



Best Meridian Insurance Company FLEXI PLAN III AMERICA LATINA

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
CONDICIONES GENERALES	4
1. DEFINICIONES.....	4
2. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	12
3. ÁMBITO DE COBERTURA	12
3.1. RIESGOS CUBIERTOS	12
3.1.1. GENERAL.....	12
3.1.2. TRATAMIENTO DENTRO DE LATINOAMERICA Y EL CARIBE, EXCLUYENDO MEXICO Y BRASIL	13
3.1.3. PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION	13
3.1.4. COBERTURAS SUPLEMENTARIAS O ADICIONALES.....	15
3.1.5. COBERTURA DE SERVICIO	15
3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS	15
3.3. EXCLUSIONES	15
3.4. LÍMITES	19
4. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, TITULAR DE LA PÓLIZA, ASEGURADO Y BENEFICIARIO	19
4.1. OBLIGACIONES.....	19
4.2. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	20
4.3. DECLARACION FALSA DE LA EDAD	20
4.4. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA	20
4.5. PLURALIDAD DE SEGUROS	21
4.6. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS	21
5. PRIMA.....	21
5.1. PAGO DE LA PRIMA	21
5.2. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.....	22
5.3. PERIODO DE GRACIA	22
5.4. DEVOLUCIONES.....	22
5.5. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA	23
5.6. AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS	23
6. RECARGOS Y DESCUENTOS.....	23
6.1. RECARGOS.....	23
6.2. DESCUENTOS	24
7. NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS	24
7.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN.....	24
7.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN	24
7.3. PAGOS DE RECLAMACIONES.....	25

7.4. VALORACIÓN.....	26
8. VIGENCIA	26
8.1. TERMINO DE LA PÓLIZA.....	26
8.2. DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN.....	26
9. CONDICIONES VARIAS	26
9.1. ELEGIBILIDAD	26
9.2. DEPENDIENTES	26
9.3. CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	27
9.4. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN.....	28
9.5. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD	28
9.6. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	28
9.7. PRESCRIPCIÓN	28
9.8. NORMAS SUPLETORIAS.....	28
9.9. MONEDA.....	28
10. INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	29
10.1. JURISDICCION, ASUNTOS JURIDICOS E IDIOMA	29
11. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	29
CONDICIONES TARJETA MAS.....	29
CONDICIONES INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	41
COBERTURAS ADICIONALES (si los hubiese).....	después de la página 45





COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, cédula jurídica 3-012-622635, autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-R-408-2010 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada la "Compañía", emite el siguiente Flexi Plan III América Latina, en lo sucesivo denominado la "Póliza". La Póliza consiste en la Solicitud de Seguro, el Examen Médico (si aplica), el Certificado de Seguro, las Condiciones Generales, y cualquier enmienda que se emita al respecto, en su defecto regirá la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653), la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956) y toda legislación vigente aplicable.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Empero, el derecho a disfrutar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al cumplimiento de los términos, condiciones y demás estipulaciones detallados en las condiciones generales, particulares, especiales y/o cualquier otro documento que detalle obligaciones a cargo del Tomador y/o Asegurado.

Este Flexi Plan III América Latina tiene como cobertura básica un seguro de gastos médicos.

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

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

El Seguro Individual de Gastos Médicos Flexi Plan III América Latina se rige mediante un contrato de adhesión.

Firma Presidente

Firma Representante Legal

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com
** Web: www.segurosbmicr.com

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

Las definiciones siguientes se aplican a este seguro:

1.1. ACCIDENTE se define como todo suceso repentino e imprevisto que ocurra dentro del período del Año Póliza, que resulte en lesión corporal, cuya causa o una de cuyas causas, sea externa al cuerpo de la víctima y fuera del control de la misma.

1.2. AÑO POLIZA significa el período de cobertura de un Asegurado comenzando en la Fecha de Inicio Original y terminando en el doceavo (12vo) mes aniversario del mismo; y cualquier período posterior subsiguiente de doce (12) meses para cualquier renovación de esta Póliza.

1.3. ÁREA DE COBERTURA esta Póliza provee tratamiento por Accidentes y Enfermedades dentro de América Latina, lo que se define como todos los países de América del Sur, América Central y el Caribe, excluyendo México y Brasil.

1.4. ASEGURADO es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud, o cuyo nombre está incluido en la Solicitud, que haya pagado la prima correspondiente, para quien se confirma el comienzo de la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza.

1.5. BMI NETWORK o RED DE PROVEEDORES BMI es un grupo de Hospitales, Médicos, Centros de Servicios de Pacientes Externos que la Aseguradora cataloga como el BMI Network. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece al BMI Network, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las emergencias. La forma de acceder a la Red

actualizada de Proveedores es a través de la página web de la Compañía (www.bmicos.com).

1.6. CHEQUEOS MEDICOS RUTINARIOS son los exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud. Este beneficio se otorga solamente al Titular de la Póliza y a su cónyuge asegurado, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante un Año Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará como Servicio de Paciente Externo cada Año Póliza de cobertura continua. Este beneficio está limitado a US-\$250.- por chequeo.

1.7. CIRUGÍA AMBULATORIA es cualquier cirugía practicada en la sección de paciente externo de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna, en una entidad quirúrgica independiente o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas. Este beneficio se cubrirá al 100% como parte de la cobertura básica.

1.8. CO-ASEGURO es la suma pagada por el Asegurado en adición al Deducible Anual, por los gastos elegibles y certificados. El porcentaje de Co-aseguro se especifica en esta Póliza en la sección de Tratamiento dentro de Latinoamérica y el Caribe, excluyendo México y Brasil. Co-aseguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza.

1.9. CONDICIONES PRE-EXISTENTES son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada dentro de los diez (10) años antes de la Fecha de Inicio Original de esta Póliza.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes declaradas serán cubiertas después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, siempre y cuando el periodo de espera aplicable a esta póliza haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en el certificado de Seguro.

Tratamientos por Condiciones Pre-existentes no declaradas, no están cubiertos. Adicionalmente, Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada al Asegurador podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.

1.10. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: se define como Enfermedades o desórdenes que surjan durante el embarazo y antes del parto. Las Complicaciones del Embarazo estarán limitadas a las siguientes Enfermedades o desórdenes: embarazo ectópico, aborto espontáneo/no electivo muerte del embrión o feto y mola hidatiforme. La cobertura está limitada a embarazos en los que la fecha esperada del alumbramiento sea por lo menos a los diez (10) meses después de la Fecha de Inicio Original del respectivo Asegurado. **Ninguna otra Complicación del Embarazo quedará cubierta bajo esta Póliza.**

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

En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia, en el que más de un Asegurado cubierto bajo esta Póliza sufra una Lesión corporal, solamente se aplicará un

deducible por Año Póliza con respecto a los Asegurados lesionados.

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

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

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

1.15. EMERGENCIA se define como una Enfermedad o Accidente repentino e imprevisto cubierto por la Póliza, que pone en

peligro la vida o el cuerpo del Asegurado, que requiere un tratamiento inmediato de Emergencia para evitar la pérdida de vida o daño grave al cuerpo.

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

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

1.18. ENFERMERA EN EL HOGAR significa los servicios médicos de una enfermera habilitada y no impedida para el ejercicio de su profesión, en el hogar del Asegurado, prescritos por un Médico y relacionados directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto bajo las Reglas, Términos y Definiciones de esta Póliza, sujeto a los límites específicos.

Los cuidados de Enfermera en el Hogar deben ser aprobados por la Aseguradora. **Este beneficio será limitado a un periodo máximo de 30 días por año póliza inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital.**

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

1.20. EXAMENES Y/O SERVICIOS DE LABORATORIO DENTRO DEL HOSPITAL incluyen análisis de laboratorio y las investigaciones de radiografía y de medicina

nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mientras que el Asegurado esté hospitalizado como resultado necesario de una Lesión o Enfermedad.

1.21. EXONERACION DE PRIMAS Si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que ocurra o comience después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, el Titular de la Póliza fallece o se incapacita total y permanentemente y no puede ejercer las actividades normales de su profesión habitual; y si el Titular de la Póliza, al momento de su fallecimiento o de la incapacidad total y permanente no ha cumplido aún los 60 años; y si en el caso de la incapacidad continúa por un período sin interrupción de seis (6) meses y ha sido certificado que la incapacidad total y permanente continuará, la Aseguradora mantendrá la cobertura de la Póliza para el Titular de la Póliza y los Dependientes asegurados bajo la misma, exonerando las primas a pagar durante un período de dos (2) años seguidamente después de la fecha del fallecimiento o la fecha en la cual comenzó la incapacidad total y permanente siempre y cuando el Asegurado permanezca total y permanentemente incapacitado. La Aseguradora se reserva el derecho de exigir pruebas del fallecimiento, o en el caso de incapacidad, pruebas de la incapacidad continua del Titular de Póliza, y de examinar, a su propio costo, al Titular de la Póliza. En caso de fallecimiento del Titular de la Póliza, como resultado de la condición la cual causó la incapacidad total y permanente del Titular de la Póliza, la Aseguradora continuará Exonerando las Primas para los Dependientes asegurados bajo esta Póliza por el resto de los dos años. **En caso de que el cónyuge sobreviviente contraiga de nuevo matrimonio, o pase a vivir en unión de hecho, este beneficio cesará automáticamente para el cónyuge sobreviviente y para todos los Dependientes asegurados bajo esta Póliza.**

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

1.23. FECHA DE VENCIMIENTO significa la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

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

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

1.26. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE significa la Incapacidad Total y Permanente tal como se define en el Certificado de Incapacidad Total y Permanente, si aplica. La cobertura está limitada al Titular de la Póliza cuya ocupación principal o usual no sea ama de casa o estudiante y que a la Fecha de Inicio Original de esta Póliza se encuentre trabajando a tiempo completo. Este beneficio está sujeto a los términos y condiciones establecidas en el Certificado de Incapacidad Total y Permanente.

1.27. INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA significa el beneficio pagadero por la suma de US-\$100.- por Asegurado con respecto a cada

noche de estadía hospitalaria por Enfermedad o Lesión cubierta bajo esta Póliza, **siempre y cuando la hospitalización no ocurra en México, Estados Unidos o Europa.** El beneficio será pagadero a partir del segundo día de hospitalización y hasta un período de beneficio máximo de 10 (diez) días de estadía hospitalaria por Asegurado, por Año Póliza.

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

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

- A. Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor;
- B. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
- C. Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;
- D. No se le reconoce médica ni científicamente;
- E. Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.
- F. Se considera como experimental y no aprobado por las autoridades sanitarias de Costa Rica.
- G. Se refiere a un procedimiento meramente estético.

1.30. MEDICO es cualquier persona legalmente habilitada y no impedida para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se

incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultores médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su licencia y entrenamiento.

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

1.32. NOTIFICACION es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Aseguradora, llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado.

1.33. PAIS DE RESIDENCIA

El País (1) la República de Costa Rica, o (2) donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año civil o Año Póliza, o (3) donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza esté en vigor. El Asegurado solo tiene derecho a un (1) País de Residencia a la vez bajo esta Póliza. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio.

1.34. PERIODO DE ESPERA es el periodo de tiempo durante el cual la Aseguradora no cubre ciertos beneficios de la póliza.

1.35. PLAZO DEL CONTRATO Y PRÓRROGA TACITA

Este contrato tiene una vigencia anual renovable por plazos iguales. El contrato se prorrogará tácitamente en el tanto el asegurado pague la prima del seguro.

1.36. MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

son medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico con licencia y no incluyen artículos que se pueden comprar sin receta médica. Los Medicamentos por Prescripción Médica, los cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertos cuando los mismos estén relacionados a un

Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

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

Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Hospital quedarán cubiertos al porcentaje indicado en el Certificado de Seguros si el Asegurado ha elegido la cobertura de Servicio de Paciente Externo. En ese caso, los medicamentos por Prescripción Médica fuera del Hospital, serán cubiertos por un período máximo de 90 días inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital o Cirugía Ambulatoria.

Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Área de Cobertura

no serán cubiertos por la Aseguradora. Los Medicamentos por Prescripción Médica son "fuera del Área de Cobertura" cuando no están "disponibles para la venta" dentro del Área de Cobertura. "Disponible para la venta" significa que el Medicamento con receta se puede comprar localmente y es de fácil acceso para los asegurados dentro del Área de Cobertura. Un Medicamento por Prescripción Médica está "disponible para la venta" en el Área de Cobertura una vez que la agencia reguladora responsable de hacer cumplir el marco regulatorio en relación con los Medicamentos por Prescripción Médica otorga las credenciales y los permisos necesarios para la comercialización, distribución y venta del Medicamentos por Prescripción Médica dentro del Área de Cobertura. La Aseguradora, si lo considera necesario, tendrá plena facultad para confirmar y/o verificar si un Medicamento Recetado se encuentra "disponible para la venta" dentro del Área de Cobertura.

Los Medicamentos por Prescripción Médica recetados como Quimioterapia, no incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertos al

100% solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, y (3) cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Aseguradora. El plan de tratamiento deberá adherirse estrictamente a las directrices de la FDA para el tipo de cáncer, estadio y ubicación.

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

Los Medicamentos Especializados deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora para ser cubiertos y serán coordinados y proporcionados por adelantado por la

Aseguradora a través de la Red de farmacias y distribuidores de medicamentos aprobados para la Póliza y serán considerados sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los Medicamentos Especializados que hayan sido aprobados se limitan a 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento. Si el medicamento es eficaz, será aprobado por la Aseguradora de acuerdo con el plan de tratamiento.

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

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

1. durante una hospitalización; y
2. mientras se encuentre fuera del Hospital durante un máximo de 90 días inmediatamente posteriores al alta del Hospital o Cirugía Ambulatoria, en cuyo caso se cubrirá en el porcentaje indicado en el Certificado de Seguro si el

Asegurado ha seleccionado los Servicios Ambulatorios como anexo a la Póliza.

Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, este tratamiento no estará cubierto por esta Póliza.

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

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

Asegurado vaya a recibir este tratamiento; y

8. debe facilitar a la Aseguradora información sobre los resultados clínicos de los tratamientos de alto costo, atestiguados por el Médico solicitante.

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

1.37. SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA

es la transportación médica de emergencia a un Hospital local. Este beneficio tiene un límite de US-\$1,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

1.38. SERVICIOS HOSPITALARIOS

son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicios a Pacientes Externos y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de 24 horas, o por un período de menos de 24 horas solamente cuando exista una operación programada. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Habitación y Comida, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido. **Este beneficio estará limitado a 240 días por Año Póliza, por Enfermedad o Lesión o tratamiento relacionado a dicha Enfermedad o Lesión.**

1.39. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO

están formados por los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando el mismo no ha ingresado como paciente en un Hospital o en cualquier otra institución médica. Los Servicios para Pacientes Externos también incluyen los servicios de atención en el salón de primeros auxilios y en el salón de

emergencias de un Hospital que se proveen diariamente. **Los Servicios de Paciente Externo están disponibles solamente si el Asegurado ha elegido la cobertura de Servicios de Paciente Externo, según consta en el Certificado de Seguro.**

El beneficio de Paciente Externo también incluirá los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis hasta el límite del beneficio de Paciente Externo, según consta en el Certificado de Seguro, sujeto a pre-autorización por la Aseguradora. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer. No se aplicará Co-aseguro al beneficio de Paciente Externo de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis.

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

1.41. TITULAR DE LA POLIZA es el Asegurado bajo esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás Asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

1.42. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes sanos perdidos o dañados en un Accidente, suministrado dentro de los noventa (90) días de sufrido el Accidente.

1.43. TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA Esta Póliza provee Tratamiento Médico de Emergencia fuera del Área de Cobertura en aquellos casos en que sea necesario el tratamiento de urgencia para evitar la pérdida de la vida o una Lesión seria. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera del Área de Cobertura serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US-\$25,000.-) por Asegurado, por Año Póliza, después de que el Deducible Anual haya sido satisfecho.

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

Este beneficio está limitado a US-\$500,000. - por Asegurado, de por vida para Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea o páncreas. Ningún otro Trasplante es cubierto.

Este beneficio incluye:

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

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

Este beneficio también incluye los gastos médicos ocasionados por la resección del órgano de un donante hasta un máximo de US-\$25,000. -

Procedimiento de Trasplante de Órganos:

Procedimiento mediante el cual un órgano, célula o tejido se implanta de una parte a otra, o de un individuo a otro (dentro de la misma especie). Cuando se extrae un órgano, célula o tejido y luego se vuelve a implantar en la misma persona. Cualquier procedimiento/tratamiento que se apruebe bajo el beneficio de Trasplante deberá ser médicamente reconocido y no considerado experimental. Este beneficio solo está disponible después de la notificación a la

Aseguradora y deberá ser autorizado por la Aseguradora.

Red de Proveedores de Trasplante de Órganos:

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

2. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

La Póliza consiste en la Solicitud y el Examen Médico (si aplica), el Certificado de Seguro, el presente documento, aditamentos (cuando apliquen), condiciones ITyP (cuando aplique) y cualquier enmienda que se emita al respecto. La información suministrada en el Certificado de Seguro prevalecerá ante lo indicado en las Condiciones Generales, Aditamentos y condiciones de ITyP.

3. ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

3.1.1. GENERAL

La Aseguradora pagará los gastos médicos especificados en esta Póliza en los que se hayan incurrido con carácter necesario como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad o dolencia de que se trate. El pago será limitado a los gastos Usuales y Acostumbrados como se define en esta Póliza.

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra incapacitado o ha fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al representante legal o a los proveedores licenciados de la atención médica.

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

En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia, en el que más de un Asegurado cubierto bajo esta Póliza sufra una Lesión corporal, solamente se aplicará un deducible por Año Póliza con respecto a los Asegurados lesionados.

No se aplicará Deducible Anual o Coaseguro a Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente, Indemnización Hospitalaria y Cheques Médicos de Rutinarios.

La cobertura durante los primeros 60 días de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosas.

3.1.2. TRATAMIENTO DENTRO DE LATINOAMERICA Y EL CARIBE, EXCLUYENDO MEXICO Y BRASIL

A. Servicios Hospitalarios

La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados hasta el límite establecido en la Póliza después que el Deducible Anual haya sido satisfecho.

B. Servicios de Paciente Externo

Después de pagar el Deducible Anual, la Aseguradora pagará los gastos elegibles y certificados de acuerdo al porcentaje indicado en el Certificado de Seguro y hasta el límite específico establecido en el mismo si el Asegurado ha elegido la cobertura de Servicio de paciente Externo.

3.1.3. PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION

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

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

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

A. Revisión Concurrente

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

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

B. Gestión de Casos

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

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

condiciones, beneficios aplicables y la fecha en que finalizarán los mismos.

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

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

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

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

C. Examen Clínico

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

3.1.4. COBERTURAS SUPLEMENTARIAS O ADICIONALES

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

Las coberturas suplementarias o adicionales son:

1. Suplemento para Habitación y Alimentación en el Hospital y Unidad de Cuidados Intensivos.
2. Suplemento de Cobertura Máxima.
3. Suplemento de Servicios de Paciente Externo al 80% hasta el límite de la Póliza.
4. Suplemento de Servicios de Paciente Externo al 100% hasta el límite de la Póliza.
5. Beneficios del Aditamento de Seguro de Vida a Término.

3.1.5. COBERTURA DE SERVICIO

La cobertura de servicio es la siguiente:

1. Cobertura Tarjeta MAS.

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

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

Conforme a la cobertura de esta Póliza, los Asegurados podrán gozar de los siguientes beneficios, sujetándose a los límites que sean aplicables y definidos en el apartado “DEFINICIONES” y “LÍMITES”, de esta Póliza:

- Servicios Médicos y Quirúrgicos dentro del Hospital.
- Honorarios Médicos dentro del Hospital.
- Medicamentos por Prescripción Médica dentro del Hospital.
- Exámenes y Servicios de Laboratorio dentro del Hospital.
- Habitación y Comidas en el Hospital.
- Cirugía Ambulatoria.
- Servicio de Paciente Externo (Solamente cubierto si aparece en el Certificado de Seguro).
- Enfermera en el Hogar después de una Hospitalización.
- Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente.
- Trasplante de Órganos.
- Servicio Local de Ambulancia.
- Chequeo Médico Rutinario.
- Exoneración de Prima.
- Indemnización Hospitalaria.
- Complicaciones del Embarazo.
- Cobertura dentro de Latinoamérica y el Caribe, excluyendo México y Brasil (definido como el Área de Cobertura).
- Tratamiento Médico de Emergencia fuera del Área de Cobertura.
- Incapacidad Total y Permanente.

3.3. EXCLUSIONES

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

1. Todo tratamiento relacionado con **Condiciones Pre-existentes no declaradas y aquellas específicamente excluidas, según**

consta en el Certificado de Seguro, si las hubiese a menos que sea enmendado.

2. Todo tratamiento y hospitalización fuera del Área de Cobertura, con la con la excepción de aquellos previamente definidos en la Póliza bajo Tratamiento Médico de Emergencia.
3. Cualquier tratamiento durante los primeros 60 días después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas
4. Cualquier tratamiento que requiera ser certificado, pero que no haya sido certificado por la Aseguradora.
5. Servicios de Paciente Externo a menos que haya sido elegida la cobertura de Servicio de Paciente Externo según consta en el Certificado de Seguro.
6. Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo usual, acostumbrado y razonable por ese servicio en esa zona.
7. Todo tipo de transportación, a no ser Ambulancia Local para obtener tratamiento médico.
8. Exámenes médicos de rutina (incluyendo vacunaciones, expedición de certificados médicos, testificaciones médicas con propósitos de viajes o de obtención de empleos), con la excepción de aquellos definidos en esta Póliza.
9. Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista así como todo tipo de aparatos para sordos (quirúrgicamente implantados o no quirúrgicamente implantados), los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión.
10. Todo examen o tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal (que no constituya Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente).
11. Equipos médicos duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física u ocupacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro equipo médico duradero.
12. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.
13. Aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.
14. Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, autismo, apraxia, dispraxia; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas.
15. La cirugía electiva o cosmética, así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez al Asegurado durante la cobertura de esta Póliza.

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

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

trastornos craniomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación.

39. Medicamentos por Prescripción Médica de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Medicamentos por Prescripción Médica no recetadas; Medicamentos por Prescripción Médica excepto como se define bajo esta Póliza.

40. Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, como resultado de Enfermedades o Accidentes durante el período de vigencia del Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido renovada.

41. Tratamiento para lesiones resultando de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.

42. Enfermera privada dentro o fuera del hospital. Excepto aquellas descritas en esta Póliza como enfermera en el hogar.

43. Todo tratamiento que exceda los límites de cobertura.

3.4. LÍMITES

Esta Póliza está sujeta a los límites indicados en el Certificado de Seguro. Adicionalmente, todos los beneficios están sujetos a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza:

- Todos los beneficios están sujetos al Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro.
- Máximo de estadía en el Hospital es de 240 días por Año Póliza, por Enfermedad o Lesión o tratamiento relacionado a dicha Enfermedad o Lesión.
- Trasplante de Órgano está limitado a US-\$500,000.- por Asegurado, de por vida.
- Cuidado de Enfermera en el Hogar hasta 30 días por Año Póliza.
- Chequeo Médico Rutinario limitado a US-\$250.- por chequeo.
- Exoneración de Prima limitada a 2 años.
- Indemnización Hospitalaria limitada a US-\$100.- por Asegurado, por cada noche de hospitalización.
- Tratamiento Médico de Emergencia fuera del Área de Cobertura limitado a US-\$25,000.- por Asegurado, por Año Póliza.
- Incapacidad Total y Permanente US-\$50,000. Este beneficio se otorga solo al Titular de la Póliza

4. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, TITULAR DE LA PÓLIZA, ASEGURADO Y BENEFICIARIO

4.1. OBLIGACIONES

El Tomador, Titular de la Póliza, Asegurado y Beneficiario se encuentran obligados a cumplir con las siguientes disposiciones:

- Suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro, exámenes médicos, formularios de adición y reinstalación que apliquen.
- El Asegurado es responsable de pagar puntualmente la prima, como se explica en el apartado “PRIMA”, de esta Póliza.
- El Asegurado se compromete a someter a consideración de la Aseguradora, mediante el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, dentro de los noventa (90)

días siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación, según se indica en el apartado **“NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS”**, de esta Póliza.

- El Asegurado tiene el deber absoluto de notificar a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendarios siguientes de haber recibido esta Póliza si alguna de la información de esta Póliza, incluyendo cualquier información en la Solicitud es incorrecta o está incompleta, si cualquier historial médico ha cambiado después de la fecha de la Solicitud y antes de la Fecha de Inicio Original, y/o si se ha omitido alguna información de la Solicitud.
- Contactar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de cualquier hospitalización o Servicios de Paciente Externo, o en caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de siete días hábiles de haber comenzado el tratamiento, según se indica en el apartado **“REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN”**.
- Informar por escrito a la Aseguradora, adjuntando los documentos del caso, en cuanto a:
 - o Nuevas adiciones de dependientes;
 - o Exclusiones de dependientes;
 - o Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza;
 - o Cambio de País de Residencia;
 - o Suscripción de nuevos contratos.
- Declarar la edad exacta.
- Notificar a la Aseguradora el cambio de país de residencia, el cual deberá ser notificado dentro de los treinta (30) días de dicho cambio. La Aseguradora podrá, mediante Enmienda a la Póliza, aceptar dicho cambio aplicando un recargo a la

prima, el cual dependerá del nuevo País de Residencia.

4.2. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

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

4.3. DECLARACION FALSA DE LA EDAD

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

4.4. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

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

El asegurador podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

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

a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de la notificación, el asegurador, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

4.5. PLURALIDAD DE SEGUROS

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

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

Si, por incumplimiento del deber de notificar referido, algún asegurador paga a la persona asegurada una indemnización mayor a la que le correspondería, de conformidad con la Ley N° 8956 Reguladora del Contrato de Seguros,

se considerará que el pago fue indebido pudiendo el asegurador recuperar lo pagado en exceso. La persona asegurada, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle al asegurador los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha de efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

4.6. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Tomador del seguro, el Asegurado y el beneficiario se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otros documentos que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales Ley n° 8204.

5. PRIMA

5.1. PAGO DE LA PRIMA

La Prima deberá ser pagada dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato. En la renovación y/o prórroga es pagadera en la Fecha de Vencimiento de la Póliza o dentro del Período de Gracia. El Asegurado es responsable de pagar puntualmente la prima. Se envían avisos sobre el pago de la prima solo como cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Compañía o su Sucursal.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía en su Casa Matriz, su Sucursal o en la cuenta bancaria que al efecto se designe, durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Compañía dará por terminado el contrato quedando liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, para lo

cual notificará su decisión al Asegurado dentro del plazo de cinco (5) días siguientes a la fecha en que se incurrió en mora, según lo establecido en el inciso a) del Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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

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

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

5.2. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

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

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

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

5.3. PERIODO DE GRACIA

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

5.4. DEVOLUCIONES

Si un Asegurado o la Aseguradora anula la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido, rehabilitado o renovado, la Aseguradora devolverá la porción no devengada de la prima, menos los reclamos pagados, gastos administrativos y derechos de emisión de Póliza (policy fees), hasta un máximo del 70% de la prima no devengada. Los gastos administrativos y 30% de la prima básica no son reembolsables. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, o 180 días en el caso de la Póliza semi-anual, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En caso de que sea el asegurado el que anule la póliza, las devoluciones se realizarán previa solicitud del asegurado en un plazo de 30 días naturales. En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la prima a ser devuelta se le pagará a la masa hereditaria del Titular de Póliza.

5.5. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:

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

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

5.6. AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS

La Compañía tendrá facultad para ajustar el precio de la prima del plan, tomando en consideración los siguientes factores: a) resultados o experiencia de los últimos doce meses de todo el plan de seguros de la Póliza que se trate, b) inflación estimada de los próximos doce meses en los países donde se encuentran los principales proveedores de servicios médicos de la Compañía y publicada en fuentes oficiales y/o en informes de fuentes relevantes, confiables y especializadas en la materia, c) desviaciones y/o cambios en los costos médicos y hospitalarios, d) modificaciones o incrementos en los beneficios de la póliza, e) el cambio de edad de los asegurados en la renovación, dado que los factores de riesgo que influyen son crecientes

con el aumento de la edad y/o f) aumento en los costos de administración. La Compañía notificará al Titular de la Póliza cualquier cambio en el monto de la prima por lo menos con treinta días de anticipación a la fecha de vencimiento de la renovación del período de Año Póliza en que entre en vigencia la nueva prima. Se entenderá que el Titular de la Póliza ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo estipulado.

6. RECARGOS Y DESCUENTOS

6.1. RECARGOS

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

Se otorga una clasificación de normal o estándar a un Asegurado propuesto cuando dicha persona no representa un riesgo elevado. Se clasifica subestándar a un Asegurado propuesto cuando éste representa un riesgo elevado de morbilidad por sus condiciones de salud, ocupación y pasatiempos.

En los casos en que se clasifica a un Asegurado propuesto con riesgo subestándar, se utilizarán los manuales de selección de riesgo de la Compañía para determinar las restricciones y/o condiciones especiales en que un Asegurado propuesto puede ser aceptado, y para evaluar las primas comerciales o de tarifa a aplicar.

Cada caso es evaluado individualmente sobre la base de los resultados de los exámenes solicitados e historial clínico del Asegurado propuesto, y si se determina el que caso es elegible para ser aprobado de manera subestándar, el seguro será emitido, siempre que el Asegurado propuesto acepte pagar un recargo en la prima de tarifa, conforme a lo

que indiquen los manuales de selección de riesgo de la Compañía.

En caso de que el Asegurado cambie su País de Residencia, deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días naturales de dicho cambio. La Aseguradora podrá, mediante Enmienda a la Póliza, aceptar dicho cambio aplicando un recargo a la prima, el cual dependerá del nuevo País de Residencia, y se aplicará según el siguiente cuadro:

País	Recargo
Estados Unidos y Canadá	Hasta 50%
Europa y otros	Hasta 75%

6.2. DESCUENTOS

La Compañía podrá realizar descuentos a la Prima de Tarifa de pólizas individuales cuyos Asegurados laboren para una misma empresa.

Dichos descuentos se podrán aplicar considerando el volumen de pólizas individuales.

Los descuentos se aplicarán según el número de pólizas individuales, de acuerdo al siguiente cuadro:

Número de Pólizas Individuales	Rango del Descuento
5 a 20	Hasta 10%
21 o más	Hasta 20%

Se aclara que la concesión de descuentos no dará lugar a considerar que las pólizas de este plan de seguros adquieren carácter colectivo o grupal, ya que las mismas continuarán siendo emitidas, renovadas y administradas como contratos individuales.

El porcentaje de descuento otorgado se mantendrá por el año póliza. La compañía tendrá la facultad de revisar en la renovación si el grupo de pólizas individuales cumplen con las condiciones de volumen necesarias para la aplicación de dichos descuentos y se valorará si se le aplica un descuento mayor o menor basado en el número de pólizas.

7. NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

7.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o Servicios de Paciente Externo. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de siete días hábiles de haber comenzado el tratamiento, **ya que salvo caso fortuito o fuerza mayor, la falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción del cincuenta (50%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiesen pagado conforme a los términos y condiciones de la Póliza.** No obstante, se recomienda notificarle a la Compañía en un plazo de 48 horas de haber comenzado el tratamiento con el fin de que la Compañía coordine el pago de los beneficios.

7.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN

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

- Formulario de reclamación.
- Las facturas y/o recibos originales de la farmacia, clínica u hospital y/o honorarios médicos en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos ni facturas. Las tasas de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con el

tipo de cambio de venta de referencia del Banco Central de Costa Rica que prevalezca en el momento en que la Compañía tenga conocimiento del evento relacionado al Asegurado para el cual se hace la reclamación.

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

Los plazos aquí señalados son establecidos por la Compañía para verificar las circunstancias del evento, valorar las pérdidas y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver las reclamaciones.

No obstante, si se determina que el monto del siniestro se ha visto incrementado como consecuencia de la reclamación fuera del plazo aquí establecido, la Compañía únicamente pagará lo correspondiente a la pérdida original.

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

La Aseguradora tendrá un plazo de 30 días naturales para decidir sobre la aprobación o denegación de una reclamación. Este plazo empezará a contar desde el momento en que el asegurado o beneficiario presenten la correspondiente solicitud de indemnización junto con los documentos necesarios que la respalden para tener por probado el siniestro. La Compañía revisará los documentos presentados, y en caso de estar incompletos, informará al asegurado para que lo subsane, siempre procurando que la respuesta del reclamo se lleve a cabo dentro de los 30 días

naturales posteriores a la presentación de la solicitud de indemnización.

7.3. PAGOS DE RECLAMACIONES

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

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

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

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

7.4. VALORACIÓN

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

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

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

8. VIGENCIA

8.1. TERMINO DE LA PÓLIZA

Ésta Póliza se emite como una póliza Anual Renovable por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en la Póliza, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días naturales antes del vencimiento. Si las Pólizas no son pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Período de Gracia, la Compañía dará por terminado el contrato quedando liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, para lo cual notificará su decisión al Asegurado dentro del plazo de cinco (5) días siguientes a la fecha en que se incurrió en mora, según lo establecido en el inciso a) del Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

8.2. DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN

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

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

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación.

9. CONDICIONES VARIAS

9.1. ELEGIBILIDAD

Personas residentes en América Latina o el Caribe serán elegibles para la cobertura. La edad mínima de inscripción será los 18 años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Titular de la Póliza.

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

9.2. DEPENDIENTES

Los Dependientes que estuvieron cubiertos por una Póliza anterior con la Aseguradora, y que por lo demás tienen derecho a cobertura a través de su propia Póliza por separado,

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

9.3. CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

quedará liberado de su obligación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según corresponda.

PARTE III – RESIDENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

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

9.4. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

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

9.5. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley n° 8653, Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley n° 8956, Reguladora del Contrato de Seguros, la información del Tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario que haya sido suministrada a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad.

9.6. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Tomador del seguro, el Asegurado y el beneficiario se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar

información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otros documentos que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales Ley n° 8204.

9.7. PRESCRIPCIÓN

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

9.8. NORMAS SUPLETORIAS

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

9.9. MONEDA

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

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

10. INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

10.1. JURISDICCION, ASUNTOS JURIDICOS E IDIOMA

La exclusiva jurisdicción aplicable a cualquier asunto que se origine de esta Póliza así como cualquier asunto relacionado con la Solicitud, declaraciones fácticas hechas y/o denegación de reclamaciones será la de los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. La Aseguradora y el Asegurado cubierto por esta Póliza por este medio expresamente acuerdan someterse a juicio ante un juez de derecho en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza. No obstante, previo acuerdo podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta póliza. La Aseguradora y el Asegurado además están de acuerdo en

que cada una de las partes paguen sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el Español, aunque se le haya proporcionado al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

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

11. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

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

“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 **P16-35-A10-323** de fecha **12 de marzo de 2012.**”

CONDICIONES TARJETA MAS

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

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

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

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

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

por las normas de Costa Rica para ejercer la profesión.

- 1.15. PSICÓLOGO.-** Profesional en psicología y que se encuentra habilitado por las normas costarricenses para ejercer la profesión de psicólogo en Costa Rica.
- 1.16. RADIOGRAFÍA ODONTOLÓGICA.-** Es una imagen registrada en una placa o película fotográfica. En dicha imagen se pueden observar los tejidos duros del diente, evidenciando la existencia de patológicas bucales, tales como la caries dental, reabsorción ósea (pérdida de hueso), imágenes apicales entre otras.
- 1.17. RADIOGRAFÍA CORONAL.-** Técnica exploratoria radiológica intrabucal, complemento para el diagnóstico de caries interproximales y permite evaluar la progresión de la lesión.
- 1.18. RADIOGRAFÍA PERIAPICAL.-** Técnica exploratoria radiológica intrabucal que permite apreciar los ápices de los dientes (puntas de las raíces) y la zona circundante.
- 1.19. RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS FUNERARIOS.-** Se entiende como tal el conjunto de empresas o entidades prestadoras de servicios funerarios a escala nacional inscritos ante el Administrador de Servicios de la Tarjeta MAS, y que dispone de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios definidos en este contrato.
- 1.20. RED DE PROVEEDORES DE TARJETA MAS.-** Es un grupo de empresas que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores de Tarjeta MAS. Este grupo de empresas ofrece tarifas especiales y descuentos a los clientes de la Aseguradora que posean Tarjeta MAS. La lista de Proveedores que conforman la red podrá cambiar periódicamente. Para acceder a la lista actualizada de la Red de Proveedores de Tarjeta MAS, el Asegurado deberá ingresar a la página web www.bmicos.com/tarjetamascr/ o llamar al teléfono 4001-5256.
- 1.21. RED DE PROVEEDORES DE BENEFICIO SALUD Y BIENESTAR.-**

Es un grupo de empresas que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores de Tarjeta MAS. Este grupo de empresas ofrece tarifas especiales y descuentos a los clientes de la Aseguradora que posean Tarjeta MAS. La lista de Proveedores que conforman la red podrá cambiar periódicamente. Para acceder a la lista actualizada de la Red de Proveedores de Tarjeta MAS, el Asegurado deberá ingresar a la página web www.bmicos.com/tarjetamascr/ o llamar al teléfono 4001-5256.

- 1.22. SERVICIO DE TANATOPRAXIA (PREPARACIÓN DEL CUERPO).-** Comprende el tratamiento higiénico-sanitario para la conservación del cuerpo de una persona fallecida, respetando los diferentes ritos religiosos y según los estándares establecidos en la República de Costa Rica. Comprende además el maquillaje y vestido con las prendas suministradas por la familia.
- 1.23. SERVICIO RELIGIOSO.-** Comprende, el valor del servicio religioso del culto indicado por los familiares a nivel nacional.
- 1.24. TRASLADO.-** Comprende el traslado, por vía terrestre, del fallecido en su Cofre o Ataúd desde el lugar del fallecimiento a la Sala de Velación, al sitio del servicio religioso, y hasta el cementerio a nivel nacional, y cuyo suministro dependerá de la disponibilidad del lugar seleccionado por los familiares del Asegurado.
- 1.25. TUMBA, NICH O BÓVEDA.-** Comprende el lugar donde descansarán los restos del Asegurado fallecido.
- 1.26. VELACIÓN.-** Comprende el uso de la Sala de Velación, por el tiempo estándar estipulado localmente.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

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

individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, este Contrato, los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

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

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

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

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

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

3.2.1. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

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

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

a. Servicio Funerario Especial

Los bienes y servicios cubiertos son:

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

b. Servicio Funerario con Cremación

Los bienes y servicios cubiertos son:

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

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

Este Servicio se otorga bajo las siguientes limitaciones:

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

fallecimiento y en ningún caso se harán devoluciones de dinero.

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

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

3.2.2. ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

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

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

Si el beneficiario lo solicita y/o en caso de que las condiciones de ingreso hacia el lugar donde se encuentra el paciente

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

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

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

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

No es un servicio para la atención de emergencias.

Este Servicio se otorga bajo las siguientes limitaciones:

1. Únicamente estará disponible dentro de la Gran Área Metropolitana.
2. Cada vez que el Asegurado solicite un servicio, este deberá pagar, en el momento de recibir el mismo, la cantidad de **¢8,000.00** más el IVA correspondiente, o su equivalente en dólares americanos según el tipo de cambio de compra vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe, directamente al proveedor que presta el servicio. Este copago no podrá ser aplicado ni al deducible ni a la cobertura de gastos médicos de la Póliza.

3.2.3. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL A DISTANCIA

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

3.2.4. SALUD Y BIENESTAR

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

a. EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:

Tendrán cobertura siguientes tratamientos:

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

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

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

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

b. SERVICIOS DE TELEORIENTACIÓN NUTRICIONAL:

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

El Asegurado podrá acceder a orientación nutricional en caso de:

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

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

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

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

adquisición de los productos es responsabilidad exclusiva del Asegurado.

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

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

c. SERVICIOS DE TELEORIENTACIÓN PSICOLÓGICA:

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

El Asegurado podrá acceder a orientación psicológica en caso de:

Psicología Clínica:

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

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

Orientación Vocacional:

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

Gestión Familiar, Duelo, Académico:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.5. TARIFAS ESPECIALES Y DESCUENTOS

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

Para activar los descuentos en farmacia, ópticas, laboratorios, veterinaria, suplementos vitamínicos, tratamientos dentales, gimnasios, tiendas deportivas y cines, el Asegurado

deberá comunicarse directamente con el proveedor de del servicio a través del número de teléfono 2521-5757, o por el Asistente Virtual 8781-4679, o por el Asistente Virtual Web: <https://www.sdsigma.com/costarica/solicit> udcitas. Para activar el resto de los descuentos y condiciones especiales en los servicios, el Asegurado debe dirigirse directamente con los proveedores e identificarse como Asegurado de BMI que cuenta con la cobertura Tarjeta MAS.

3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

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

Para el Servicio Funerario:

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

Para la Asistencia Médica Domiciliaria:

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

Para la cobertura de Emergencia Odontológica:

1. Tratamientos y/o controles para las

especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en las coberturas anteriormente descritas.

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

atención de la emergencia preescritos por el odontólogo tratante para las afecciones bucodentales.

12. Cualquier otro (s) tratamiento (s) no contemplado (s) específicamente en la cláusula de coberturas.

Para la cobertura de Teleorientación Nutricional:

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

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

Para la cobertura de Teleorientación Psicológica:

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

- a. El servicio no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como orientación psicológica telefónica o virtual, según lo establecido en

esta cobertura.

b. Los servicios que el Asegurado haya contratado directamente con el prestador de

la asistencia por su propia cuenta y riesgo sin previo consentimiento del Proveedor.

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

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

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

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

CLÁUSULA 4.- DEDUCIBLES

No se aplica ningún deducible para este beneficio.

CLÁUSULA 5.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

CLÁUSULA 6.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

El Tomador y el Asegurado, se encuentran obligados a cumplir con las disposiciones indicadas en la cláusula de "OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO" de la Póliza.

CLÁUSULA 7.- PRIMA

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

CLÁUSULA 8.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

Lo relacionado con los recargos y descuentos queda sujeto a lo indicado en las Condiciones

Generales de la Póliza, en especial a la cláusula **“RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES”**.

CLÁUSULA 9.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

9.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

Para el Servicio Funerario:

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

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

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

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

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

Para la Asistencia Médica Domiciliaria:

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

pago en el Banco o Institución en que lo efectúe.

Para la Asistencia de Telemedicina:

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

Para el Servicio de Segunda Opinión Médica:

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

Para Salud y Bienestar:

Para activar la Asistencia Salud y Bienestar, el Asegurado debe comunicarse directamente con el proveedor que presta el servicio, al número de teléfono 2521-5757, o con el Asistente Virtual al teléfono 8781-46-79. O a través del Asistente Virtual web <https://www.sdsigma.com/costarica/solicituditas>.

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

Para las Tarifas Especiales y Descuentos de la Tarjeta MAS:

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

Para activar los descuentos en farmacia, ópticas, laboratorios, veterinaria, suplementos vitamínicos, tratamientos dentales, gimnasios, tiendas deportivas y cines, el Asegurado deberá comunicarse directamente con el proveedor de del servicio a través del número de teléfono 2521-5757, o por el Asistente Virtual 8781-4679, o por el Asistente Virtual



Web: <https://www.sdsigma.com/costarica/solicitudcitas>. Para activar el resto de los descuentos y condiciones especiales en los servicios, el Asegurado debe dirigirse directamente con los proveedores e identificarse como Asegurado de BMI que cuenta con la cobertura Tarjeta MAS.

CLÁUSULA 10.- VIGENCIA

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

CLÁUSULA 11.- CONDICIONES VARIAS

“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 **P16-35-A10-323** de fecha **12 de marzo de 2012**”.

11.1. PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA

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

11.2. MONEDA

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

Para lo no incluido en este Contrato aplicará lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.

CONDICIONES INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

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

- 1.1. **ACCIDENTE.-** Significa cualquier suceso súbito e imprevisto que ocurra durante el período de Año Póliza, y que resulte en lesión corporal, cuya causa sea totalmente externa al propio cuerpo de la víctima, sea imprevista y ocurra sin que la víctima pueda evitarlo.
- 1.2. **ASEGURADO.-** Significa el Asegurado Principal en cuyo nombre se ha emitido este Certificado y cuya ocupación principal o usual no sea la de ama de casa o estudiante.
- 1.3. **LESIÓN.-** Significa lesión corporal al Asegurado causada por un Accidente mientras este Póliza esté en vigor, y que resulte directa e independientemente de cualquier otra causa, en una incapacidad cubierta por esta Póliza.
- 1.4. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.-** Significa la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado que surja como resultado de Lesión y que a consecuencia de la cual el Asegurado experimente una disminución de capacidades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional igual o superior al 67%. **Los beneficios aquí descritos serán pagaderos una vez que la incapacidad del Asegurado sea médicamente certificada por un período continuo de incapacidad no menor de un año y si dicha condición es permanente.**

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

Las siguientes Condiciones de Incapacidad Total y Permanente se adicionan a esta Póliza la cual cuenta con sus Condiciones Generales,

la Solicitud de Seguro del Tomador, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, este Contrato, los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

Como parte de las coberturas de esta Póliza se brindará a los Asegurados la cobertura del beneficio de Incapacidad Total y Permanente el cual tendrá efecto a partir de la Fecha de Vigencia indicada en el Certificado de Seguro, sujeto términos indicados en estas Condiciones.

Las Reglas aplicables a Plan BMI contenidas en la Póliza son aquí incorporadas como plenamente establecidas.

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

3.2.1. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de que el Asegurado sufra una Incapacidad Total y Permanente, la Compañía pagará el beneficio correspondiente hasta los límites indicados en el Certificado de Seguro dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción de todos los documentos que respalden la reclamación de dicho beneficio. El pago se efectuará en una única suma de por vida y no se efectuarán pagos adicionales al Asegurado por concepto de Incapacidad Total y Permanente bajo esta Póliza.

3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Adicional a las Exclusiones Generales de esta Póliza, aplicarán las siguientes exclusiones para esta cobertura:

1. Incapacidad Total y Permanente como resultado de Condiciones Pre-existentes, tal y como se define bajo las Reglas, Términos y Definiciones del Plan BMI.
2. Incapacidad Total y Permanente como resultado de defectos de nacimiento o enfermedades congénitas.
3. Incapacidad Total y Permanente como resultado de enfermedades mentales, desórdenes psiquiátricos o psicológicos.
4. Incapacidad Total y Permanente como resultado de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicidio, atentado de suicidio, daños a la salud del Asegurado deliberadamente cometidos por el beneficiario de la Póliza, alcoholismo, abuso o adicción a drogas y de las enfermedades transmitidas sexualmente.
5. Incapacidad Total y Permanente como resultado de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus HIV positivo.
6. Incapacidad Total y Permanente como resultado de la participación en deportes profesionales, de aficionados y/o peligrosos y todo tipo de competencias que no sean a pie.
7. Incapacidad Total y Permanente como resultado de volar, excepto cuando se viaje como pasajero en una aeronave comercial.
8. Incapacidad Total y Permanente como resultado de la participación en guerra, turba o rebelión civil o

cualquier actividad ilegal que incluya como resultado el encarcelamiento.

9. El Titular de la Póliza cuya ocupación principal o usual se considere ser aquella de ama de casa o estudiante.
10. Incapacidad Total y Permanente como resultado de efectos mecánicos termales o radiación, o cualquier otro proceso como resultado a las formas de alteración de la estructura de la materia atómica. La aceleración artificial de las partículas atómicas y los resultados de radiaciones isotópico-radiales.
11. Incapacidad Total y Permanente como resultado de Lesión que ocurra después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, a menos que la Póliza haya sido renovada.
12. El Titular de la Póliza cesa su ocupación a tiempo completo.

CLÁUSULA 4.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para el caso de esta cobertura, el único beneficiario será el Asegurado.

CLÁUSULA 5.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

El Tomador y el Asegurado, se encuentran obligados a cumplir con las disposiciones indicadas en la cláusula de "OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO" de la Póliza.

CLÁUSULA 6.- PRIMA

Lo relacionado con la prima de estas condiciones de Incapacidad Total y Permanente, quedan sujetos a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula "PRIMA".

CLÁUSULA 7.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

Lo relacionado con los recargos y descuentos queda sujeto a lo indicado en las Condiciones

Generales de la Póliza, en especial a la cláusula “**RECARGOS Y DESCUENTOS**”.

CLÁUSULA 8.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

8.1. PRUEBA DE RECLAMACIÓN

En caso de un Accidente que pudiera resultar en un reclamo bajo esta Póliza, el Asegurado o su representante legal deberá notificarlo a la Aseguradora inmediatamente y por escrito y en cualquier caso dentro de los diez (10) días después de la fecha del acontecimiento. La notificación inmediata deberá indicar el lugar, fecha, hora, causa y circunstancia rodeando el Accidente; la identidad de los testigos y el certificado médico indicando el grado y la naturaleza de la Lesión sufrida deberán ser proveídas tan pronto como sea razonablemente posible.

Los plazos aquí señalados son establecidos por la Compañía para verificar las circunstancias del evento, valorar las pérdidas y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver las reclamaciones. No obstante, si se determina que el monto del siniestro se ha visto incrementado como consecuencia de la reclamación fuera del plazo aquí establecido, la Compañía únicamente pagará lo correspondiente a la pérdida original. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Aseguradora, serán solamente tomadas por la Aseguradora. La Aseguradora tendrá un plazo de treinta (30) días naturales para decidir sobre la aprobación o denegación de una reclamación. Este plazo empezará a contar desde el momento en que el asegurado o beneficiario presenten la correspondiente solicitud de indemnización junto con los documentos necesarios que la respalden para tener por probado el siniestro. La Compañía revisará los documentos presentados, y en caso de estar incompletos, informará al asegurado para que lo subsane, siempre procurando que la respuesta del reclamo se lleve a cabo dentro de los 30 días naturales

posteriores a la presentación de la solicitud de indemnización.

La Aseguradora o el agente autorizado por la Aseguradora se reserva el derecho de exigir al Asegurado o a su representante legal suministrar a costo propio todos los documentos originales requeridos con relación al reclamo que se detallan en las condiciones generales y ordenar al doctor, hospital, etc. que hayan tratado al Asegurado que proporcionen tal información a la Aseguradora, así como también cualquier información relacionada a la previa historia clínica del Asegurado, cuando ésta sea exigida.

Queda explícitamente estipulado que el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones mencionadas anteriormente por el Asegurado o su representante legal, resultará en la pérdida de derecho a indemnización bajo los términos de esta Póliza.

CLÁUSULA 9.- VIGENCIA

9.1. VIGENCIA DE LA COBERTURA

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

9.2. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura terminará automáticamente:

- a) Si la Póliza no es renovada.**
- b) Si el Asegurado cesa su ocupación a tiempo completo, excepto por razones relacionadas con una reclamación de esta Póliza.**

CLÁUSULA 10.- CONDICIONES VARIAS

10.1. MONEDA

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

10.2. ARBITRAJE

Cualquier diferencia con respecto a la opinión médica en conexión con los resultados del Accidente que no pueda ser acordado entre los expertos médicos asignados por las dos partes deberán ser sometidos a otro Experto Médico nominado por ambas partes, o en el caso que no se llegue a un acuerdo con dicha nominación, el Experto Médico adicional deberá ser asignado por los Expertos Médicos de cada parte quienes deberán nominar a un tercer Experto Médico. Se hace saber al Asegurado que está en su derecho de dirimir cualquier disputa que surja sobre los

resultados del accidente ante los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica.

10.3. ELEGIBILIDAD

La cobertura está limitada al Asegurado que a la Fecha de Inicio Original de esta Póliza se encuentre trabajando a tiempo completo.

10.4. EXAMINACIÓN

La Aseguradora tendrá el derecho a través de un representante médico de examinar al Asegurado en el momento y con la frecuencia que considere necesario durante el proceso de una reclamación.

Para lo no incluido en este Contrato aplicará lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los registros número P16-35-A10-265 de fecha 21 de julio de 2011, P16-35-A10-273 de fecha 25 de agosto de 2011, P16-35-A10-290 de fecha 10 de octubre de 2011, P16-35-A10-297 de fecha de 12 de diciembre de 2011, P16-35-A10-295 de fecha de 28 de noviembre de 2011, P16-35-A10-302 de fecha de 10 de enero de 2012, P16-35-A10-308 de fecha de 19 de enero de 2012, P16-35-A10-323 de fecha 12 de marzo 2012, P20-64-A10-606 de fecha 3 de febrero de 2015 y P20-64-A10-607 de fecha 3 de febrero de 2015.”

COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A PAGO DE PRIMA ADICIONAL

VIGENTES SI APARECEN EN EL
CERTIFICADO DE ESTA PÓLIZA

Aditamento de Seguro de Vida a Termino



Aditamento de
Seguro de Vida a Te

