecha del accidente cubierto por la póliza.
25. Tratamientos del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de cáncer o un accidente cubierto por esta Póliza.
26. La esterilización masculina o femenina, la reversión de la esterilización, tratamiento de infertilidad, el control de la natalidad, métodos anticonceptivos o micro abortivos, los procedimientos para el cambio de sexo, tratamiento de disfunción eréctil, aun cuando los mismos sean secundarios a una condición cubierta por la Póliza.
27. Desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano ('VPH'), Virus de Inmunodeficiencia Adquirida ('VIH'), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las enfermedades de transmisión sexual.
28. El tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica profesional de deportes o la práctica de deportes por la que reciba compensación que constituya la mayor parte de su fuente de ingreso.



- 29.** Tratamiento por trastornos del sueño, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, y trastornos de conducta o de aprendizaje.
- 30.** Trastornos psiquiátricos o psicológicos, excepto si los mismos son necesarios para tratar la complicación de una condición médica cubierta por la Póliza según definen los términos y limitaciones de la misma.
- 31.** Tratamiento para obesidad o para el control del peso corporal, incluyendo cirugía bariátrica, y las complicaciones y secuelas de estos tratamientos.
- 32.** Cirugía electiva de carácter cosmético o reconstructivo y sus complicaciones y secuelas; o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético, y sus complicaciones y secuelas, con la excepción de los casos en que dichos tratamientos sean médicamente indicados durante o después del tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta por la Póliza, siempre y cuando dicha lesión o enfermedad haya ocurrido posteriormente a la fecha efectiva de la Póliza. Esto incluye cualquier tratamiento por deformidades nasales o del tabique nasal que no esté relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza.
- 33.** Tratamientos con estimuladores del crecimiento óseo o con hormonas de crecimiento y sus complicaciones y secuelas.
- 34.** Servicios médicos proporcionados por cónyuges o por parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.
- 35.** Tratamientos relacionados con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. Los costos de la criopreservación por espacio de más de 24 horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula, excepto según provea esta Póliza bajo sus términos y restricciones.
- 36.** Esta póliza no provee beneficios o cobertura en los siguientes casos: Cualquier tratamiento médico quirúrgico relacionado con la condición médica que genere el trasplante de órgano, una vez agotado el beneficio máximo vitalicio del trasplante.
- 37.** Los honorarios médicos, profesionales, así como costos hospitalarios por Tratamientos Médico o quirúrgicos recibidos en instituciones médicas en EEUU que no pertenezcan a la Lista de Proveedores Preferidos, con excepción de los tratamientos y atención recibida producto de una Emergencia Médica según se define en esta póliza.
- 38.** Tratamientos Médicos Preventivos.
- 39.** Gastos o cuidados médicos relacionados con la Enfermedad de Alzheimer o demencia.



E. Restricciones a las coberturas:

1. Período de Espera:

Es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que cada Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza a partir de la Fecha Efectiva de la misma.

El Periodo de Espera general es de sesenta (60) días naturales contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza. Durante este término sólo se cubrirán Urgencias Médicas por Accidentes o Enfermedades de Origen Infeccioso.

La Compañía exonerará del período de espera bajo las siguientes circunstancias:

Si el Asegurado ha tenido cobertura bajo una Póliza de Seguro de Salud (individual o grupal) durante un periodo ininterrumpido de doce (12) meses antes de esta póliza; y

La fecha efectiva de esta Póliza ocurre dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento de la Póliza anterior.

Una copia del Certificado de Seguro de la Póliza anterior, así como la prueba de los pagos de la prima correspondiente por los 12 meses anteriores deben ser enviadas a la Compañía antes de la fecha de aprobación de esta Póliza.

PERIODO DE ESPERA CUANDO SE SOLICITA CAMBIO DE PLAN: El Asegurado Principal puede solicitar cambio de Plan o de Producto en la fecha de Aniversario de la Póliza. La solicitud de cambio de Plan o de Producto debe

ser recibida por escrito antes del día del Aniversario de la Póliza y la aprobación de la solicitud estará sujeta a la aprobación del Departamento de Selección de Riesgo. Todo cambio de plan surtirá efectos a partir del momento en que el Asegurado principal reciba la comunicación de aceptación por parte de la Compañía. Durante los primeros sesenta (60) días calendarios posteriores al cambio, los beneficios pagables por cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente o enfermedad de origen infeccioso, estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos. Durante los primeros (10) meses después de la fecha de efectividad del cambio, la cobertura de los cuidados de maternidad, las complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos. Durante los primeros seis (6) meses después de la fecha de efectividad del cambio, el beneficio de Trasplante de Órgano estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

2. Suma Máxima Anual Renovable:

Monto máximo contratado por Año Póliza para cubrir todos los Eventos amparados por la Póliza. Este monto deberá ser renovado cada año. Dentro de cada período de Año Póliza este monto se irá reduciendo con cada reclamo presentado y efectivamente pagado. La Suma Máxima Anual Renovable está indicada en el Cuadro de Beneficios.



3. Coexistencia de Indemnizaciones:

El pago de las indemnizaciones de esta Póliza no se duplicará con las indemnizaciones de ninguna otra póliza de seguros para la cual un Asegurado pueda ser elegible. Si un Asegurado elegible para recibir indemnizaciones bajo esta Póliza, también resulta elegible para recibir indemnizaciones bajo cualquier otra póliza de seguro emitida por cualquier otra compañía que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) para el tratamiento de un Evento, la suma de las indemnizaciones pagaderas por esta Póliza y cualquier otra póliza de seguros será coordinada y proporcional entre ambas, de manera que el total pagado no sobrepase el total de los gastos elegibles en esta Póliza. En ningún caso, la cantidad de indemnizaciones pagaderas por esta Póliza podrá exceder la cantidad máxima estipulada para las indemnizaciones de que se trate.

4. Cambio de país de residencia:

El Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de País de Residencia dentro de los

primeros (30) días después de realizado el cambio. El cambio de residencia podría resultar en un ajuste de las condiciones de asegurabilidad según el área geográfica. **Es causal de terminación del contrato si el Asegurado cambia de país de residencia**, a excepción de hijos dependientes que permanezcan temporalmente en este país en calidad de estudiantes. Dicho cambio deberá de ser autorizado previamente por la compañía, debiendo el asegurado proveer a la compañía los documentos correspondientes y copia de la visa de estudiante. **Será causa de terminación del contrato o de la cobertura cuando el Asegurado Principal o un Asegurado Dependiente no autorizado previamente por la compañía, permanezca por más de ciento ochenta (180) días continuos fuera de Costa Rica. La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de residencia resultará en la terminación del contrato.**

PARÁGRAFO: Un hijo Dependiente, estudiante en el extranjero, seguirá siendo Asegurado siempre y cuando dependa económicamente del titular de la póliza y se encuentre legalmente en el extranjero en calidad de estudiante.

IV. CLAUSULAS GENERALES

A. Obligaciones del Asegurado:

Son obligaciones del Asegurado Principal declarar verazmente en los formularios relacionados con la Póliza y pagar la prima en los términos de la Póliza. En caso de incumplir con sus obligaciones la Compañía podrá terminar la Póliza de conformidad con la cláusula **IV.E.3. Terminación del Seguro.**

El Asegurado Principal deberá informar a la Compañía, mediante comunicación escrita dirigida a La Compañía o a la dirección electrónica suministrada en el Cuadro de Beneficios, cualquier situación que pueda implicar una modificación a la Póliza, tales como: ingresos o retiros a los Grupos Asegurados; cambios de residencia; cambios a consecuencia de nacimientos, adopciones, matrimonios, fallecimientos, parentesco; cambios de estado civil; así como



datos generales del Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la ocurrencia de la situación.

Cualquier ingreso a los Grupos Asegurados durante la vigencia de la Póliza deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

Para la inclusión de un Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de la Compañía, hasta el vencimiento de la anualidad de la Póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás Asegurados.

El retiro de las personas aseguradas por fallecimiento dará derecho a la devolución de la prima no devengada a prorrata al Asegurado Principal en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles a partir de la fecha de fallecimiento de la persona asegurada.

La Compañía se reserva el derecho de limitar, extraprimar o rechazar el riesgo propuesto.

1. Deducible:

Es la cantidad predeterminada de dinero que asume el Asegurado por las prestaciones médicas y que debe cancelar directamente al proveedor médico ó que será reducida de la indemnización por la Compañía, en caso de reembolso. El Deducible está indicado en el Cuadro de Beneficios. El Deducible se aplicará de la manera siguiente:

Un Deducible por Asegurado por Año Póliza, de acuerdo al Plan aprobado.

Un máximo de 2 deducibles por Grupo Asegurado, para ese Grupo Asegurado, por Año Póliza.

Los gastos médicos cubiertos en que incurra el Asegurado durante los últimos 3 meses del año Póliza, serán aplicados al deducible en ese año póliza y trasladados y aplicados al deducible del Asegurado del próximo año.

No se aplicará deducible a la primera asistencia en caso de accidente, tanto en el País de residencia como a nivel mundial, únicamente para las opciones de deducible I, II, III (US \$ 1,000 y US \$ 2,000 y US \$ 5,000). Será posible manejar como pago directo los casos que requieran hospitalizaciones mayores de 24 horas. En caso de atención ambulatoria las reclamaciones serán procesadas por reembolso.

No se aplicará deducible a las asistencias por emergencias debido a alguna de las condiciones críticas detalladas en la Sección III. Descripción de las Coberturas, punto 27. Visitas a la sala de emergencias por condiciones, únicamente para las opciones de deducible I, II, III (US \$ 1,000 y US \$ 2,000 y US \$ 5,000) siempre que estas asistencias hayan sido en el País de Residencia. Será posible manejar como pago directo los casos que requieran hospitalizaciones mayores de 24 horas. En caso de atención ambulatoria las reclamaciones serán procesadas por reembolso.

Algunos beneficios de esta póliza están exentos del Deducible. Dichos beneficios serán identificados en el Cuadro de Seguro de la Póliza y en el Cuadro de Beneficios.



Reducción del Deducible: Cada Asegurado que se mantenga sin Reclamos cubiertos por un período de 3 Años Póliza consecutivos, tendrá el derecho a una reducción del 50% del Deducible correspondiente a su primer Reclamo cubierto. Los Reclamos subsiguientes estarán sujetos al Deducible total. El beneficio de reducción del Deducible se hará disponible al Asegurado al mantenerse sin Reclamos cubiertos cada período de 3 Años Póliza consecutivos.

Los Reclamos no compensables, así como los Reclamos por Exámenes Médicos Preventivos no se tomarán en cuenta respecto a la regla anterior. Este beneficio sólo está disponible en los Planes I, II y III.

En caso de existir otra póliza de salud con cobertura local, que otorgue los mismos beneficios bajo los términos descritos en esta Póliza, los valores pagados por los beneficios de la otra póliza local serán acreditados al Deducible del Asegurado, siempre y cuando éstos pagos excedan el deducible pactado que deba ser asumido por el Asegurado en la presente Póliza.

Para esta póliza no aplican Coaseguro ni Copago.

2. Legitimación de Capitales

El asegurado o tomador se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente" y sus documentos requeridos, de igual forma se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario o cualquier documento que sea requerido por la Compañía en función de la Ley 8204, su reglamento y su respectiva normativa.

La Compañía, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación. La Compañía devolverá la prima no devengada en un plazo de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación y comunicación respectiva al asegurado o tomador.

B. De la Póliza:

1. Vigencia y Ámbito de Cobertura de la Póliza:

El Seguro provisto bajo esta Póliza tendrá vigencia de un año, renovable por periodos iguales, contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza, durante las veinticuatro (24) horas del día siempre que la Póliza se mantenga vigente mediante el pago de las Primas. La cobertura de esta póliza se suspende al agostarse el Máximo Anual Renovable.

La Póliza se considerará emitida al ser recibida por el Asegurado Principal la aceptación por parte de la Compañía y será efectiva a las 00.01 horas de la Fecha Efectiva de la Póliza, no en la fecha en que la Solicitud de Seguro fue firmada. La cobertura para cada Asegurado Dependiente incluido en la Póliza iniciará en la fecha en que la Compañía notifique su aceptación dentro de la Póliza, que para todos los efectos se considerará la Fecha Efectiva de la Cobertura para ese Asegurado en particular.

2. Modificaciones:

Solamente el Presidente o el Gerente General de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones de esta Póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en una addendum firmado



que contenga el consentimiento del Asegurado Principal. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por ningún Corredor, Sociedad Corredora, Sociedad Agencia o Agente de Seguros o ninguna otra persona que no sea alguna de las mencionadas en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni los Corredores o Sociedades Corredoras ni las Sociedades Agencias o Agentes de Seguros actuarán en nombre de la Compañía, sino únicamente por cuenta de ésta.

C. De la Prima:

1. Pago de la Prima:

La Prima de esta Póliza deberá ser pagada en cada aniversario a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza. El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza será responsabilidad del Asegurado Principal. El Asegurado Principal pagará a la Compañía por adelantado en sus oficinas, ubicadas en San José, Pozos de Santa Ana, 125 metros al oeste de Momentum Lindora, Centro Corporativo Lindora, segundo piso, la prima correspondiente para la emisión y renovaciones posteriores de la Póliza, así como las primas necesarias para la adición de sus Dependientes a la Póliza. Los pagos se podrán efectuar mediante tarjeta débito, tarjeta de crédito o transferencia bancaria directamente a una cuenta de la Compañía.

Las partes podrán acordar el pago fraccionado de las primas, sea en forma mensual, trimestral o semestral. En caso de siniestro, cuando el pago de la prima sea fraccionado, la Compañía tendrá derecho a exigir el pago del saldo de la prima anual de previo al reembolso.

Mediante petición escrita, el Asegurado Principal puede solicitar modificación en el plazo de pago de la Prima, con el ajuste apropiado del caso, aunque ningún pago de prima podrá conservar esta Póliza en vigencia más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

Para la inclusión de un Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de la Compañía, hasta el vencimiento de la anualidad de la Póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás Asegurados.

2. Derecho de Retracto y Reembolso de Primas:

El Asegurado Principal puede cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía dentro de un período de treinta (30) días naturales después de haber sido notificado de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. Si no se han hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará nula e inválida, como si nunca hubiese sido emitida.

El reembolso será por la porción no devengada de la Prima si la Póliza es cancelada por el Asegurado Principal después del plazo indicado en el párrafo anterior, o en caso de fallecimiento del Asegurado Principal. La porción no devengada de la Prima se calcula con base en el número de días que el Asegurado no esté cubierto por la Póliza. El número de días se determina desde la fecha efectiva de la cancelación de la Póliza hasta su siguiente Fecha de Vencimiento.



3. Periodo de Gracia:

A partir de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, el Asegurado Principal gozará de un Período de Gracia de treinta (30) días naturales para pagar la Prima de renovación pactada, y durante este tiempo todas las coberturas de la Póliza se mantendrán vigentes. A las doce horas (12:00 m.) del último día del Período de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Asegurado Principal no ha cubierto el total de la Prima pactada.

En caso de siniestro dentro del Periodo de Gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al período del seguro contratado.

4. Modificación de la Prima:

La Compañía tiene el derecho de modificar la prima: 1º) en cualquier fecha de aniversario de la póliza; y 2º) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que las tarifas que entonces se cobren, hayan estado vigentes por doce (12) meses, y siempre que la Compañía notifique al Contratante por lo menos con treinta y un (31) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

- a) Las tarifas vigentes;
- b) Los beneficios de la póliza;

- c) Número de familiares dependientes;
- d) Experiencia previa de la cartera de pólizas de salud individual de gastos médicos mayores;
- e) Inflación de costos médicos de Costa Rica y en el resto del mundo;
- f) Edad de los asegurados.

El cálculo del ajuste de primas aplicables en la renovación de las pólizas de salud individual de gastos médicos mayores, se realiza analizando la cartera de pólizas individuales en conjunto, es decir, considerando la cartera de pólizas individuales como una póliza de grupo. A partir del análisis se determina un ajuste requerido por la cartera de pólizas individuales, y dicho ajuste se aplica a todas las pólizas individuales, independientemente de la siniestralidad individual de cada póliza.

La modificación de la prima, o la terminación de la Póliza, con respecto a un Asegurado Dependiente o una cobertura específica, no necesariamente implica la modificación de las primas o terminación de la Póliza con respecto a los demás Asegurados o coberturas.

La Póliza continuará vigente mientras no se reciba aceptación o negativa escrita por parte del Asegurado de las nuevas condiciones de la prima, o que haya vencido su plazo para dicha manifestación, o que le haya sido comunicada la rescisión de la Póliza.



5. Recargos por pago fraccionado de la prima:

En cualquier aniversario de la Póliza, el Asegurado Principal puede optar por el pago fraccionado de la Prima anual total mediante pagos mensuales, trimestrales o semestrales. Los siguientes son los porcentajes de recargo a aplicar a la prima anual por su fraccionamiento:

Frecuencia de Pago	Recargo por Fraccionamiento de Prima de Tarifa
Mensual	12%
Trimestral	10%
Semestral	6%

Las Primas convenidas para pagos semestrales y anuales podrán ser pagadas a través de cargo a tarjeta de crédito o tarjeta de débito, o por transferencia bancaria. Las Primas convenidas para pagos mensuales y trimestrales únicamente podrán ser pagadas mediante cargo a tarjeta de crédito. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago. Los errores bancarios o de cualquier otra naturaleza, no imputables a la Compañía, que eviten la correcta acreditación del pago de la Prima correspondiente, no eximirán al Asegurado de su obligación de pago de la misma dentro del plazo establecido en estas Condiciones Generales.

6. Exoneración de prima:

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, la Compañía cancelará y asumirá el pago de la prima de renovación de la Póliza por un (1) año para los Asegurados que pertenecieran al núcleo familiar del Asegurado Principal en el momento de su fallecimiento. Para que este beneficio surta efectos, el fallecimiento del Asegurado Principal deberá haber sido causado por una Lesión, Condición Médica o Enfermedad elegible para los Gastos Médicos Cubiertos. Este beneficio terminará automáticamente para el cónyuge o compañero(a) sobreviviente y sus descendientes, si el cónyuge o compañero(a) contrajera matrimonio o entrara en estado de unión libre; y para el caso de otros Asegurados que pertenezcan a su núcleo familiar, cuando estos dejen de ser elegibles. En caso de reembolso, la Compañía pagará los Gastos Médicos Cubiertos al Asegurado que haya generado dichos gastos. Cuando los gastos le correspondan al Asegurado Principal y este hubiere fallecido, dichos gastos deberán ser reembolsados a los herederos legales, atendiendo el procedimiento sucesorio establecido por la legislación.

En el caso que en el núcleo del Asegurado Principal sobrevivan únicamente hijos dependientes menores de edad, se requerirá que quien ostente su patria potestad o representación legal pase a ser el Contratante en la póliza para que los dependientes puedan ser elegibles para este beneficio. Si el Tutor que pasaría a ser el Contratante no hubiera estado previamente asegurado en la póliza y el mismo quisiera contar con cobertura, deberá enviar una solicitud de cobertura y pasaría por evaluación de riesgo.



D. Del reclamo de siniestros:

1. Aviso y prueba de Reclamación:

El aviso escrito de cualquier lesión o de enfermedad en que se base la reclamación debe presentarse a la Compañía en, a más tardar a los ciento ochenta (180) días después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la enfermedad. La prueba de tal lesión o enfermedad se le debe suministrar a la Compañía, a más tardar a los ciento ochenta (180) días después de terminarse el período por el cual los beneficios son pagaderos bajo este Póliza.

Dentro de un periodo de ciento ochenta (180) días naturales a partir de la fecha de ocurrencia del Evento, el Asegurado deberá enviar los siguientes documentos a las oficinas de la Compañía ubicadas en San José, Pozos de Santa Ana, 125 metros al oeste de Momentum Lindora, Centro Corporativo Lindora, segundo piso, para comenzar el proceso de Reclamo:

- a) Todas las facturas originales y desglosadas de cada Proveedor. Para el pago del beneficio de medicamentos por prescripción, se debe presentar además el original de la receta médica de la medicina expedida por un Médico.
- b) Fotocopia de los expedientes médicos correspondientes;
- c) Un formulario de Reclamación por cada Evento, debidamente cumplimentado y firmado. El formulario está disponible para los Asegurados en las oficinas de la Compañía y en el portal (sitio Web), cuya dirección es informada al Asegurado Principal en el Cuadro de Beneficios al momento de contratar la póliza.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que la ocurrencia del Evento se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible. En caso de que, por cualquier motivo, no sea posible la entrega de los documentos originales en las oficinas de la Compañía, copia de los documentos indicados pueden ser enviados a la dirección electrónica suministrada por la Compañía en el Cuadro de Beneficios al momento de contratar la Póliza, con la intención de iniciar el trámite a la mayor brevedad.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la presentación de los documentos originales en sus oficinas de previo a efectuar el pago de la indemnización correspondiente.

La Compañía tendrá derecho y la oportunidad de que un médico designado por ésta examine a la persona reclamante bajo esta Póliza cuando y cuantas veces así lo requiera, en forma razonable.

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado y/o terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de los reclamos, y será mantenida en total confidencialidad.



El Asegurado deberá dar a la Compañía toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

En caso de cualquier duda puede comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 4000-1673 o al correo electrónico **serviciocr@palig.com**.

2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios:

a) AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA COMPAÑÍA

Para los servicios ofrecidos por la Póliza, a efectuarse dentro o fuera del país, que requieran de autorización previa por parte de la Compañía, de conformidad con lo dispuesto en el Cuadro de Seguro o en las Definiciones de las Coberturas, se seguirá el siguiente procedimiento:

El Asegurado debe comunicarse con la Compañía al número telefónico ó dirección electrónica suministrados al momento de contratar la Póliza, informando sobre el servicio requerido, con una anticipación de al menos setenta y dos (72) horas. La Compañía podrá requerir una segunda opinión para todos los procedimientos quirúrgicos electivos, no de urgencia.

b) SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Cuando el médico de un Asegurado haya indicado la necesidad de una cirugía electiva, (no de emergencia), el Asegurado deberá notificar a la Compañía al menos 72 horas antes de dicha cirugía. Si la Compañía requiere una segunda opinión quirúrgica, la misma debe ser llevada a cabo por

un cirujano seleccionado y pagado por la Compañía. Si la segunda opinión quirúrgica no confirma la necesidad de dicha cirugía, la Compañía coordinará y pagará los costos para una tercera opinión quirúrgica. Cuando la segunda o tercera opinión confirme la necesidad de la cirugía, los beneficios para la misma serán por cuenta de la Compañía.

3. Reclamante Sustituto:

Cuando se demostrare fehacientemente mediante Certificación Médica que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación la persona denominada como Reclamante Sustituto.

El Reclamante Sustituto deberá acreditarse en el formulario de Solicitud de Seguro que para este fin le proporcionará la Compañía, teniendo el Asegurado en todo momento la opción de modificar su designación y comunicar esta nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

La designación del Reclamante Sustituto le autoriza únicamente para realizar los trámites de Indemnización, ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado, por lo que se establece así que al efectuar el pago atribuible al Asegurado la Compañía habrá satisfecho la indemnización correspondiente a ese reclamo específico.

4. Pago de Indemnizaciones:

Todo reembolso o pago que efectúe La Compañía podrá ser tanto en dólares de los Estados Unidos de América, como en colones



costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

La Compañía efectuará el pago de las indemnizaciones debidas a quien acredite legalmente su derecho. La Compañía hará los pagos de Reclamos directamente a los Proveedores siempre que esto sea posible. Cuando no se efectúen pagos directos a los Proveedores, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la cantidad URA Usual, Razonable y Acostumbrada de los cargos reembolsables que le hayan sido sometidos a estudio. La Compañía habrá de recibir toda la información que requiera ya sea de naturaleza médica o no. Para determinar si el Reclamo es compensable, la Compañía puede requerir durante el procesamiento del mismo que el Asegurado reclamante se someta a un examen físico, el costo del cual será abonado por la Compañía. Todos los pagos o reembolsos que La Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado con motivo de esta Póliza, se efectuarán en las Oficinas de la Compañía en la dirección consignada en el Cuadro de Beneficios.

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza, sujetos a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días naturales después de haberse recibido y aprobado toda la documentación requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza.

En caso de que la documentación aportada no estuviese completa o fuese defectuosa, la Compañía lo comunicará por escrito al reclamante, dentro de los veinte (20) días naturales siguientes a la recepción de los documentos, lo cual suspenderá el plazo de resolución del reclamo. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la

Compañía contará con el remanente del plazo original para resolver el reclamo y hacer pago de la indemnización.

El Asegurado autoriza a La Compañía para solicitar toda la información que considere necesaria a la institución y/o médicos, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para análisis de siniestros, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, podrá divulgar la información confidencial cuando se requerida judicialmente.

5. Revisión de reclamos:

Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviará por escrito una solicitud de revisión a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días naturales la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con la legislación costarricense.

Quedan a salvo en caso de desacuerdo las acciones administrativas que correspondan ante el órgano que la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica cree al efecto.

6. Subrogación:

El Asegurado Principal transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos efectuados al Asegurado Principal



y/o a cualquiera de sus Asegurados Dependientes por cualquier beneficio cubierto por esta Póliza, resultantes de pérdidas, lesiones o daños que hubieren sido declarados responsabilidad de un tercero.

En virtud de este Derecho de Subrogación, la Compañía podrá recuperar los montos desembolsados directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños, o del Asegurado Principal y/o cualquiera de sus Asegurados Dependientes, en caso de que éstos últimos, habiendo sido indemnizados por la Compañía de conformidad con esta Póliza, hubieren además recibido de dichos terceros el resarcimiento de los daños causados.

El Asegurado que renuncie en forma total o parcial a los derechos indemnizatorios que le correspondan en contra de un tercero, sin el consentimiento de la Compañía, perderá el derecho de ser indemnizado por ésta. De igual forma, será responsable del pago de daños y perjuicios a favor de la Compañía el Asegurado que obstaculice o no coopere con la Compañía en el ejercicio del derecho de subrogación que se le otorga en este artículo.

7. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización:

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas, si queda demostrado que los Asegurado o sus representantes, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, han declarado en forma falsa e/o inexacta hechos que podrían excluir o restringir dichas obligaciones. En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado, sus beneficiarios, sucesores o cesionarios por cualquier cantidad que haya pagado, basándose en todo o en parte

en una información falsa, incompleta, engañosa o errónea. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la presente póliza no se encuentre vigente.

8. Redes de Proveedores:

La Compañía pondrá a disposición de los Asegurados los nombres y direcciones de las siguientes redes de Proveedores, exclusivamente para casos de trasplantes y para gastos incurridos en los Estados Unidos de América, en el sitio Web que se indica en el Cuadro de Beneficios de la Póliza. La Compañía le entregará a cada Asegurado un carné de Asegurado el cual deberá presentar a los proveedores dentro de la Red a efectos de tener acceso a la prestación de los servicios.

PROVEEDORES DE TRASPLANTES:

Grupo de Instituciones Médico Hospitalarias legalmente reconocidas en el país donde se encuentre, las cuales han sido seleccionadas por la Compañía para realizar procedimientos de trasplante a los asegurados.

PROVEEDORES PREFERIDOS:

Son Instituciones Médico Hospitalarias de excelencia médica dedicadas al cuidado de la salud en los Estados Unidos de América, legalmente reconocidas que pueden incluir Hospitales, Laboratorios, Centros Diagnósticos, Servicios de Atención en el Hogar, etc., y que han sido seleccionados y aprobados por la Compañía para brindar atención a sus asegurados. La lista de proveedores preferidos puede cambiar en cualquier momento. Para encontrar la lista actualizada puede visitar el sitio Web indicado en el Cuadro de Beneficios.



9. Gastos por servicios obtenidos fuera de los Proveedores Preferidos para el caso de atención médica de Emergencia en los Estados Unidos de América:

Bajo esta Póliza, en los Estados Unidos de América, los Asegurados no podrán utilizar proveedores médicos distintos a los Proveedores Preferidos salvo única y exclusivamente en caso de Emergencia según lo define esta Póliza.

E. Vigencia y posibilidad de Prórrogas:

1. Vigencia y Prórrogas:

El Seguro provisto bajo esta Póliza tendrá vigencia de un año, prorrogable por periodos iguales, contados a partir de la Fecha de Vigencia de la Cobertura, durante las veinticuatro (24) horas del día, siempre que la Póliza se mantenga vigente mediante el pago de las primas. La prórroga de la póliza operará de conformidad con la cláusula IV.E.2. Prórroga de la Póliza.

2. Prórroga de la Póliza:

La cobertura otorgada por esta Póliza se prorroga automáticamente en forma anual con el pago de la Prima técnicamente determinada por la compañía en su fecha de vencimiento, tomando en consideración los siniestros y primas de la cartera de los últimos (24) veinticuatro meses, así como la provisión por siniestros; se establecerán ajustes sobre las tarifas de acuerdo con la relación entre siniestros y primas de cada póliza por separado. Sujeto a los términos y condiciones de este producto.

No se emitirán documentos de prórroga, ya que el pago de la Prima da constancia de la renovación y la validez de la cobertura.

3. Terminación del Seguro:

Terminación de la Póliza: La cobertura indicada en esta Póliza terminará a las 24:00 hrs. del día en que se declare la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales:

- a) Falta de pago de la Prima pactada al vencimiento del Período de Gracia;
- b) Fallecimiento del Asegurado Principal;
- c) Pérdida del Asegurado Principal de cualquiera de sus condiciones de elegibilidad, de conformidad con la cláusula **IV. F. 1. Elegibilidad de los Asegurados** de esta Póliza;
- d) Por comprobarse inexactitud o falsedad en las declaraciones del Asegurado según se establece en la cláusula **IV.E.5. Declaraciones Falsas e Inexactas** de la póliza.
- e) Cuando el Asegurado Principal permanezca por más de ciento ochenta (180) días continuos en los Estados Unidos de América.
- f) Cuando el Asegurado Principal deje de residir en Costa Rica.

Además de lo anterior, el Contratante y/o Asegurado Principal podrá rescindir y dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que desea dar por terminada la Póliza. En este último caso, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos de



un (20) veinte por ciento correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, el día de terminación de la Póliza.

La Compañía también podrá rescindir y dar por terminada la Póliza en cualquiera de los casos indicados en los apartes **IV.D.7 y IV.E.5.** de la Póliza, así como en todos aquellos demás casos en que la legislación costarricense lo autorice.

Terminación de la Cobertura Individual: La cobertura de un miembro del Grupo Asegurado terminará en los siguientes casos:

- a) Cuando un miembro del Grupo Asegurado fallezca.
- b) Cuando un miembro del Grupo Asegurado deje de residir en Costa Rica sin notificar a la Compañía.
- c) Cuando un miembro del Grupo Asegurado no autorizado previamente por la Compañía, permanezca por más de ciento ochenta (180) días continuos en los Estados Unidos de América.
- d) Cuando el Asegurado Principal, por escrito, solicite a la Compañía que se termine la cobertura para uno de los miembros del Grupo Asegurado bajo la Póliza.
- e) Cuando el Asegurado sea diagnosticado en estado de Muerte cerebral de conformidad con el beneficio de Muerte cerebral y estados comatosos de la Póliza.

No será reconocido por la Compañía ningún reclamo por gastos incurridos con posterioridad al término de la vigencia de esta Póliza.

4. Rehabilitación:

No obstante lo dispuesto por la Cláusula de Terminación de la Póliza, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, durante los sesenta (60) días siguientes a la cancelación de la Póliza, ésta puede ser rehabilitada, a discreción de la Compañía, para lo cual el Asegurado podrá solicitar la rehabilitación de la póliza pagando la Prima adeudada y una nueva Solicitud de Seguro, así como los expedientes médicos que la Compañía requiera para efectuar la evaluación correspondiente. En este caso, sólo se cubrirán aquellas pérdidas que resulten de un siniestro ocurrido a partir de la fecha de su rehabilitación, considerando siempre lo estipulado en la cláusula de **Exclusiones** de esta Póliza.

5. Declaraciones Falsas e Inexactas:

Esta Póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por los Asegurados en las solicitudes o reclamos correspondientes. En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por los Asegurados fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la información falsa o reticente hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Asegurado, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en



que conozca la naturaleza de la información, presentar al Asegurado una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Asegurado podrá aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Asegurado, o su negativa a aceptar el ajuste, darán derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el contrato conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el contrato devolviendo al Asegurado la prima no devengada al momento de dicha rescisión.

Cualquier información falsa, reticente o errónea suministrada sin dolo a la Compañía deviene indisputable una vez transcurridos dos años desde la Fecha Efectiva de la Póliza, y no podrá ser alegada por la Compañía como causal para dar por terminado el contrato o ajustar la Póliza. En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado Principal, sus Asegurados Dependientes, sucesores o cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido de cualquiera de los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

F. Condiciones Varias:

1. Elegibilidad de los Asegurados:

ELEGIBILIDAD PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL:

Es la persona que cuenta con dieciocho (18) años de edad cumplidos en el momento de presentar a la Compañía la Solicitud de Seguro Individual. Puede asegurarse individualmente o con cualquier otra persona que haga parte de su "Grupo Asegurado", de acuerdo con la definición que se da a continuación.

Para que se emita un seguro a un solicitante, debe cumplir la condición necesaria de elegibilidad. Esto se comprueba a través de la Solicitud de Seguro Individual, para comprobar la edad, estado de salud, y otros elementos evaluativos o mediante examen o historial médico.

Es requisito indispensable de elegibilidad que el asegurado principal y todos los miembros de su "Grupo Asegurado" sean residentes legales y permanentes de la República de Costa Rica.

ELEGIBILIDAD PARA GRUPO ASEGURADO:

Las personas que a consideración de la Compañía, previa presentación de Solicitud de Seguro Individual suscrita por el Asegurado Principal y por las personas mayores de edad que conformen el Grupo Asegurado y previo el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad respectivos, sean consideradas asegurables. En consecuencia, son asegurables las siguientes personas:

- **Grupo 1:** Asegurado Principal; Cónyuge o Compañero(a) del Asegurado Principal; y Dependientes.



- **Grupo 2:** Padres del Asegurado Principal.
- **Grupo 3:** Padres del Cónyuge o Compañero(a) del Asegurado Principal.

Bajo una misma Póliza se podrán asegurar hasta un máximo de tres (3) grupos asegurados.

Los Dependientes del Asegurado Principal y su Cónyuge o compañero(a) son elegibles para solicitar cobertura bajo la Póliza del Asegurado Principal.

No existe edad máxima para la renovación de ningún Asegurado. Al cumplir 18 años de edad, los Dependientes son elegibles para cobertura bajo su propia Póliza sin selección de riesgos, pagando la prima correspondiente, con un Deducible igual o mayor de la Póliza bajo la cual estaban cubiertos, con las mismas condiciones y restricciones de la Póliza anterior. Si el Dependiente desea cambiar a un Deducible más bajo o desea aumentar los beneficios, requerirá una nueva evaluación de riesgos. La Solicitud para una nueva Póliza debe ser recibida por la Compañía mientras la Póliza bajo la cual estaban cubiertos los Dependientes, esté vigente.

2. Elegibilidad del Recién Nacido:

Se requerirá una Solicitud de Seguro para procesar la adición del Recién Nacido a la Póliza, y la adición estará sujeta a evaluación de riesgos. Si la cobertura del Recién Nacido es aprobada, la misma tendrá un período de espera de 60 días después de su fecha efectiva. Durante este período de espera, sólo aquellas enfermedades que resulten de accidentes o enfermedades infecciosas tendrán cobertura.

3. Incorporación de Asegurados:

En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Asegurado Principal podrá incorporar nuevos Asegurados Dependientes mediante la presentación de la Solicitud de Seguro y el pago de la Prima adicional correspondiente una vez que la Compañía haya aceptado el riesgo. Los nuevos Asegurados Dependientes tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación. Tanto en el caso del Asegurado Principal como con los Asegurados Dependientes la Compañía podrá ofrecer al Asegurado posibilidades a escoger según la evaluación del riesgo y que incluyan combinaciones tales como mantener o disminuir la suma asegurada, mantener o aumentar la tarifa o combinaciones entre sí. En los casos de reducciones de la suma asegurada ésta no podrá ser mayor al 50%, y en caso de los recargos de tarifa, estos no podrán ser menores a 50% ni mayores a 300%.

La Compañía notificará al Asegurado Principal la aceptación o rechazo de su Solicitud dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su recepción. El silencio de la Compañía, una vez vencido el plazo indicado, equivaldrá a aceptación de la Solicitud.

4. Baja de Asegurados:

Las personas que se separen definitivamente de la Póliza dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que notifiquen por escrito esta situación a la Compañía, quedando sin validez alguna las coberturas con respecto a esa(s) persona(s). En este caso, la Compañía restituirá al Asegurado Principal la parte de la Prima no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, deduciendo



únicamente los gastos administrativos correspondientes a esa devolución. El reembolso correspondiente se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales a su solicitud.

Asimismo, en caso que el Asegurado no estuviese satisfecho por cualquier motivo con su cobertura, podrá solicitar a la Compañía su exclusión dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al día en que lo recibió y se reembolsará cualquier Prima facturada a la cuenta del Asegurado Principal, en cuyo caso la cobertura para ese Asegurado será anulada desde la Fecha Efectiva de la Póliza. El reembolso de la Prima se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales a su solicitud.

5. Edad de Aceptación:

El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en su Solicitud de Seguro. No obstante lo anterior, la Compañía podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha Efectiva de la Póliza o de la renovación posterior de la Póliza.

Si se comprueba que a la Fecha Efectiva de la Póliza la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía.

Si con posterioridad a la Fecha Efectiva de la Póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá de la siguiente forma:

- a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Compañía asumirá el riesgo, pero el Asegurado deberá reembolsar a la Compañía los montos correspondientes a las Primas dejadas de percibir por la Compañía. Si el Asegurado no lo hiciera, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza por falta de pago apropiado de la Prima. En caso de que el error fuere descubierto sucedido ya el siniestro, la Compañía podrá deducir de la suma indemnizada las Primas dejadas de percibir.
- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la obligación de la Compañía no se modificará, y la Compañía reembolsará en sus oficinas la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de recepción de la solicitud escrita correspondiente. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada en la fecha de celebración del contrato o de su última renovación.

La Compañía asumirá todas las obligaciones establecidas en la Póliza para con aquellos individuos que incorporare a la Póliza pero cuya edad se encontrare fuera de los límites de admisión, siempre y cuando dichos individuos hubiesen declarado verazmente su edad en su Solicitud de Seguro.

G. Disposiciones Legales:

1. Limitación de Responsabilidad:

La Compañía pondrá a disposición de sus Asegurados una Lista de Proveedores Preferidos en la dirección electrónica que se les indique en el Cuadro de Beneficios.



Los Proveedores Preferidos son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y la prestación de servicios asistenciales y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones, por lo que la Compañía no asume más responsabilidad legal respecto de dichas personas que la impuesta por la legislación costarricense de protección al consumidor.

2. Moneda:

Los valores de este contrato, tanto los beneficios de cobertura o indemnizaciones así como las primas se expresan en dólares de los Estados Unidos de América. Sin embargo, los pagos correspondientes a los reembolsos o indemnizaciones, así como a las primas de esta Póliza, podrán efectuarse tanto en dólares de los Estados Unidos de América, como en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

3. Prescripción:

Cumplíndose el plazo de cuatro (4) años después de la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización correspondiente al Asegurado, a menos que estuviere en trámite una reclamación o proceso judicial relacionados con la misma.

4. Período de Disputabilidad:

Plazo de dos años durante el cual la Compañía está legitimada para rescindir en forma inmediata, unilateral y de pleno derecho esta Póliza con respecto a uno o varios Asegurados, en caso de que se compruebe falsedad o

inexactitud de la información suministrada a la Compañía, y con base en la cual ésta aceptó incluir al Asegurado dentro de la Póliza.

Una vez transcurrido el plazo de disputabilidad de dos años a partir del perfeccionamiento del presente contrato, salvo cuando la persona Asegurada hubiera actuado con dolo, la Compañía no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas. La Compañía tampoco podrá disputar una enfermedad preexistente, no manifestada al perfeccionarse el contrato, cuando ésta se manifieste después del período de disputabilidad.

5. Valoración:

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por un perito cuyo nombramiento y honorarios se pagarán según lo establecido en la cláusula **IV.E.8. Solución de Controversias**.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, se procederá de conformidad con la cláusula **IV.E.8. Solución de Controversias**.

6. Rectificación:

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Contratante o los Asegurados tendrán un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido



el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

7. Confidencialidad:

La información de carácter confidencial que el Asegurado brinde a la Compañía, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda. El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificada, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

8. Solución de Controversias:

Las partes podrán acordar la posibilidad de resolver toda controversia relacionada con ésta póliza mediante cualquiera de los medios alternos de solución de controversias (mediación, conciliación y/o arbitraje) establecidos en la Ley N° 7727, del 9 de diciembre de 1997, de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social RAC.

9. Comunicaciones:

Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Contratante, o entre la Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas en la dirección indicada en el Cuadro de Beneficios. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Tomador serán efectuadas en el domicilio consignado en la carátula de la Póliza. Los Asegurados serán notificados por los medios y en las direcciones consignadas en su Solicitud Individual. En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

10. Jurisdicción y Competencia:

El presente Contrato se rige por las Leyes de la República de Costa Rica.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número _____ de fecha _____.





ANEXO A

COBERTURA ADICIONAL (Opcional) DE MATERNIDAD

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

EMBARAZO CUBIERTO: Embarazos de la Asegurada Principal o de la Cónyuge o Compañera del Asegurado Principal, en los que la fecha del parto ocurre al menos 10 meses contados a partir de la fecha efectiva de cobertura de la asegurada bajo esta póliza.

MATERNIDAD CUBIERTA: Embarazo del titular, cónyuge asegurada, pareja asegurada o dependiente asegurada con opciones de deducibles I y II, en los que la fecha del nacimiento del recién nacido ocurriere 10 meses después de la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada.

MATERNIDAD NO CUBIERTA: Embarazo del titular, cónyuge asegurada, pareja asegurada o dependiente asegurada con opciones de deducibles III, IV Y V o, en los que la fecha del nacimiento del recién nacido ocurriere dentro de los primeros 10 meses posteriores a la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada.

RECIÉN NACIDO: Persona desde el momento de su nacimiento hasta que cumple 31 días de vida.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Con la presente cobertura, la Compañía pagará o reembolsará, los montos incurridos durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a los términos y condiciones estipulados en el presente Anexo, las Condiciones Generales y en el Cuadro de Beneficios de la Póliza relacionados con los gastos médicos incurridos en razón de una maternidad y sus posibles complicaciones según se detallan en el siguiente Cuadro de Seguro de la Cobertura:

CUADRO DE SEGURO DE LA COBERTURA - Beneficios

Maternidad y Cuidados del Recién Nacido Sano (no aplica deducible)	Hasta \$4,000 por evento
Complicaciones del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido Enfermo (no aplica deducible)	Hasta \$100,000 máxima suma asegurada por Beneficio vitalicio, mientras la póliza esté vigente



Beneficios cubiertos:

1. Cuidados de Maternidad. Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro de la Cobertura, por evento, para un parto normal, cesárea electiva y cuidados pre-natales. Dentro de este beneficio también se pagarán hasta 3 visitas de rutina para el bebé sano para cada recién nacido. **Existe un período de espera de diez meses (10) para este beneficio a partir de la Fecha Efectiva de la cobertura de la madre Asegurada bajo esta póliza.** Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por la compañía. Para que este beneficio sea evaluado se requerirá historia obstétrica completa del embarazo en curso y de todos los embarazos anteriores, que incluya forma de concepción del embarazo. **Esta cobertura sólo está disponible para los Embarazos Cubiertos bajo las opciones de deducible I y II (\$1,000 y \$ 2,000)** y para aquellas maternidades donde este beneficio no se encuentre explícitamente excluido. Para este beneficio no aplica deducible.

De conformidad con lo que al respecto establece la Póliza, se entenderá que la cobertura aplicará para hijas Dependientes menores de 24 años de edad si cumplen todos los siguientes requisitos:

- a) Que el plan actual bajo la póliza del Asegurado Principal ofrezca el beneficio de maternidad, es decir Planes I y II (Deducibles de US \$ 1,000 y US \$ 2,000).
- b) Que la Dependiente haya estado asegurada en la póliza por al menos 10 meses.
- c) Debe de notificar a la compañía por escrito sobre el embarazo de la dependiente dentro de los primeros 90 días del mismo.

- d) Las hijas Dependientes menores de 18 años de edad pagaran desde ese momento la tarifa de adulto establecida en la Póliza.
- e) Las hijas Dependientes mayores de 18 años estarán obligadas a obtener su propia póliza individual antes de que ocurra el nacimiento, la cual será emitida con las mismas restricciones y condiciones de la póliza previa, la nueva póliza será aprobada sin pasar por evaluación de riesgo, siempre y cuando la dependiente opte por un producto de igual o menores beneficios. En caso de optar por un plan de mayores beneficios, la Compañía se reserva el derecho de aprobarlo o no y de ser aprobado estaría sujeto a Evaluación de Riesgo. En adición a pasar por evaluación de riesgo, la cobertura de los cuidados de maternidad, las complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.
- f) Este beneficio se otorga siempre y cuando la hija dependiente no tenga ninguna exclusión específica relacionada con la cobertura maternidad. **Para este beneficio no aplica deducible.**

2. Complicación del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido enfermo. LA COMPAÑIA pagará el monto máximo indicado de por vida en el Cuadro de Seguro de la Cobertura, en caso de complicaciones del embarazo y enfermedades del Recién Nacido, que hayan sido diagnosticadas durante los primeros 30 días de vida (no causadas por Enfermedades Congénitas o Hereditarias) tales como dificultades respiratorias, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y



trauma del nacimiento. **Existe un periodo de espera de diez (10) meses para este beneficio a partir de la fecha de efectividad de la cobertura de la madre asegurada bajo esta póliza.** Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por LA COMPAÑIA. Para que este beneficio sea evaluado se requerirá historia obstétrica completa del embarazo en curso y de todos los embarazos anteriores, que incluya forma de concepción del embarazo. **Esta cobertura sólo está disponible para los Embarazos Cubiertos bajo las opciones de deducible I y II (deducibles de US \$1,000 y US \$2,000) y para aquellas maternidades donde este beneficio no se encuentre explícitamente excluido. Para este beneficio no aplica deducible.**

III. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

EXCLUSIONES:

La presente Cobertura no surtirá efecto cuando las causas que originaron el Siniestro se encuentren entre las listadas a continuación:

1. Cuidados de maternidad o del Recién Nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza.
2. Complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
3. Terminación voluntaria de un embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre.

LIMITACIONES:

PERÍODOS DE ESPERA PARA MATERNIDAD Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO:

Existe un periodo de espera de 10 meses para este amparo, contados desde la Fecha Efectiva de la cobertura de la asegurada bajo esta póliza. Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por la Compañía.

IV. ELEGIBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO

a) Adición automática: Un niño que haya nacido de una Maternidad Cubierta, únicamente para Planes I y II y de acuerdo a la definición en esta póliza, podrá ser adicionado a la Póliza como Dependiente sin pasar por evaluación de riesgo. Para dicho propósito, la Compañía habrá de recibir una nota que contenga el nombre del niño, el sexo y la fecha de nacimiento del mismo dentro de un período de 90 días después de su fecha de nacimiento, junto con el pago de la prima correspondiente. La cobertura del recién nacido cobrará efecto a partir de su fecha de nacimiento, sin que exista período de espera. Los gastos médicos por Lesiones y Enfermedades del Recién Nacido no relacionadas con Condiciones Congénitas y Hereditarias, tal como insuficiencia respiratoria, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y traumatismos del parto que hayan sido diagnosticadas durante los primeros 31 días de vida, recibirán cobertura hasta un máximo de \$100,000 de por vida, bajo el beneficio de complicaciones del embarazo y el cuidado del recién nacido enfermo.

Las complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad, no tendrán cobertura bajo los beneficios de esta póliza.

Las condiciones diagnosticadas después de los primeros 31 días de vida del niño recibirán cobertura de acuerdo con los términos y limitaciones de esta Póliza. Para que la Compañía provea dichos beneficios, el niño debe haber sido adicionado a la Póliza y la prima correspondiente pagada.

b) Adición sujeta a evaluación de riesgos: Cuando la notificación de un nacimiento ó el pago de la prima sean recibidos por la Compañía después de los 90 días posteriores al nacimiento, o cuando el Recién Nacido nazca de un embarazo no cubierto por la Póliza, se requerirá una Solicitud de Seguro para procesar la adición del Recién Nacido a la Póliza, y la adición estará sujeta a evaluación de riesgos. Si la cobertura del Recién Nacido es aprobada, la misma tendrá un período de espera de 60 días después de su fecha efectiva. Durante este período de espera, sólo aquellas enfermedades que resulten de accidentes o enfermedades infecciosas tendrán cobertura.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número _____ de fecha _____.

PAN AMERICAN
— *Private Client* —



Pan-American Life Insurance de Costa Rica
Centro Corporativo Lindora, piso 2
Ubicado en Santa Ana a 125m oeste de
Momentum Lindora
+506 2204-6363
HealthAccessCR@palig.com