



MAPFRE | COSTA RICA

Compañía de Seguros

**SEGURO
COLECTIVO
PARA GASTOS POR
SERVICIOS DE
ATENCIÓN MÉDICA-
HOSPITALARIA**



MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A.

Índice

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO	5
CONDICIONES GENERALES	5
CLAUSULA PRIMERA	5
1. CONTRATO	5
2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	5
3. PERÍODO DE COBERTURA	5
4. VIGENCIA	5
5. OBLIGACIONES DEL TOMADOR	6
6. PRIMA A PAGAR	8
7. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	8
8. MORA EN EL PAGO	8
11. MONEDA	11
12. DERECHO DEL ASEGURADO O SUS CAUSAHABIENTES	12
13. DEBER DE NOTIFICACIÓN AL ASEGURADO	12
14. DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES AL ASEGURADO	12
15. MODIFICACIONES	12
16. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	12
17. TERMINACIÓN DEL CONTRATO	13
18. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO	13
19. EFECTO DE LA RETICENCIA O INEXACTITUD DE DECLARACIONES SOBRE EL SINIESTRO	13
20. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD Y SUMA ASEGURADA	14
21. CERTIFICADO DE SEGURO	14
CLAUSULA SEGUNDA	14
1. DE LA COBERTURA DE SU POLIZA EN GENERAL	14
1.1. LÍMITE MÁXIMO VITALICIO	14
1.2. RESIDENCIA EN EL PAÍS	15
1.3. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	15
1.4. REQUISITO DE PRE-AUTORIZACIÓN	16
1.5. INICIO Y TERMINACION DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO-POLIZA	16
1.5.1. Cuando comienza la Vigencia de su Certificado -Póliza de Seguro	16
1.5.2. Cuando Termina la Vigencia de su Certificado-Póliza de Seguro	16
1.6. DE LA INCLUSIÓN AUTOMÁTICA DE RECIÉN NACIDOS	18
2. MODALIDADES DE COBERTURA	18
2.1. MODALIDAD DE COBERTURA BÁSICA	18
2.2. MODALIDAD DE COBERTURA BAJO MÉDICO MAYOR O COMPRENSIVA	18
2.3. MODALIDAD DE COBERTURA SUPLEMENTARIA	19
2.4. MODALIDAD DE COBERTURA DE PAGOS ESPECÍFICOS EN EFECTIVO	19
3. DE LAS COBERTURAS DE SU POLIZA EN PARTICULAR	19



3.1. COBERTURA PARA GASTOS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE	20
3.2. COBERTURA DE RENTA DIARIA PARA GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN	20
3.3. COBERTURA PARA GASTOS POR MATERNIDAD	21
3.4. COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	23
3.5. COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO	24
3.6. COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS	25
3.7. COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCIÓN DE DESÓRDENES MENTALES O NERVIOSOS	26
3.8. COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCIÓN DE ENFERMEDADES Y COMPLICACIONES DE LA SALUD POR SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.), O DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO (V.I.H.)	27
3.9. COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS	29
3.9.1. Órganos y/o padecimientos para que el trasplante pueda estar cubierto bajo esta cobertura.	30
3.9.2. Exclusiones específicas de esta cobertura	30
3.10. COBERTURA PARA GASTOS POR DONANTE DE ÓRGANO	30
3.11. COBERTURA PARA GASTOS DE ATENCIÓN POR ENFERMEDADES MUY GRAVES	31
4. SERVICIOS CUBIERTOS EN GENERAL	32
4.1. SERVICIO POR RECLUSIÓN HOSPITALARIA	33
4.2. SERVICIO POR FACILIDAD AMBULATORIA QUIRÚRGICA	33
4.2.1. Cirugías y Procedimientos Obligatoriamente Ambulatorios	34
4.3. HONORARIOS POR SERVICIOS MÉDICOS INTRAHOSPITALARIOS O EN FACILIDAD AMBULATORIA	34
4.4. SERVICIO POR ATENCIÓN EN CASO DE URGENCIAS	35
4.5. SERVICIO DE EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS ESPECIALES Y SUMINISTRO DE EQUIPOS ESPECIALES	37
4.6. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, MEDICAMENTOS Y OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA	38
4.7. SERVICIOS PRESTADOS POR ENFERMERAS	38
4.8. SERVICIOS DE AMBULANCIA TERRESTRE O AÉREA	39
4.9. SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (INTERCONSULTA)	40
4.10. SERVICIO DE TERAPIA FÍSICO-MIONEURO-RESTAURATIVA Y ACUPUNTURA	40
4.11. SERVICIOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.	41
4.12. SERVICIOS DENTALES POR EL TRATAMIENTO DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL	42
CLAUSULA TERCERA	43
1. TERMINOS Y CONDICIONES	43
1.1. SOLICITUDES	43
1.1.1. Declaración Errónea de la Edad	43
1.2. REINSTALACIÓN	43
1.3. EXTENSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA	44
1.4. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN DE PÓLIZA	44
1.4.1. Excepciones y limitaciones al Privilegio de Conversión	44
1.5. CONTINUIDAD TEMPORAL DE COBERTURA DE LA PÓLIZA PARA EL CÓNYUGE ASEGURADO Y SUS HIJOS ELEGIBLES	45
1.6. CIRUGÍAS EN PERÍODO DE ESPERA	45
1.7. ASIGNACIÓN O CESIÓN DEL PRODUCTO DE LA COBERTURA	46
1.8. COORDINACIÓN DE COBERTURAS	46
1.9. DERECHO DE SUBROGACIÓN	48
1.10. PRIMAS	48
1.10.1. Cálculo de Primas	48
1.10.2. Cambios en las Tasas de las Primas del Programa	48
1.10.3. Pago de Prima Inicial y de Prima de Renovación	49
1.11. PROCEDIMIENTOS A SEGUIR POR EL ASEGURADO EN CASO DE REQUERIR COBERTURA PARA GASTOS POR SERVICIOS DE RECLUSIÓN HOSPITALARIA O ATENCIÓN AMBULATORIA	49
1.11.1. Para Gastos por Servicios de Consulta Externa.	49
1.11.2. Para Gastos por Servicios de Reclusión Hospitalaria, Honorarios Médicos, Servicios Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria; Exámenes, Procedimientos, Tratamientos y Suministro de Equipos Especiales; Maternidad, y cualesquiera otros gastos elegibles por servicios cubiertos.	50
1.11.3. Requisitos de Segunda y Tercera Opinión	50
1.11.4. Requisitos para Presentación de Reclamos y Prueba del Siniestro.	50



1.11.5. Procedimiento de revisión en caso de Reclusión Hospitalaria.	52
1.12. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES	52
1.13. DISPOSICIONES PARTICULARES	57
1.13.1. Renovación Automática	58
1.13.2. Cambios en el Contrato de Seguro o Póliza	58
1.13.3. Tercera Opinión por Condición Pre-Existente	58
1.13.4. Exámenes Físicos y Autopsia	58
1.13.7. Concordancia con las Leyes Locales	59
1.13.8. Avisos y Notificaciones	59
1.13.9. Reclamos en curso a la fecha de vencimiento de la póliza	59
CLAUSULA CUARTA	59
1. TASACIÓN DE DAÑOS	59
2. COMUNICACIONES	60
3. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS	60
4. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	60
5. JURISDICCIÓN	60
6. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	60
7. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES	61
8. LEGISLACIÓN APLICABLE	61
9. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	61
CLAUSULA QUINTA	61
1. DEFINICIONES	61
ADDENDUM #1 – COBERTURAS DE SERVICIO	76
ARTÍCULO 1. COBERTURA ADICIONAL	76
ARTÍCULO 2. DEFINICIONES:	76
ARTÍCULO 3. ÁMBITO DE COBERTURA:	77
ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES:	98
ARTÍCULO 5. PROCESO DE RECLAMACIÓN:	98
ARTÍCULO 6. ARTÍCULO SUPLETORIO	98



Acuerdo de Aseguramiento

MAPFRE | Seguros Costa Rica S.A., entidad aseguradora registrada bajo la cédula jurídica número 3-101-560179 y debidamente acreditada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, en adelante conocida como **MAPFRE | COSTA RICA**, expide esta póliza de seguro, la cual se regirá por las cláusulas que adelante se detallan, o en su defecto, por las disposiciones de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y de cualquier otra legislación comercial que resultare aplicable.

La eficacia de cada una de las coberturas descritas en esta póliza, está sujeta a que se hayan incorporado a la misma, según conste en las Condiciones Particulares del contrato.

Condiciones Generales

CLAUSULA PRIMERA

1. CONTRATO

La Solicitud de Seguro para cualquier Asegurado y las declaraciones contenidas en ella, las manifestaciones que se hicieron o se hagan por médico examinador para cualquier propuesto Asegurado, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las excepciones o exclusiones que se hagan a cualquier solicitud para un certificado particular de un propuesto Asegurado, los Anexos, Aditamentos y Endosos que se adhieran para cualquier certificado que corresponda a un asegurado, constituyen el Contrato de Seguro - en adelante Póliza o Contrato- entre el Contratante y **MAPFRE | COSTA RICA** y a él estarán sujetas las partes y los dependientes asegurados de cualquier Asegurado en un certificado de póliza.

2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

3. PERÍODO DE COBERTURA

El seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza; no obstante, el reclamo puede ser presentado después de que la vigencia haya llegado a su término. Lo anterior sin perjuicio de los términos de prescripción previstos en la presente póliza.

4. VIGENCIA



Salvo pacto en contrario, esta póliza tiene vigencia anual. De conformidad con el artículo 14 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la prórroga del contrato es obligatoria para **MAPFRE | COSTA RICA** en tanto se cancele la prima determinada técnicamente, según las condiciones pactadas en dicha. Las fechas de inicio y fin de vigencia son las que consten en las Condiciones Particulares.

Sin perjuicio de la prórroga obligatoria que contempla la normativa, la póliza se podrá renovar anualmente a su vencimiento de común acuerdo entre **MAPFRE | COSTA RICA** y el Tomador. El Tomador cuenta con derecho a que la póliza no sea prorrogada obligatoriamente o renovada de común acuerdo, para lo cual deberá notificar su decisión a **MAPFRE | COSTA RICA** con antelación suficiente que permita a **MAPFRE | COSTA RICA** informar a los asegurados de dicha terminación con al menos 45 días calendario de antelación.

La eficacia de cobertura respecto de cada uno de los Asegurados que se incluyan a la póliza, correrá a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguro respectivos. De igual manera, la eficacia de cobertura estará sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Previo a la fecha del vencimiento anual de la póliza y en un plazo no menor a treinta (30) días naturales, **MAPFRE | COSTA RICA** entregará al Tomador un reporte completo de asegurados indicando para cada uno el detalle de coberturas y montos amparados. El Tomador validará o solicitará las modificaciones correspondientes al reporte de los datos de los Asegurados. El plazo para emitir la validación será el negociado entre las partes e indicado en las Condiciones Particulares. En caso de no cumplir con esta obligación se entenderá que el Tomador está de acuerdo la información suministrada. Todos los reportes deberán ser entregados por los medios electrónicos definidos y con la estructura de datos suministrada por **MAPFRE | COSTA RICA**.

En caso de modificación o terminación del contrato, el tomador deberá cooperar con **MAPFRE | COSTA RICA** con la información que sea requerida al efecto para comunicar la decisión a los asegurados en los plazos previstos en la normativa vigente. Según contempla la normativa, es obligación de la aseguradora de comunicar a los asegurados individuales la modificación y/o la terminación del contrato con al menos 30 días naturales de previo a la entrada en vigencia de la modificación o al menos 45 días naturales de previo a la terminación de la póliza, a efectos de que sus intereses no se vean dañados. La comunicación podrá ser implementada mediante comunicación vía email, por comunicación física en domicilio o por otro medio permitido en la póliza, lo anterior con al menos los plazos antes indicados.

Para el(los) hijo(s) recién nacido(s) del Asegurado Principal se aplicará lo establecido en la Cláusula Segunda, Numeral 1, Sección 1.6. "De la Inclusión Automática de Recién Nacidos."

5. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

En adición a otras obligaciones que contemple esta póliza o la normativa vigente, el Tomador asume las siguientes obligaciones:

- A) Pago y Recaudo de Prima: El Tomador deberá pagar a **MAPFRE | COSTA RICA** la prima convenida conforme a los plazos estipulados en esta póliza. En el caso de modalidad contributiva, el Tomador realizará la gestión de recaudo respectivo de las primas correspondientes a cada Asegurado.
- B) Informes: El Tomador suministrará a **MAPFRE | COSTA RICA** mensualmente, dentro de los quince (15) días naturales siguientes al fin de cada mes, un informe electrónico con la información detallada de cada asegurado vigente en la póliza. Dicho informe electrónico contendrá como mínimo para cada asegurado la siguiente información:
- Nombre y dos apellidos
 - Número de identificación y tipo
 - Dirección electrónica o de notificaciones del Asegurado
 - Estado civil
 - Prima mensual
 - Fecha de inclusión
- C) Proceso de Prórroga o Renovación: Para el proceso de renovación y/o prórroga **MAPFRE | COSTA RICA** y el Tomador del seguro revisarán conjuntamente un detalle de Asegurados y sus respectivas sumas aseguradas individuales el cual servirá de base para la renovación respectiva y para la emisión del recibo cobro de prima.
- D) Intermediación: El Tomador deberá informar a los Asegurados la participación de un intermediario de seguros o sociedad corredora cuando corresponda, así como el detalle de sus obligaciones y responsabilidades y si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el tomador.
- E) En caso que la inclusión en la póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el tomador estará obligado a indicar, de forma expresa y clara, si la contratación de la cobertura es obligatoria u opcional para el asegurado.
- F) En caso de modificación o terminación del contrato, el tomador deberá cooperar con **MAPFRE | COSTA RICA** con la información que sea requerida al efecto para comunicar la decisión a los asegurados en los plazos previstos en la normativa vigente. Cualquier decisión de terminación del Tomador deberá considerar los plazos de normativa que permitan a **MAPFRE | COSTA RICA** comunicar la decisión a los asegurados en los plazos previos aplicables.
- G) Colaborar con **MAPFRE | COSTA RICA** para que sea posible informar a los Asegurados con al menos 30 días naturales de previo a la entrada en vigencia de alguna variación o modificación de la póliza, en los casos en que el Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** pacten de común acuerdo modificaciones al contrato, a efectos de que sus intereses no se vean dañados.
- H) En caso de solicitar la terminación de la póliza, deberá hacerlo con antelación suficiente que permita colaborar con **MAPFRE | COSTA RICA** para que sea posible informar a los Asegurados con al menos 45 días naturales de previo a la fecha de terminación.

Los incumplimientos, los errores y las omisiones incurridos por el tomador, asegurador o por los intermediarios de seguros no son oponibles a la persona asegurada de buena fe. En caso de que se presente alguna de esas situaciones sin que exista claridad en cuanto al causante de la misma, la aseguradora reparará la afectación al asegurado pudiendo luego recuperar lo pagado del tomador o el intermediario según corresponda. En ese sentido, en caso de incumplimientos del Tomador, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá ejercer las acciones que estime convenientes para recuperar el daño o perjuicio causado.

El Tomador no es un agente para la Compañía, y ninguno de sus empleados tiene autoridad para renunciar o modificar las condiciones del Contrato del Seguro.

6. PRIMA A PAGAR

La prima a pagar como contraprestación a la cobertura que otorga este seguro, se facturará según la vigencia y se cobrará al cliente según la frecuencia de pago descrita en las Condiciones Particulares del certificado póliza.

En aquellos casos en que se haya convenido según el certificado póliza, el pago de la prima convenida para un plazo de vigencia dado financiado mediante abonos parciales, se le concederá un Periodo de Gracia de diez (10) días hábiles para el pago de la prima, contados a partir de la fecha en que se debió realizar el pago.

La prima podrá ser honrada mediante el pago directo en caja, a través de depósito o transferencia bancaria a las cuentas de **MAPFRE | COSTA RICA** o mediante cargo automático a tarjeta de crédito o débito.

Si dentro de los Periodos de Gracia sobreviniere un siniestro amparable por esta póliza y la prima no se hubiere pagado, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá deducir de las indemnizaciones que resultaren procedentes, el importe de prima pendiente de pago.

7. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro puede ser suscrito bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

- a) Prima Contributiva: en la que el Grupo Asegurado contribuye en toda o parte de la prima.
- b) Prima No Contributiva: en la que el Tomador es quien paga la totalidad de la prima.

8. MORA EN EL PAGO

Una vez que haya transcurrido El periodo de Gracia que establece el numeral 5 anterior de esta Cláusula Primera de las Condiciones Generales y la Aseguradora no haya recibido el pago de la Prima adeudada, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá tomar una de las siguientes acciones:

- a) Dar por terminado el contrato, en cuyo caso, salvo pacto en contrario, **MAPFRE | COSTA RICA** quedará liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora. Deberá notificar su decisión al Tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se

incurrió en mora. De acuerdo a lo anteriormente expresado en este punto, queda acordado y convenido que cuando se trata de esta acción, el pago tardío de la prima una vez terminado o caducado el contrato, no conlleva ni la rehabilitación de la póliza, ni la renovación de la misma, ni el inicio de una vigencia de póliza. Así aun en el caso de siniestro, que de otra manera hubiese estado cubierto bajo el certificado póliza, La Aseguradora se obliga únicamente a devolver al Contratante las primas pagadas extemporáneamente.

- b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, **MAPFRE | COSTA RICA** será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que MAPFRE | COSTA RICA escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.

MAPFRE | COSTA RICA deberá informar oportunamente su decisión al contratante, cualquiera que ella sea.

9. AJUSTES EN LA PRIMA

- a. Ajustes en Prórrogas: De previo a la fecha de vencimiento anual de la vigencia de la póliza, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá modificar las tarifas que consten en las Condiciones Particulares del contrato, según factores tales como la composición del grupo asegurado, así como por efecto de siniestralidad según los parámetros e impacto que se detallan seguidamente en la sección RECARGOS Y DESCUENTOS. Para tales efectos, **MAPFRE | COSTA RICA** dará aviso escrito al Tomador y a los Asegurados con al menos sesenta (60) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la terminación de la Póliza en un plazo que permita cumplir con lo dispuesto en la sección 1.5 H. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro. Se deja expresa constancia que los ajustes respectivos serán aplicados a las tarifas colectivas del seguro y no existirán ajustes individuales con base en las condiciones individuales de un determinado asegurado.
- b. Ajustes por Variación de Edad: Los planes de aseguramiento se basan en la suma asegurada y en el rango de edad en el que se ubica el Asegurado al momento de su suscripción. Anualmente se validará la edad cumplida del Asegurado y se ajustará



la prima de acuerdo en caso que el Asegurado haya cambiado de Rango de Edades según la tarifa vigente al momento de variación.

- c. Ajustes por Modificación de Póliza: Los ajustes de prima originados en modificaciones a la póliza, deberán cancelarse en un término máximo de treinta días naturales contados a partir de la fecha en que **MAPFRE | COSTA RICA** acepte la modificación. Si la prima de ajuste no es pagada durante el período establecido, **MAPFRE | COSTA RICA** dará por no aceptada la modificación por parte del Asegurado y dejará la póliza en el mismo estado anterior. Si la modificación a la póliza origina devolución de prima, **MAPFRE | COSTA RICA** deberá efectuarla en un plazo máximo de treinta días hábiles, contado a partir de la solicitud.

Los ajustes en la prima por recargos o descuentos se rigen por las siguientes reglas:

RECARGOS Y DESCUENTOS:

Podrán otorgarse descuentos por volumen, conforme a dos parámetros excluyentes, a saber por número de asegurados en el grupo colectivo o por monto asegurado total del colectivo, en el entendido que no se pueden aplicar los dos parámetros de forma simultánea. Los porcentajes de descuento son:

Por número de Asegurados en el Colectivo

Número de Personas	Descuento Mínimo	Descuento Máximo
0-100	0	5%
101-500	0	10%
501- más	0	20%

Por Monto Asegurado
(Colones o su Equivalente en Dólares)

Monto Asegurado Total	Descuento Mínimo	Descuento Máximo
0 – 1,000,000,000	0	5%
1,000,000,001 – 5,000,000,000	0	10%
5,000,000,001 o más	0	20%

Asimismo, podrán otorgarse descuentos y/o recargos por experiencia, para lo cual en cada período anual se calculará el índice de siniestralidad que significa que es el coeficiente o porcentaje que refleja la proporción existente entre el coste de los siniestros producidos en la póliza y la Prima neta del mismo período anual (este factor se calcula como el máximo entre uno y de dividir la suma de todos los siniestros pagados el año previo de la renovación entre la prima neta sin impuestos, la cual corresponde a las primas brutas menos devoluciones del año y otros gastos comerciales o administrativos durante el año). Dicho índice de siniestralidad tendrá un período de análisis de un año, tomando siempre la totalidad de datos existentes. Los descuentos o recargos serán los siguientes:

INDICE DE SINIESTRALIDAD	DESCUENTO O RECARGO
0 - 49.99%	30% de descuento
50% - 54.99%	25% de descuento
55% - 59.99%	0%
60% - 79.99%	30% de recargo
80% - 99.99%	40% de recargo
100% - 149.99%	50% de recargo
150% - 199.99%	75% de recargo
200% o más	100% de recargo

Estos recargos o descuentos se negocian al suscribir el seguro o al cambiar las condiciones en la prórroga anual y afectarán al Asegurado o al Tomador del seguro, según sea quien pague la prima, en caso de que se apliquen dichos descuentos serán indicados en Condiciones Particulares.

10. COMISIONES

MAPFRE | COSTA RICA, reconocerá al Tomador la tasa de comisión de cobro pactada que conste en las Condiciones Particulares de esta póliza, por concepto de recaudación de primas. La comisión contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el tomador en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

De la misma manera, en caso de participar un intermediario de seguros en la contratación de la póliza, MAPFRE | COSTA RICA reconocerá al intermediario la comisión de intermediación que sea pactada al efecto, y que constará en las Condiciones Particulares.

11. MONEDA

A través de estas Condiciones Generales se establece y acuerda con el Contratante - Asegurado, que el Pago de la Prima que le corresponda pagar por las Coberturas contratadas en su Programa de Seguros, así como la Indemnización a que tenga lugar y reciba por los Beneficios otorgados a través de las Coberturas Contratadas en su Programa de Seguros según su certificado - póliza, son liquidables de acuerdo a "La Moneda" de Emisión que se estipula en las Condiciones Particulares de su certificado - póliza. Lo anterior significa que en la Moneda que se emita el certificado - póliza en esta misma moneda se otorgarán los Beneficios o Indemnizaciones derivados del mismo y en el momento en que se soliciten. Lo anterior se establece ya que todos los valores técnicos de la póliza son acordados de forma unitaria y son válidos para cualquier tipo de moneda que se establezca o contrate a la emisión.

No obstante, las obligaciones monetarias finales de cualquiera de las partes, podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo



respectivo el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Costa Rica, a precio de venta vigente a la fecha de pago de la obligación.

12. DERECHO DEL ASEGURADO O SUS CAUSAHABIENTES

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que **MAPFRE | COSTA RICA** pague al Tomador del seguro el importe amparado por el seguro en caso de evento cubierto por el contrato.

13. DEBER DE NOTIFICACIÓN AL ASEGURADO

MAPFRE | COSTA RICA se obliga a notificar al asegurado acreditado cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar esta póliza, a fin de que estén en posibilidad de adoptar acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

14. DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES AL ASEGURADO

El asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a **MAPFRE | COSTA RICA**, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

15. MODIFICACIONES

De previo al vencimiento de la póliza, el Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** podrán, de común acuerdo, acordar modificaciones a la póliza.

En dado caso, el Tomador deberá colaborar con **MAPFRE | COSTA RICA** para informar a los Asegurados con al menos 30 días naturales de previo a la entrada en vigencia de alguna variación o modificación de la póliza, a efectos de que sus intereses no se vean dañados. Como mecanismo de implementación, cualquier modificación deberá ser acordada con un plazo no menor a 45 días previos a su vigencia a fin que el Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** puedan preparar y circular el comunicado respectivo con la antelación mínima de 30 días calendario a todos los miembros del Grupo Asegurado.

16. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a **MAPFRE | COSTA RICA** con al menos un mes de anticipación a la fecha de eficacia del acto. En cualquier caso, **MAPFRE | COSTA RICA** tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada.

Será condición y requisito absolutamente indispensable para dicha terminación anticipada, que el Tomador brinde adicionalmente un preaviso **MAPFRE | COSTA RICA** con antelación suficiente que permita a **MAPFRE | COSTA RICA** informar de dicha solicitud a los Asegurados individuales mediante comunicado con al menos 45 días calendario de antelación, a efecto que sus intereses no se vean afectados. El Tomador deberá brindar toda colaboración requerida por **MAPFRE | COSTA RICA** para proceder con este comunicado.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

17. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Conforme se dispone en el Artículo 5 y en el Artículo 6, inciso a, de la cláusula primera de estas Condiciones Generales, la falta de pago de la prima dentro del plazo previsto, constituirá causal de terminación del contrato, cuya eficacia estará sujeta a la notificación respectiva al Tomador de la póliza en el lapso allí establecido.

No obstante, en salvaguarda de los intereses de los Asegurados, en caso de que se dé por terminado el contrato, MAPFRE | COSTA RICA les notificará dicho acto. La notificación se dirigirá al domicilio o cualquier otro medio designado para tales efectos por parte del Asegurado.

18. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO

La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o el Asegurado, sobre hechos o circunstancias que conocidos por MAPFRE | COSTA RICA hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta de esta póliza, según corresponda. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. En este caso MAPFRE | COSTA RICA podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá como mínimo conforme a lo dispuesto en la Legislación de Seguros vigente en la República de Costa Rica, o bien según las reglas de Suscripción de Riesgos vigentes que tenga MAPFRE | COSTA RICA en ese momento, siempre tomando como proceso a seguir en este caso lo que resulte sea más Favorable para el Asegurado.

19. EFECTO DE LA RETICENCIA O INEXACTITUD DE DECLARACIONES SOBRE EL SINIESTRO

Si un siniestro ocurre antes de una modificación o rescisión de esta póliza por motivos de reticencia o inexactitud de declaraciones conforme se regula en el artículo anterior, MAPFRE | COSTA RICA rendirá la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse al Tomador y/o al Asegurado. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Tomador y/o al Asegurado, MAPFRE | COSTA RICA brindará la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si MAPFRE | COSTA RICA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente.

20. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD Y SUMA ASEGURADA

El Límite máximo de Responsabilidad de **MAPFRE | COSTA RICA**, en cualquier momento para cada Asegurado, podrá ser contratada en dos modalidades, según conste en la Solicitud de Seguro. Conforme a dicha elección, la suma asegurada será igual a la (i) suma estipulada en el Certificado - Póliza de Seguro Individual como Límite Máximo Vitalicio y que se establece en la Clausula Segunda numeral 1.1 de estas Condiciones Generales, lo anterior sin perjuicio de que para alguna cobertura o bien servicio estipulado en las Condiciones Particulares del programa de seguros del asegurado exista algún Límite de Responsabilidad o Suma Asegurada menor específicamente descrita para la cobertura o servicio para los efectos del programa de seguros establecido en contrato- póliza de seguros, o (ii) la suma anual renovable que se estipule en el Certificado - Póliza de Seguro, cuya suma se renovará automáticamente, de forma no acumulativa, en cada año póliza. En caso de contratación bajo suma anual renovable, se entenderá que toda sección de la presente póliza que indique o haga referencia a Límite Máximo Vitalicio deberá entenderse como la Suma anual renovable que señale el Certificado - Póliza de Seguro.

21. CERTIFICADO DE SEGURO

MAPFRE | COSTA RICA entregará al Asegurado, en su domicilio o en el domicilio del Tomador, un certificado de seguro con la información correspondiente del aseguramiento y de la póliza colectiva, conforme lo establecido por la Regulación y Normativa vigente.

Este certificado debe ser entregado en un plazo no mayor a 3 (tres) días contados a partir de la fecha en que **MAPFRE | COSTA RICA** aceptó el riesgo y lo incluyó en la póliza.

Asimismo, el Asegurado podrá solicitar a **MAPFRE | COSTA RICA** una copia de las Condiciones Generales y Particulares del seguro contratado.

CLAUSULA SEGUNDA

1. DE LA COBERTURA DE SU POLIZA EN GENERAL

En consideración al pago por adelantado de la prima convenida, **MAPFRE | COSTA RICA** asume el riesgo de pérdida económica (gastos) en que durante la vigencia de Póliza incurra el Asegurado o cualesquiera de sus dependientes asegurados, por gastos elegibles como consecuencia de servicios de atención médica y hospitalaria que haya recibido un Asegurado y que estén cubiertos bajo alguna de las coberturas de seguro y sus servicios contratadas y estipuladas en las Condiciones Particulares del certificado-póliza, sujeto a los deducibles, coaseguros, copagos, Exclusiones, Limitaciones, Sumas Aseguradas, Límite Máximo Vitalicio y demás estipulaciones y condiciones para las coberturas de la Póliza contenidas en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares del certificado- póliza vigentes en la fecha en que se incurre en dicha pérdida económica o gasto y de acuerdo a lo que se estipula para el área geográfica de incurrencia del gasto en las mismas Condiciones Generales y Particulares del certificado póliza, prevaleciendo las Condiciones Particulares del certificado póliza sobre las Generales.

1.1. Límite Máximo Vitalicio

Es la Suma Asegurada acumulada total que tiene la póliza durante todo el tiempo de su vigencia incluyendo las renovaciones, ya sea globalmente para todas las coberturas en conjunto o bien en

particular para alguna cobertura específica o para algún servicio o rubro de servicio asociado a una o varias coberturas según se estipule en las Condiciones Particulares del certificado - póliza, que correrá a cargo de **MAPFRE | COSTA RICA** ya sea por cada asegurado o dependiente asegurado o en conjunto por el colectivo asegurado en la póliza, como resultado de recibir servicios médicos u hospitalarios elegibles cubiertos bajo la Póliza, siempre y cuando, los servicios se reciban en el área geográfica de cobertura indicada en las Condiciones Particulares del certificado- póliza.

1.2. Residencia en el País

Para tener derecho a la cobertura el Asegurado (principal, cónyuge o hijos dependientes asegurados) deberá residir en la República de Costa Rica durante diez (10) meses dentro del año calendario, a menos que sea dispuesto de otra forma en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza.

1.3. Forma de Pago de la Indemnización

La indemnización producto de la cobertura de seguros será pagada directamente al o a los Proveedores Preferidos de Servicios Médicos u Hospitalarios asignados al plan - póliza de seguro para gastos por servicios de atención médica u hospitalaria que corresponda y que serán consignados en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza. Cuando no haya proveedores de servicios asignados al plan de seguro, la indemnización será pagada directamente al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, mediante reembolso de gastos, de conformidad y de acuerdo con los porcentajes, cantidades y limitaciones estipuladas en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza y usando como referencia los costos y precios usuales y acostumbrados de la plaza de acuerdo con las estadísticas que lleve **MAPFRE | COSTA RICA** por razón de su experiencia.

En caso de que las coberturas y servicios de seguro indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza consignen la utilización de alguna Red de Proveedores para brindar las atenciones que se requieran, **MAPFRE | COSTA RICA** facilitará los listados actualizados de proveedores y tendrá a disposición de los Asegurados la información de dichos proveedores cuando el Asegurado así lo solicite, incluyendo la fecha en que un proveedor dado haya salido de la Red de Proveedores Preferidos.

Estos proveedores podrán cambiar en cualquier momento sin perjuicio de las pre-autorizaciones extendidas antes de la fecha de salida de la Red de un proveedor dado. Toda solicitud de pre-autorización que se presente durante los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de salida de un proveedor de la Red será atendida de conformidad con los términos y condiciones del certificado- Póliza como si dicho proveedor aún formara parte de la misma.

En el evento de que el cambio de proveedor se refiera a una Institución Hospitalaria, el mismo será efectivo transcurridos treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en que sea notificado al Asegurado de conformidad con lo establecido en la cláusula tercera, numeral 1, sección 13.9, Avisos y Notificaciones.

Es importante que antes de recibir cualquier servicio que pudiera estar cubierto bajo esta póliza, el Asegurado que posee un plan de seguro en el que se consigne la utilización de alguna Red de Proveedores Preferidos, se comunique con **MAPFRE | COSTA RICA** y verifique si el proveedor del servicios pertenece o no a dicha Red.

Cuando no se utilicen los proveedores preferidos señalados para las coberturas y servicios de seguros que posee el certificado - Póliza, **MAPFRE | COSTA RICA** sólo reembolsará al Asegurado o al Tomador - Contratante en caso de ser persona distinta de aquel, y sólo en el caso administrativo que aplique, el porcentaje (%) establecido para estos casos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza para los gastos elegibles; que será calculado sobre la base del precio pactado con

los proveedores preferidos asignados al Plan de Seguros por el servicio cubierto y sin exceder el límite máximo de cualquier cobertura que se haya contratado según el certificado- Póliza.

En ningún caso **MAPFRE | COSTA RICA** será responsable por daños y/o perjuicios originados por las opiniones de los médicos profesionales consultados y/o por los servicios prestados por las instituciones médico- hospitalarias o proveedores de una red de Proveedores Preferidos.

1.4. Requisito de Pre-Autorización

La pre-autorización es requisito indispensable y obligatoria para recibir cualquier servicio derivado de coberturas de la Póliza, a menos que sea especificado de otra forma para alguna(s) cobertura(s) específica o servicio(s) específico(s) en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza, y deberá ser solicitada por el Asegurado Principal o Contratante -Tomador, en caso de ser persona distinta de aquel, con por lo menos tres (3) días de anticipación, y en los casos en que otro médico hubiese referido al asegurado al médico tratante actual deberá solicitarla con por lo menos cinco (5) días de anticipación; en todos los casos en que así lo indique la cobertura de la Póliza bajo la que se podría tener derecho a que se cubra el servicio. La Pre-Autorización deberá ser cursada a **MAPFRE | COSTA RICA** mediante el formulario designado para estos efectos, el cual estará a disposición del asegurado cuando él así lo solicite. El formulario de Pre-Autorización deberá acompañarse de cualquier documentación que sea requerida por **MAPFRE | COSTA RICA** para la evaluación de dicha solicitud.

En aquellos servicios y suministros que de otra manera hubiesen sido cubiertos de haberse solicitado la pre-autorización requerida dentro de los plazos establecidos en la póliza, **MAPFRE | COSTA RICA** aplicará una penalización como un porcentaje sobre el valor usual y acostumbrado del servicio o suministro recibido. El % de penalización por falta de pre-autorización será estipulado en las condiciones particulares del certificado -póliza.

1.5. INICIO Y TERMINACION DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO-POLIZA

1.5.1. Cuando comienza la Vigencia de su Certificado -Póliza de Seguro

Para el Asegurado Principal, Cónyuge asegurado Elegible y/o el(los) Hijo(s) asegurado(s) Elegible(s), en la fecha en que cada uno haya cumplido con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- Que hayan completado correcta y honestamente y por escrito, el formulario de "Solicitud de Seguro" diseñado y aprobado por **MAPFRE | COSTA RICA** habiendo cumplido con los requerimientos que en él se le hayan indicado; y
- Que se haya(n) pagado por adelantado y en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA** la(s) prima(s) que esta última haya requerido; y
- Que **MAPFRE | COSTA RICA** haya aprobado la(s) solicitud(es) de seguro, emitido las Condiciones Particulares del certificado póliza correspondientes y entregado los mismos al Asegurado Principal y Contratante -Tomador.

1.5.2. Cuando Termina la Vigencia de su Certificado-Póliza de Seguro

La Vigencia de su certificado Póliza de Seguro terminará automáticamente a la media noche de:

- Para todos los asegurados, en la fecha de renovación en caso de no recibir por adelantado la primera prima por fraccionamiento de la vigencia siguiente.
- Para todos los Asegurados, el día escogido por el Contratante - tomador previa notificación por escrito y entregada en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA**, o bien para todos los asegurados dentro de un certificado- póliza el día escogido por su Asegurado Principal y refrendada por el Contratante -Tomador, previa notificación por escrito y entregada en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA** ;

- c. En el momento en que el Asegurado agote su Límite Máximo Vitalicio, o se agote el Máximo Vitalicio Conjunto sea de su certificado-póliza o bien de la Póliza colectiva- si existen - según se establezca en las Condiciones Particulares del certificado - Póliza, lo que ocurra primero. En el caso de Coberturas contratadas con una suma asegurada o límite asegurado específico, la cobertura específica terminará para el asegurado cuando se agote la suma o límite asegurado estipulado según se establezca en las Condiciones Particulares del certificado -póliza;
- d. El día anterior a la fecha en que el Asegurado ingrese al servicio activo de fuerzas armadas, de policía, ejércitos o instituciones de seguridad pública o privada, de cualquier organización o agrupación, Estado o Nación;
- e. El momento en que el Asegurado deja de ser Cónyuge Elegible o Hijo Elegible;
- f. El día siguiente a aquel en que el Asegurado haya totalizado sesenta (60) días calendarios acumulados sean continuos o no, fuera de la República de Costa Rica durante un año calendario, a menos que se haya emitido algún aditamento o endoso que deje sin efecto esta causal;
- g. El día en que **MAPFRE | COSTA RICA** tenga conocimiento de que ha habido reticencia en las declaraciones o manifestaciones que deba hacer a la misma el Asegurado o bien el Contratante - Tomador del seguro si fuere diferente de aquél, o bien que se hayan hecho declaraciones falsas o fraudulentas, equivocadas o inexactas u omisiones de información en la solicitud de algún certificado – póliza de un Asegurado, corroboradas ya sea por un Médico o Institución Hospitalaria, o Clínica Privada; sin importar que dichas declaraciones u omisiones provengan del Asegurado o bien del Contratante – Tomador del seguro si fuera diferente de éste. La cobertura del certificado – póliza terminará para todos el(los) Asegurados(s) a partir de la fecha en que **MAPFRE | COSTA RICA** tenga conocimiento de ese hecho. **MAPFRE | COSTA RICA** informará al Contratante –Tomador y al Asegurado si fuere diferente de aquél mediante un aviso, la nulidad del contrato y por ende la terminación y suspensión de todas las coberturas, según lo establecido en la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.13.9. “Avisos y Notificaciones”** de esta póliza;
- h. El día en que **MAPFRE | COSTA RICA** tenga conocimiento de la falsificación y/o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes y demás documentos presentados por el Asegurado para la sustentación de un reclamo. Sin perjuicio a lo anterior, **MAPFRE | COSTA RICA** informará al Contratante- Tomador o bien al Asegurado si fuere diferente de éste mediante un aviso, la nulidad y por ende de terminación de las coberturas según lo establecido en la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.13.9. “Avisos y Notificaciones”** de esta póliza;
- i. El último día del plazo de treinta (30) días establecido por **MAPFRE | COSTA RICA** por el cual se notifica al Asegurado una modificación o cambio en el contrato de seguro o cambios en las Tasas de las primas y el Asegurado no acepta dicha modificación.
- j. En aquellos casos en que mediante Endoso a la Póliza se haya convenido con el Asegurado Principal o Contratante -Tomador en caso de ser persona distinta de aquel, el pago de la prima convenida para un plazo de vigencia dado mediante abonos parciales, el décimo (10°) día hábil contado a partir de la fecha en que el aviso de terminación de póliza por mora en el pago de uno de los abonos a la prima convenida, sea puesto en la oficina de correos y telégrafos dirigido a la última dirección del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, registrada en el certificado- Póliza, o de que le sea entregado personalmente, o bien al agente de seguros si éste es designado en la póliza por el Contratante - Tomador para estos efectos.

Cualquier suma de dinero que con posterioridad a las fechas arriba indicadas sea recibida por **MAPFRE | COSTA RICA**, o que habiéndose entregado al Corredor – Agente de Seguro consignado en el Certificado- Póliza con antelación a las fechas arriba indicadas para supuestamente amparar una cobertura por un periodo posterior a las mismas por razón de de las coberturas del Certificado - Póliza y dicho Corredor no la haya remitido a **MAPFRE | COSTA RICA** dentro del plazo establecido

por las Leyes vigentes en el País o bien por las Normas de **MAPFRE | COSTA RICA** que se establecen en las Condiciones Particulares del certificado - Póliza, el tiempo que resulte mayor, UNICAMENTE dará derecho al Contratante –Tomador o bien a la persona por causa de la cual se recibió el dinero, a la devolución de dichas sumas de dinero pagadas.

1.6. De la Inclusión Automática de Recién Nacidos

En caso de que en las Condiciones Particulares de la Póliza se otorgue la cobertura de Maternidad, sujeto a que la póliza se encuentre vigente al tiempo del alumbramiento, a las sumas aseguradas, limitaciones y excepciones y demás parámetros de operación del certificado – póliza correspondiente, y a que la madre esté cubierta bajo el beneficio o cobertura de maternidad para dicho embarazo, el o los hijos recién nacidos quedarán automáticamente incluidos como Asegurados bajo la Póliza siempre y cuando el Asegurado Principal o Contratante - Tomador, en caso de ser persona distinta de aquel, solicite su inclusión como tales durante los primeros nueve (9) días de vida del o de los recién nacidos y, la prima de acuerdo a la frecuencia y forma de pago por la cobertura del Certificado - Póliza de cada recién nacido sea pagada por adelantado al momento de la solicitud de inclusión en la Póliza. Hecho esto, la inclusión del recién nacido a la póliza será efectiva a partir del décimo (10°) día de vida. Inscripciones posteriores al noveno (9°) día de nacido estarán sujetas a que previamente se complete un formulario de solicitud de seguro para el recién nacido (declaración médica), y a la evaluación y aprobación de la misma por parte de **MAPFRE | COSTA RICA**.

2. MODALIDADES DE COBERTURA

La cobertura de su Póliza puede ser Básica; bajo Médico Mayor o Comprensiva; Suplementaria; Pagos Específicos en Efectivo; o una combinación de dos o más de ellas.

2.1. MODALIDAD de Cobertura Básica

Es la forma en que **MAPFRE | COSTA RICA** asume el riesgo de pérdida económica (gasto elegible) en que durante la vigencia del certificado - póliza sufra o incurra el Asegurado, por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido, y le indemniza por la misma, reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con Proveedores de Servicios médicos u hospitalarios para ser utilizados por los Asegurados, haciéndose cargo del 100% de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo el certificado- Póliza, luego de que el Asegurado haya cubierto el copago que le corresponda y sin exceder de los límites en monto y tiempo, sumas aseguradas, límites máximos vitalicios y demás estipulaciones que hayan sido establecidas en las Condiciones Particulares del certificado – póliza para el servicio en cuestión, y que salvo que en éstas se indique otra cosa, no están sujetos ni a co-seguro ni a deducible.

2.2. MODALIDAD de Cobertura Bajo Médico Mayor o Comprensiva

Es otra forma en que **MAPFRE | COSTA RICA** asume el riesgo de pérdida económica (gasto elegible) en que durante la vigencia del certificado- póliza sufra o incurra el Asegurado, por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido, y le indemniza por la misma, reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con Proveedores de Servicios médicos u hospitalarios para ser utilizados por los asegurados, haciéndose cargo de un Porcentaje Preestablecido de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo el certificado- Póliza y corriendo la diferencia en coaseguro a cargo del Asegurado, hasta por un monto Máximo de Desembolso por año calendario.

Luego de cubierto el Máximo de Desembolso **MAPFRE | COSTA RICA** dará cobertura al 100% de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo el certificado- Póliza sin exceder el límite Máximo Vitalicio, sumas aseguradas específicas, límites máximos ya sea en monto y/o en tiempo y cualquier otra disposición establecida en las Condiciones Particulares del certificado - Póliza durante ese año

calendario. Para dar esta cobertura el asegurado deberá primero haber completado o cubierto el deducible de acuerdo a su modalidad y para la cobertura o coberturas en cuestión de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares del certificado-póliza.

2.3. MODALIDAD de Cobertura Suplementaria

Forma en que **MAPFRE | COSTA RICA** asume el riesgo de pérdida económica (gasto elegible) en que durante la vigencia del certificado - Póliza sufra o incurra el Asegurado, por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido, y le indemniza por la misma, reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con Proveedores de Servicios médicos u hospitalarios para ser utilizados por los asegurados, haciéndose cargo del 100% de los gastos elegibles por servicios cubiertos luego de que previamente el Asegurado haya cubierto el copago y sin exceder del límite ya sea en monto y/o tiempo estipulados en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza para dicho servicio.

Luego de cubiertos esos límites ya sea en monto o tiempo y una vez cubierto el deducible si se estableciere en el certificado -póliza para el servicio en cuestión, **MAPFRE | COSTA RICA** dará cobertura de seguro por la cantidad o el tiempo en exceso de los mismos haciéndose cargo de un Porcentaje (%) Preestablecido de los gastos elegibles por servicios cubiertos y cubriendo el Asegurado en coaseguro la diferencia hasta un Máximo de Desembolso por año calendario, todos los parámetros según se estipulen en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza.

Finalmente, cubierto el Máximo de Desembolso, **MAPFRE | COSTA RICA** dará cobertura al 100% de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo el certificado Póliza y todo lo anteriormente dicho en esta sección sin exceder el límite Máximo Vitalicio, cualquier limitación o suma asegurada específica para la cobertura o servicio de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares del Certificado- Póliza

2.4. MODALIDAD de Cobertura de Pagos Específicos en Efectivo

Es la forma en que **MAPFRE | COSTA RICA** asume el riesgo (o parte de él) de pérdida económica que durante la vigencia de la Póliza pueda sufrir o incurrir el Asegurado, a consecuencia de la aparición de una o más condiciones médicas o enfermedades cubiertas o por haber recibido atenciones o servicios médicos u hospitalarios, en ambos casos preestablecidos en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza siempre y cuando sean médicamente necesarios y que haya recibido o deba recibir el Asegurado por este tipo de cobertura en la póliza. **MAPFRE | COSTA RICA** indemniza a razón de este tipo de cobertura con un pago único en efectivo por determinado servicio o atención médica u hospitalaria, o mediante el pago de una renta por determinado tiempo, todo de acuerdo a los parámetros de operación estipulados en las Condiciones Particulares del certificado - Póliza.

3. DE LAS COBERTURAS DE SU POLIZA EN PARTICULAR

Aquellas coberturas que se listan a continuación y que se encuentren como incluidas en las Condiciones Particulares del certificado-póliza de su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria serán utilizadas para indemnizar al Asegurado, únicamente por los gastos elegibles en que haya incurrido por los servicios cubiertos asociados a la cobertura que corresponda y que se encuentren listados en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales.

Las Coberturas en Particular que en adelante se detallan son excluyentes las unas de las otras, es decir, que si los gastos por servicios elegibles deben ser cubiertos por el tipo de diagnóstico específicamente bajo los parámetros de operación establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza para una de estas coberturas no lo serán entonces bajo los parámetros de operación establecidos en las mismas Condiciones Particulares de ninguna otra cobertura.

Adicionalmente, en caso de ser contratado por el Tomador y así conste en las Condiciones Particulares, la presente póliza podrá incluir las coberturas de servicio adicionales que se establecen en el Addendum #1 de estas Condiciones Generales.

3.1. Cobertura para Gastos por Enfermedad y Accidente

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado, únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria a causa de una lesión accidental o enfermedad sufrida por un Asegurado cubierto bajo esta Póliza siempre y cuando como definición se cumpla con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. El certificado- póliza se encuentre vigente; y
- b. Que el plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo indicado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado - Póliza; y
- d. El gasto incurrido elegible no sea a causa de las enfermedades descritas en la definición de “Enfermedades Muy Graves” de la Cláusula Quinta, Numeral 1, ni tampoco dicho gasto por enfermedad o padecimiento sea consecuencia de algún Diagnóstico que aplique específicamente a alguna otra cobertura y sus servicios definida en estas Condiciones Generales sea que esté estipulada(contratada) o no dentro de las Condiciones Particulares del Certificado Póliza; y
- e. Que sólo en el caso de enfermedad y de acuerdo a lo estipulado en la definición de la misma, ésta se manifieste por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia del certificado Póliza para algún Asegurado, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a dicho certificado-póliza; y
- f. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura en la fecha de incurrencia del gasto; y
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), a los máximos de responsabilidad como vitalicios, a las sumas aseguradas específicas, y a las limitaciones y exclusiones del certificado- Póliza para esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a esta cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura en la fecha de incurrencia del gasto.

En el caso de que bajo esta cobertura se cubran gastos por tratamientos o cirugías a consecuencia de un accidente o tumor y se generen adicionalmente y al mismo tiempo gastos de cirugía reconstructiva a consecuencia de dicho accidente o tumor, dichos gastos se pagarán de acuerdo a los parámetros de operación de esta Cobertura para Gastos por Accidente o Enfermedad.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará, o pagará directamente al proveedor de servicios, el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para el mismo hasta el Máximo Vitalicio por cada persona asegurada o por el grupo asegurado en la póliza, todo lo anterior según lo estipulado en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de incurrencia del gasto.

3.2. Cobertura de Renta Diaria para Gastos por Hospitalización

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado mediante un pago directo a su persona en **cada hospitalización** y por cada día en exceso que el asegurado se encuentre recluso en el hospital a la cantidad de días estipulada como deducible y hasta el máximo de días (de existir uno



o ambos) según lo establecido en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. La indemnización se hará mediante el pago en efectivo de una Renta Diaria por el monto que se indique en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. La Renta diaria se otorgará desde el primer día de hospitalización en exceso a la cantidad de días estipulada como deducible y hasta un máximo acumulado en días de hospitalización según lo estipulado en las Condiciones Particulares del certificado Póliza sin rebasar el parámetro de máximo acumulado de días por todos los periodos de hospitalización a causa de una misma o varias lesiones accidentales o enfermedades dentro de un año calendario de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares del certificado Póliza todo lo anterior sujeto al área geográfica de cobertura en la fecha en que incurre la hospitalización y condicionado como parte de esta definición a que se cumplan los siguientes requisitos:

- a. El certificado – póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- c. Que la hospitalización del Asegurado sea médicamente necesaria y sea ordenada por un médico; y
- d. El período de hospitalización sea consistente con el diagnóstico por el cual se ordenó la reclusión, de acuerdo a lo que establezca **MAPFRE | COSTA RICA** sobre la base de la opinión del médico tratante y de sus médicos asesores; y
- e. Que sólo en el caso de enfermedad y de acuerdo a lo estipulado en la definición de la misma, ésta se manifieste por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia del certificado Póliza para algún Asegurado, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma; y
- f. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de del certificado Póliza;
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado en particular), a los máximos de responsabilidad como vitalicios, sumas aseguradas específicas, y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado-póliza.

Si un Asegurado bajo esta Cobertura tuviera que ser hospitalizado nuevamente por razón de lesiones por accidente o enfermedades por las cuales ya se pagó Cobertura de Renta Diaria para Gastos por Hospitalización según lo mencionado anteriormente, esa hospitalización será considerada continuación de la anterior para efectos de agotar el plazo máximo de hospitalización por una misma lesión por accidente o enfermedad según lo indicado anteriormente y, siempre y cuando, la nueva hospitalización ocurra en un intervalo no mayor a veinte (20) días contados a partir del término de aquella hospitalización anterior por la cual se haya pagado Cobertura de Renta Diaria para Gastos por Hospitalización.

Para el Asegurado, esta cobertura será independiente de la existencia de cualquier otro plan de seguros bajo alguna póliza o cobertura, excepto cuando se haya contratado una cobertura de este mismo tipo con **MAPFRE | COSTA RICA**, en cuyo caso se pagará la Renta Diaria mayor, salvo que sean iguales sólo se pagará una de las dos. En ningún caso habrá derecho a devolución de la prima pagada por alguna cobertura en exceso.

3.3. Cobertura para Gastos por Maternidad

Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar al Asegurado, solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria

por el estado de embarazo de una asegurada principal o cónyuge elegible bajo un certificado- Póliza o por el alumbramiento del producto de dicho embarazo bajo esta Póliza y siempre y cuando el embarazo por razón del cual se han recibido los servicios cuya cobertura se reclama, se haya iniciado después de que la asegurada principal o cónyuge elegible haya estado incluida como tal en la Póliza durante por lo menos el número de meses consecutivos de vigencia que estipulan las Condiciones Particulares del certificado Póliza para tener derecho a esta cobertura.

La cobertura será reconocida únicamente cuando el gasto incurre y de acuerdo a las Condiciones Particulares del certificado- Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en la fecha de incurrencia de dicho gasto y por razón de embarazo de la persona del sexo femenino que figure como Asegurado Principal o como Cónyuge elegible del Asegurado Principal bajo el certificado póliza y en la misma se podrán incluir uno o más de los gastos incurridos en concepto de:

- a. Atención prenatal- en la que se podrá incluir el costo de los gastos por: Exámenes de laboratorio, ultrasonidos obstétricos, monitoreo fetal, honorarios por consulta médico-ginecológica prenatal, y los gastos por hospitalización u honorarios médicos por razón de embarazo, complicaciones del embarazo, amenaza de parto prematuro, embarazo extra uterino y pérdida o aborto legal;
- b. Atención durante el Alumbramiento- en la que se podrá incluir el costo de: La hospitalización, honorarios del médico ginecólogo-obstetra, del médico pediatra (sólo en los casos en que el plan de seguros lo contemple), del anestesiólogo (sólo en los casos de cesáreas médicamente necesarias), cuidados rutinarios del recién nacido antes de salir por primera vez de un hospital y los gastos por hospitalización y/u honorarios médicos de cualquier complicación que surja a la madre durante y/o después del alumbramiento, siempre y cuando, dicha complicación sea derivada directamente del parto o cesárea.

La Cobertura para Gastos por Maternidad se otorgará si además de lo antes establecido se cumplen como parte de la definición todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a. El certificado póliza se encuentra vigente durante el embarazo y el alumbramiento; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- d. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- e. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), a las suma aseguradas específicas de cobertura y servicios, a los máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará, o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para Gastos por Maternidad ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

Cualquier ultrasonido adicional al número establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza deberá ser pre-autorizado por **MAPFRE | COSTA RICA** por escrito.

En ningún caso MAPFRE | COSTA RICA reconocerá la cobertura para gastos por maternidad por el estado de embarazo o complicaciones o secuelas derivadas de dicho estado de embarazo, de las hijas naturales, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del Asegurado Principal.

MAPFRE | COSTA RICA tampoco reconocerá esta cobertura, aún cuando se trate del embarazo de la Asegurada Principal o de la cónyuge del Asegurado Principal, cuando la concepción (embarazo) sea lograda utilizando procedimientos no cubiertos por esta Póliza como por ejemplo, la fertilización asistida.

3.4. Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido

Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar al Asegurado Principal, solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por los servicios de atención médica u hospitalaria sólo durante los primeros nueve (9) días de vida del Recién Nacido y, siempre y cuando, se cumplan como definición con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo la Cobertura para Gastos por Maternidad por el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del Recién Nacido; y
- b. El Certificado-Póliza se encuentra vigente durante el embarazo y el alumbramiento; y
- c. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- d. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado-póliza; y
- e. Que el Recién Nacido haya sido inscrito como Asegurado en la Póliza -ya sea de la madre o bien del padre, siempre y cuando, éste último posea el mismo programa de seguros con las mismas coberturas de la madre- por el Asegurado Principal o Contratante- tomador, en caso de ser persona distinta de aquel, dentro de los primeros nueve (9) días de su vida; y
- f. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de del certificado Póliza; y
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), los máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios, sumas aseguradas y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.
- h. Los gastos incurridos cubiertos por la COMPAÑÍA como consecuencia de esta cobertura serán acumulados y contabilizados en el certificado póliza de la madre asegurada del recién nacido que posee la cobertura.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones



Particulares del certificado - Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

3.5. Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro

Esta cobertura se otorga solamente al programa de seguros de un hijo dependiente asegurado que haya nacido de un certificado póliza de una madre asegurada de acuerdo al programa de seguros del Asegurado Principal y siempre y cuando dicho recién nacido haya sido incluido en el programa de seguros dentro de los primeros nueve (9) días de su vida y la prima correspondiente por su inclusión haya sido pagada. Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar al Asegurado principal, solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por los servicios de atención médica u hospitalaria a partir del décimo (10°) día de vida del Recién Nacido, siempre y cuando, se cumplan como definición con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo la Cobertura para Gastos por Maternidad por el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del Recién Nacido; y
- b. El certificado póliza se encuentre vigente durante el embarazo y el alumbramiento; y
- c. Que el programa de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria descrito en el certificado póliza de la madre asegurada del recién nacido incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de su certificado-póliza; y
- d. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza de la madre asegurada del recién nacido; y
- e. Que el Recién Nacido haya nacido antes de que la madre cumpliera treinta y siete (37) semanas de embarazo y se le considere médicamente prematuro; y
- f. Que el Recién Nacido haya sido inscrito como Asegurado en la Póliza - ya sea el certificado de la madre o bien del padre siempre y cuando éste último posea el mismo programa de seguros con las mismas coberturas de la madre - por el Asegurado Principal o Contratante-Tomador, en caso de ser persona distinta de aquel, dentro de los primeros nueve (9) días de su vida; y
- g. Que antes de aplicar por esta cobertura se haya primeramente otorgado y agotado la suma asegurada la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido en el certificado póliza de la madre; y
- h. Los gastos no sean incurridos a consecuencia de un Padecimiento o una Enfermedad o Lesión Congénita del Recién Nacido; y
- i. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de del certificado Póliza del recién nacido que previamente ha sido incluido como asegurado con el mismo programa de seguros del Asegurado Principal; y
- j. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un Asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- k. Los gastos incurridos cubiertos por la COMPAÑÍA como consecuencia de esta cobertura serán acumulados y contabilizados en el certificado póliza del recién nacido (dependiente) Asegurado que posee la cobertura.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para



cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro ni el límite máximo vitalicio ya sea por el Asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

A menos que algo diferente sea estipulado en las Condiciones Particulares del Certificado Póliza del Asegurado Principal y por consecuencia del Dependiente Asegurado, en el caso de que el Recién Nacido cumpla todos los requisitos para recibir al mismo tiempo la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro y la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas que se detalla más adelante, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado cubierto según el límite de cobertura para cada uno de ellos combinados, no podrá exceder:

- a. La Suma Máxima de Cobertura Conjunta la cual se calcula como el Mayor Valor entre suma máxima para la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro y la suma máxima de la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas; ni
- b. El límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado.

3.6. Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas

Esta cobertura se otorga solamente al programa de seguros de un hijo dependiente asegurado que haya nacido de un certificado póliza de una madre asegurada de acuerdo al programa de seguros del Asegurado Principal y siempre y cuando dicho recién nacido haya sido incluido en el programa de seguros dentro de los primeros nueve (9) días de su vida y la prima correspondiente a su inclusión haya sido pagada. Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar al Asegurado principal, solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por los servicios de atención médica u hospitalaria a partir del décimo (10°) día de vida del Recién Nacido que posea Padecimientos o Enfermedad Congénita, siempre y cuando, se cumplan como definición con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo la Cobertura para Gastos por Maternidad para el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del Recién Nacido; y
- b. El certificado - póliza se encuentre vigente durante el embarazo y el alumbramiento; y
- c. Que el programa de seguro del certificado póliza de la madre asegurada para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en sus Condiciones Particulares; y
- d. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza de la madre asegurada del recién nacido; y
- e. Que el Recién Nacido haya sido inscrito como Asegurado dependiente en la póliza - ya sea en el certificado de la madre o bien del padre, siempre y cuando, éste último posea el mismo plan de seguros con las mismas coberturas de la madre - por el Asegurado o el Contratante -Tomador dentro de los primeros nueve (9) días de su vida; y
- f. Los gastos sean incurridos como consecuencia de un Padecimiento o Enfermedad Congénita de ese asegurado dependiente, el Recién Nacido, a partir del décimo día de su vida; y
- g. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los



- hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de del certificado Póliza del recién nacido; y
- h. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza del recién nacido; y
 - i. que los servicios que se le hayan prestados por la atención de Padecimientos o Enfermedades Congénitas al Recién Nacido ya sean de atención médica u hospitalaria, consultas médicas externa, exámenes de laboratorio, exámenes especiales, radiografías, medicamentos y otros que se desarrollen en el futuro no sean de naturaleza experimental.
 - j. Los gastos incurridos cubiertos por la COMPAÑÍA como consecuencia de esta cobertura serán acumulados y contabilizados en el certificado póliza del recién nacido (dependiente) Asegurado que posee la cobertura.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

A menos que algo diferente sea estipulado en las Condiciones Particulares del Certificado Póliza del Asegurado Principal y por consecuencia del Dependiente Asegurado, en el caso de que el Recién Nacido cumpla todos los requisitos para recibir al mismo tiempo la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro y la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos combinados, no podrá exceder *La Suma Máxima entre ambas Coberturas*, la cual se determina como el Mayor Valor entre la suma máxima para la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro y la suma máxima de la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas.

3.7. Cobertura para Gastos por Atención de Desórdenes Mentales o Nerviosos

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado, únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria como consecuencia de Desórdenes Mentales o Nerviosos como se define en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1 “Definiciones”, bajo “Desórdenes Mentales o Nerviosos”** brindada a un asegurado cubierto bajo esta Póliza, siempre y cuando, se cumplan como definición con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. El certificado-póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su programa de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- d. Que cualquier gasto por Desórdenes Mentales o Nerviosos, se manifieste por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia del certificado Póliza para el Asegurado o de la fecha de adición o de ingreso del asegurado a la póliza, excepto si estos desórdenes mentales o nerviosos son a consecuencia de politraumatismo

o enfermedad muy grave cubierto bajo los términos del certificado Póliza según lo descrito en la **Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.1. “Cobertura para Gastos por Enfermedad y Accidente”** o en la **Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.11. “Cobertura para Gastos por Enfermedades muy Graves”** de estas Condiciones Generales; y

- e. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- f. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), máximos de responsabilidad de la cobertura, sumas aseguradas específicas, límites máximos vitalicios y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para gastos por Desórdenes Mentales o Nerviosos ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

3.8. Cobertura para Gastos por Atención de Enfermedades y Complicaciones de la Salud por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), o del Virus de Inmunodeficiencia Humano (V.I.H.)

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria del Asegurado debido a infecciones oportunistas, neoplasma maligno y complicaciones de salud sufridas a consecuencia directa o indirecta de que el Asegurado se encuentre padeciendo S.I.D.A. o V.I.H.

Para los propósitos de esta cobertura:

S.I.D.A. tendrá las definiciones asignadas por la Organización Mundial de la Salud. Dicho término incluirá, además: Encefalopatía (demencia) de V.I.H. y Síndrome de Agotamiento V.I.H.

Infecciones oportunistas incluirá pero no se limitará a: neumonía, neumocistis carinii, organismo de enteritis crónica, infección micótica diseminada, y cualquier otro tipo de infección.

Un neoplasma maligno se incluirá pero no se limitará: al sarcoma de Kaposi, el linfoma del sistema nervioso central y/o otras afecciones malignas ya conocidas o que pueden conocerse como causas inmediatas de muerte en la presencia de inmunodeficiencia adquirida.

Solo se tendrá derecho a esta cobertura cuando se cumplan como definición con todos los siguientes requisitos:

- a. El Certificado Póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su programa de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y

- d. Que el Asegurado notifique por escrito a **MAPFRE | COSTA RICA** que ha sido afectado de S.I.D.A. o V.I.H. o el Contratante -tomador, en caso de ser persona distinta de aquel, notifique por escrito a **MAPFRE | COSTA RICA** que el Asegurado ha sido afectado de S.I.D.A. o V.I.H., en un plazo no mayor de diez (10) días siguientes a la fecha en que tuvo conocimiento del hecho.; y
- e. Que el S.I.D.A. o el V.I.H. se inicie luego de transcurridos veinticuatro (24) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado póliza o de la fecha de adición o de ingreso a la póliza para algún Asegurado, hecho que **MAPFRE | COSTA RICA** comprobará por cualesquiera de los medios de prueba permitidos por la Ley. En consecuencia, si el S.I.D.A. o V.I.H. se inicia antes de transcurrido dicho plazo, no se tendrá derecho a esta cobertura; y
- f. Los gastos sean incurridos a consecuencia directa o indirecta del S.I.D.A. o V.I.H. del Asegurado afectado y siempre que se haya contratado esta cobertura; y
- g. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de del certificado Póliza; y
- h. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para Gastos por Atención de Enfermedades y Complicaciones por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), o del Virus de Inmunodeficiencia Humano (V.I.H.) ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

Si dentro del plazo arriba indicado no se ha notificado a MAPFRE | COSTA RICA del padecimiento del S.I.D.A. o V.I.H. por un Asegurado, no se tendrá derecho a ninguno de los servicios asociados a esta cobertura o bien asociados a cualquier contrato suplementario, endoso o enmienda adherida al certificado Póliza. Tampoco se tendrá derecho a ninguno de los servicios asociados bajo esta cobertura o bien asociados a través de cualquier contrato suplementario, endoso o enmienda adherida al certificado Póliza si al momento de la muerte, incapacidad, intento de suicidio (o suicidio) se encuentre presente en el Asegurado el S.I.D.A y/o el V.I.H. y MAPFRE | COSTA RICA hubiese incurrido o incurra en gastos, o bien se reciban o se hubiese recibido cualquier servicio amparado bajo el certificado póliza.

“Sin perjuicio de lo anterior, a falta de dicha notificación **MAPFRE | COSTA RICA** tendrá derecho exigir del contratante –tomador o del Asegurado que padece la enfermedad, solidariamente, el reembolso de lo que haya pagado indebidamente fuera de la cobertura. **MAPFRE | COSTA RICA** tendrá, además, derecho al pago de los daños y perjuicios que dicha omisión le haya causado, cuando el Asegurado que padece la enfermedad y el Contratante si es persona distinta a éste último, cualquiera de ellos, haya tenido conocimiento previo a la notificación o a la fecha en que **MAPFRE | COSTA RICA** tiene conocimiento, de que el asegurado afectado padecía dicha enfermedad.”

3.9. Cobertura para Gastos por Atención por Trasplante de Órganos

Siempre se requerirá pre-autorización por escrito de **MAPFRE | COSTA RICA**, la cual debe ser solicitada por el Asegurado o Contratante en caso de ser persona distinta de aquel, por lo menos, con siete (7) días de anticipación para trasplante programado, o en el menor tiempo posible cuando se trate de trasplantes no programados por la aparición intempestiva del órgano o donante, a la fecha de admisión al Hospital o Centro de Trasplante en el que se vaya practicar el procedimiento. De no cumplirse con este requisito, **MAPFRE | COSTA RICA** no cubrirá ningún gasto por servicios relacionados con el trasplante ni bajo ésta ni bajo ninguna otra cobertura del certificado Póliza.

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado únicamente por los gastos elegibles en que haya incurrido por servicios cubiertos por la atención médica y hospitalaria necesaria para que un Asegurado reciba un trasplante de un órgano humano de los que se indican más adelante en este inciso y para atender las complicaciones o secuelas en el estado de la salud a consecuencia directa del procedimiento de trasplante y condicionado a que se cumplan como definición con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. El certificado póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su programa de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- d. Que el inicio del padecimiento por razón del cual se hace necesario el trasplante de órgano cuya cobertura se reclama, comience el primer día luego de transcurridos doce (12) meses contados desde la fecha de inicio de la vigencia del certificado Póliza para el Asegurado o de la fecha de adición o de ingreso del Asegurado a la póliza; lo anterior excepto en el caso que sea necesario a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura del asegurado respectivo que haya causado directa e inmediatamente la pérdida del órgano que se requiere sustituir mediante trasplante;
- e. Que los gastos sean incurridos a consecuencia directa del procedimiento médico de trasplante de órgano humano a que se ha sometido el Asegurado y si se ha contratado esta cobertura; y
- f. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para Gastos por Atención para Trasplante de Órgano ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.



3.9.1. Órganos y/o padecimientos para que el trasplante pueda estar cubierto bajo esta cobertura.

A menos que se agregue mediante endoso otro concepto, sólo estarán cubiertos bajo el certificado Póliza en general y bajo esta cobertura en particular, los servicios para trasplante de los órganos y/o tratamiento para el padecimiento del mismo, que se indican a continuación:

- a. Corazón, pulmón, páncreas, córnea, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario.
- b. Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma de no-Hodking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
 - Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - Tumores de célula germen (gameto).
- c. Médula ósea alogénica para:
 - Anemia aplásica.
 - Leucemia aguda
 - Inmunodeficiencia combinada severa
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich.
 - Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada).
 - Leucemia mielógena crónica
 - Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año.
 - Beta talasemia homocigote (talasemia mayor).
 - Linfoma de no-Hodking, Estado III o Estado IV.
 - Linfoma de Hodking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.

3.9.2. Exclusiones específicas de esta cobertura

No están cubiertos bajo esta cobertura los gastos incurridos por servicios médicos u hospitalarios por Trasplante que se originen:

- a. Cuando un tratamiento alternativo o procedimiento igualmente disponible para el paciente, no se haya tomado en consideración para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable de la realización del trasplante
- b. Como resultado de un procedimiento por el cual al receptor se le proporciona equipo artificial o mecánico diseñado para reemplazar un órgano humano.
- c. Cuando el donante es de especie animal.
- d. Cuando el asegurado se encuentre en cuidado de custodia, con ocasión de senilidad o deterioro cerebral, entre otras causas.
- e. Cuando el trasplante se origine por un padecimiento no cubierto en el plan consignado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3.10. Cobertura para Gastos por Donante de Órgano

Siempre se requerirá pre-autorización por escrito de **MAPFRE | COSTA RICA**, la cual deberá ser solicitada por el Asegurado o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por lo menos, con siete (7) días de anticipación para el trasplante programado, o en el mayor tiempo posible cuando se trate de trasplantes no programados por la aparición intempestiva del órgano o donante, a la fecha de admisión al Hospital o Centro de Trasplante en el que se vaya practicar el procedimiento. De no cumplirse con este requisito, **MAPFRE | COSTA RICA** no cubrirá ningún gasto por servicios relacionados con el trasplante ni bajo ésta ni bajo ninguna otra cobertura del certificado Póliza.



Esta cobertura será utilizada para indemnizar Asegurado únicamente por los gastos elegibles en que haya incurrido por servicios cubiertos en la atención médica y hospitalaria necesaria durante el procedimiento quirúrgico de remoción, preservación y transporte del órgano o tejido previamente seleccionado de un donante vivo o fallecido para trasplantarlo a un Asegurado hasta el Límite Máximo de Responsabilidad que para esta cobertura se establece en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. La cantidad de gastos que se reconozca bajo esta cobertura será descontada del Límite Máximo de Responsabilidad establecida por **MAPFRE | COSTA RICA** en la Cobertura para Gastos por Atención para Trasplante de Órgano. Esta cobertura incluye los servicios y materiales suministrados para el proceso de almacenamiento y serología de la médula ósea del donante seleccionado para un trasplante. Lo anterior estará condicionado al cumplimiento como definición de todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. El certificado Póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su programa de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- d. Que un médico recomiende el trasplante para el tratamiento, cura o atención de una enfermedad, o lesión por accidente, sufrida por un Asegurado y que esté cubierta por el certificado Póliza; y
- e. Que el Asegurado que vaya a recibir el órgano por trasplante tenga derecho bajo el certificado Póliza a la Cobertura para Gastos por Atención por Trasplante de Órganos; y
- f. Sujeto a la aprobación, condiciones, recomendaciones y procedimientos que indiquen los médicos asesores de **MAPFRE | COSTA RICA**; y
- g. Que esos gastos sean incurridos a consecuencia directa del procedimiento quirúrgico de remoción, preservación y transporte del órgano o tejido obtenido de un donante, para el trasplante de órgano a que será sometido el Asegurado y siempre que se haya contratado esta cobertura; y
- h. Después que el co-pago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de del certificado Póliza; y
- i. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán Límite Máximo de Responsabilidad para Gastos por Donante de Órgano ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado- Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

3.11. Cobertura Para Gastos de Atención por Enfermedades Muy Graves

Siempre se requerirá pre-autorización por escrito de **MAPFRE | COSTA RICA**, la cual deberá ser solicitada por el Asegurado o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por lo menos, con siete (7) días de anticipación, o en el menor tiempo posible después de ocurrido el hecho cuando



se trate de Trauma Mayor o por la aparición intempestiva de una Enfermedad Muy Grave en una atención en cuarto de urgencia.

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado únicamente por los gastos elegibles en que haya incurrido por servicios cubiertos por la atención médica y hospitalaria necesaria para el tratamiento de Enfermedades Muy Graves según lo definido en la **Cláusula Cuarta Numeral 1** y condicionado a que se cumplan como definición todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. El certificado póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su programa de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- d. Que el inicio del padecimiento por razón del cual se hace necesaria esta cobertura, comience el primer día luego de transcurridos doce (12) meses contados desde la fecha de inicio de vigencia del certificado Póliza para el Asegurado o de la fecha de adición o de ingreso de algún asegurado a la póliza cuando el asegurado sea adicionado con posterioridad a la fecha inicial de vigencia del certificado póliza, según sea el caso; y
- e. Que los gastos sean incurridos a consecuencia directa del procedimiento médico a que se ha sometido el Asegurado para el tratamiento de la Enfermedad Muy Grave y si se ha contratado esta cobertura; y
- f. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.

MAPFRE | COSTA RICA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para Gastos de Atención por Enfermedades Muy Graves ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

4. SERVICIOS CUBIERTOS EN GENERAL

Bajo las coberturas que de manera general a manera específica se enuncian bajo los **Numerales 1, 2, y 3 de la Cláusula Segunda** de esta Póliza, solo se dará cobertura para indemnizar al Asegurado por gastos elegibles por los servicios y sus rubros tal y como se describen a continuación, sujeto a las Condiciones Particulares del certificado Póliza, y serán pagados en la cantidad, el porcentaje o el tiempo o la combinación de éstos, según sea el caso que allí se indique y sujeto a la satisfacción de los copagos, coaseguros y/o el deducibles por parte del Asegurado y a las Exclusiones y Limitaciones, Límite Máximo Vitalicio y demás estipulaciones y condiciones que se encuentren en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en la fecha en que se incurre en el gasto elegible por los Servicios Cubiertos.

En caso de que el programa de seguro indicado en las Condiciones Particulares del certificado Póliza consigne la utilización de alguna Red de Proveedores Preferidos para algún servicio específico cubierto y estos no sean utilizados **MAPFRE | COSTA RICA** sólo reembolsará al Asegurado el porcentaje (%) establecido para estos casos en las Condiciones Particulares de la Póliza para los gastos elegibles, mismo que será calculado sobre la base del precio pactado con los proveedores preferidos asignados al Plan de Seguros por el servicio cubierto y sin exceder el límite máximo de cualquier cobertura que se haya contratado dentro del certificado- Póliza.

En ningún caso **MAPFRE | COSTA RICA** será responsable por daños y/o perjuicios originados por las opiniones de los médicos profesionales consultados y/o por los servicios prestados por las instituciones médico- hospitalarias o proveedores de una red de Proveedores Preferidos.

4.1. Servicio por Reclusión Hospitalaria

El Servicio por Reclusión Hospitalaria incluirá los siguientes rubros:

- a. Cuarto Diario Regular y Alimentación - en el hospital durante la reclusión de acuerdo a la modalidad ya sea privado, semi-privado, múltiple o de acuerdo a cualquier otra clasificación según lo estipulado en las Condiciones Particulares y Generales del certificado Póliza.
- b. Cuarto con Facilidades para Cuidados Intensivos y Coronarios - en el hospital durante la reclusión (incluye todas las facilidades como monitores, ventilador, entre otros). Siempre se pagará sólo uno de los dos, cuarto diario regular o cuarto con facilidades para cuidados intensivos, nunca ambos.
- c. Cargos Misceláneos: Corresponden a los cargos regulares, usuales y acostumbrados que hace el hospital, tales como sala de operaciones, recobro, material de cirugía, anestésicos, exámenes de laboratorio, radiografías, medicamentos, transfusiones, oxígeno y todos los demás servicios que preste de acuerdo con el padecimiento.

Este servicio y sus rubros se brindará tomando en consideración los copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones considerados de acuerdo al área geográfica, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio y sus rubros en particular en las Condiciones Particulares y Generales del certificado Póliza vigentes al momento en que el gasto elegible incurre.

No se cubren como servicio de reclusión hospitalaria los Exámenes y/o Tratamientos Especiales descritos en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.5. "Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales"**, cuando el asegurado se haya recluido especialmente para practicarse algún Examen y/o Tratamiento Especial, en cuyo caso se cubrirá este beneficio como se estipula en las Condiciones Particulares de la Póliza y de acuerdo a **Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.5. "Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales"**.

4.2. Servicio Por Facilidad Ambulatoria Quirúrgica

Son servicios y suministros prestados por una Instalación con Licencia Autorizada para Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios. El Servicio por Facilidad Ambulatoria Quirúrgica incluirá los siguientes rubros:

- a. Cargos Misceláneos: Corresponden a los cargos regulares, usuales y acostumbrados que hace una Instalación para Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, tales como sala de operaciones, recobro, material de cirugía, anestésicos, exámenes de laboratorio, radiografías, medicamentos, transfusiones, oxígeno y todos los demás servicios que presta dicha facilidad de acuerdo con el padecimiento.



El servicio y sus rubros está limitado a aquellos Asegurados sujetos a una cirugía que no requiera reclusión hospitalaria y de acuerdo a los copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio y sus rubros en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

4.2.1. Cirugías y Procedimientos Obligatoriamente Ambulatorios

Para efectos de la Póliza, ya sea que se someta a ellas en La República de Costa Rica o en otra región geográfica distinta (si su plan de seguros tiene cobertura nacional e internacional), las siguientes son cirugías y procedimientos que obligadamente deberán realizarse en una facilidad ambulatoria (a menos que para el caso particular y que después de realizar el procedimiento quirúrgico y pasado el plazo de observación que el mismo requiere, el médico considere que es médicamente necesario el servicio de reclusión hospitalaria, para lo cual notificará y pedirá la Pre-Autorización respectiva a **MAPFRE | COSTA RICA**, cambiando este servicio a la modalidad de Servicio de Reclusión Hospitalaria para lo cual se aplicarán todos los parámetros de operación de la misma) y se les tratará como tales: Cataratas, Pterigio, Conización del Cervix, Dilatación y Curetaje, Endoscopías y Citoscopías, Hemorroidectomía Externas, Herniorrafia Umbilical e Inguinal, Artroscopía, Broncoscopía (con o sin biopsia), Incisión y Drenaje de Quiste Pilodinal, Biopsia de Mama, Cirugías Laparoscópicas menores, Circuncisión, Cauterización Cervical, Colposcopia, Quiste de Bartholino, Túnel del Carpo, Reducción de luxaciones, Laringoscopia, Polipectomía, Varicoceleotomía, Resección de Tumores Superficiales, Onicectomía, Colonoscopia, Fotocoagulación, Tenorrafia y Cirugía Ocular (salvo en aquellos casos que la Condiciones Particulares del Certificado Póliza la excluya).

Los gastos por servicios de Exámenes y/o Tratamientos Especiales descritos en la Cláusula Segunda, Numeral 4., Sección 4.5. “Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales”, no se cubren como incluidos dentro de los servicios por Facilidad Ambulatoria Quirúrgica, si los mismos se realizan al mismo tiempo de una cirugía ambulatoria cubierta bajo este servicio debido a que son médicamente necesarios, los mismos serán cubiertos de acuerdo a lo descrito en la Cláusula Segunda, Numeral 4., Sección 4.5. “Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales”.

4.3. Honorarios por Servicios Médicos Intrahospitalarios o en Facilidad Ambulatoria

Son servicios prestados por Médicos, dentro de una Instalación Hospitalaria o bien con Licencia Autorizada de Facilidad para Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, en la realización de Procedimientos Quirúrgicos o bien atención médica requerida. El Servicio por Honorarios por Servicios Médicos Intrahospitalarios o en Facilidad Ambulatoria incluye solamente los siguientes rubros:

a. Servicios por Cirugía, los cuales pueden comprender:

a.1 Honorarios de un cirujano- con base a los honorarios usuales y acostumbrados establecidos por **MAPFRE | COSTA RICA**, como resultado de una intervención quirúrgica necesaria por una lesión accidental o enfermedad o por la reparación de una dislocación o fractura; y/o

a.2 Administración de anestesia por un anestesista- se cubre como un porcentaje (%) de los gastos elegibles pagados por **MAPFRE | COSTA RICA** por los honorarios del cirujano principal estipulados en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. No cubre los recargos que hacen los hospitales por uso de anestesiólogos que no son de su organización, pertenezcan o no a una Red de Proveedores Preferidos de **MAPFRE | COSTA RICA**; y/o

a.3 Sólo en los casos previamente autorizados por **MAPFRE | COSTA RICA** serán cubiertos los servicios de un cirujano asistente. Este servicio se cubre como un porcentaje (%) de gastos elegibles

pagados por **MAPFRE | COSTA RICA** por los honorarios del cirujano principal estipulados en las Condiciones Particulares del certificado Póliza.

Los honorarios por visitas médicas post-operatorias intrahospitalarias de cualquier médico que haya sido autorizado por **MAPFRE | COSTA RICA** y que haya participado en una cirugía están incluidos dentro los gastos elegibles pagados al médico por **MAPFRE | COSTA RICA** por razón de los honorarios cargados por la cirugía realizada, por lo tanto, **MAPFRE | COSTA RICA** no pagará ninguna cantidad adicional con relación a este servicio.

Si durante el curso de una misma intervención se efectúan dos (2) o más procedimientos quirúrgicos a través de la misma incisión, se reembolsará el honorario quirúrgico establecido para el plan de acuerdo con los límites y forma de pago definidos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza y según los porcentajes de cobertura anotados en la siguiente tabla:

Primer procedimiento quirúrgico (el de mayor costo)	100%
Segundo procedimiento quirúrgico	50%
Tercer procedimiento quirúrgico, en adelante	25%

Cuando sea necesario efectuar dos (2) o más operaciones quirúrgicas en la misma sesión operatoria, pero en diferentes campos operatorios, se pagarán los honorarios correspondientes a cada procedimiento, de acuerdo con los honorarios quirúrgicos establecidos para el programa. Bajo este beneficio no se reembolsarán cargos efectuados por dos o más cirujanos (o médicos) de la misma especialidad, incluyendo a los anestesiólogos.

b. Servicios Por Enfermedad, los cuales comprenden:

b.1 Atención Facultativa y Tratamiento por un Médico Tratante: La atención estará disponible mientras el Asegurado esté recluido en el hospital a causa de un accidente o enfermedad. Se cubrirá honorarios del médico tratante por la atención o tratamiento con base a los honorarios usuales y acostumbrados establecidos por **MAPFRE | COSTA RICA** y **estará limitada a una visita diaria.**

b.2 Consultores Médicos: Sólo en los casos previamente autorizados por **MAPFRE | COSTA RICA** y en los que la misma, de acuerdo con la opinión de sus médicos asesores, considere necesarios los servicios de un médico adicional para la atención de una condición distinta. Este servicio estará **limitado a una visita diaria.**

Este servicio y sus rubros estarán sujetos a los copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio y sus rubros en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el de la incurrencia del gasto.

4.4. Servicio por Atención en caso de Urgencias

Este servicio no requiere Pre-Autorización por escrito por parte de **MAPFRE | COSTA RICA** a menos que otra cosa sea dispuesta en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. **MAPFRE | COSTA RICA** cubrirá los gastos elegibles por los servicios de atención recibidos solamente en un cuarto de urgencias de un hospital o clínica de atención de urgencia o de algún programa de atención médica domiciliaria que contemple esta póliza a través de algún proveedor autorizado por LA COMPAÑÍA y sólo si están relacionados con un Accidente o una Enfermedad Crítico Detallada según se define en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. "Definiciones"**, bajo **"Urgencia"**. Se cubrirán como gastos elegibles por un Servicio de Atención en Cuarto de Urgencia solamente los costos por la utilización del Cuarto de Urgencia (que incluye materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos básicos -sólo los necesarios para la estabilización del paciente en el cuarto de urgencia, adicionalmente incluye el médico general y enfermera de turno de esta facilidad) y los



honorarios de médicos especialistas y sólo según lo dispuesto en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. “Definiciones”**, bajo **“Urgencia”**, todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto. En cuanto a que algún programa de atención médica domiciliaria - que contemple esta póliza a través de algún proveedor autorizado por **MAPFRE | COSTA RICA** - brinde el servicio de Atención de Urgencias, se entenderá para efectos de la definición de un Cuarto de Urgencias que el mismo es el Domicilio del asegurado que solicita dicho servicio; quedando las demás estipulaciones referentes al funcionamiento de este servicio invariantes.

En caso de que el plan de seguros indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza aplique únicamente con cobertura nacional y siempre y cuando en las Condiciones Particulares del certificado Póliza se otorgue cobertura para las urgencias incurridas fuera de la República de Costa Rica el beneficio se reembolsará de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados establecidos en La República de Costa Rica. Adicionalmente a lo anterior este beneficio de urgencia se cubrirá siempre y cuando la atención incurra durante viajes de negocios o placer y mientras el asegurado continúe residiendo en el país por lo menos diez (10) meses al año.

En caso de que el Asegurado requiera ser hospitalizado como consecuencia de una Urgencia o bien requiera de algún servicio en una Instalación con Licencia autorizada de Facilidad Ambulatoria, deberá comunicarse con **MAPFRE | COSTA RICA** y notificar del hecho dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la reclusión hospitalaria o bien dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haber recibido el servicio en una facilidad ambulatoria o a la primera hora laboral del día hábil siguiente en casos de fines de semana o días feriados, enviando adicionalmente a **MAPFRE | COSTA RICA** su historial médico y cualquier otra documentación y/o información que se le requiera para la evaluación del reclamo. En este caso todos aquellos servicios que hayan sido brindados o que se brinden fuera del cuarto de urgencia, sean Médicos u hospitalarios, serán cubiertos de acuerdo a lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4. “Servicios Cubiertos en General”, Sección 4.1, 4.2. y 4.3.** de estas Condiciones Generales y de acuerdo a lo dispuesto para los mismos en cuanto a copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga estos servicios (los descritos en las Secciones **4.1, 4.2. y 4.3.**) o bien para uno de los servicios en particular (los descritos en las Secciones **4.1., 4.2. y 4.3.**) en las Condiciones Particulares del certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

Si el certificado póliza incluye y otorga de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza el Servicio por Atención en caso de Urgencia y el Asegurado solicitara los servicios de atención en cuarto de urgencia por **“Enfermedad No Crítica Detallada”** según se define en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. “Definiciones”**, el Asegurado deberá asumir por cuenta propia el 100% de los gastos, no procediendo reembolso alguno por parte de **MAPFRE | COSTA RICA** o según el porcentaje que esté estipulado en las Condiciones Particulares del certificado Póliza, si es el caso.

Si el certificado póliza incluye y otorga de acuerdo a las Condiciones Particulares el Servicio por Atención en caso de Urgencia y el Asegurado solicitara los servicios de atención en cuarto de urgencia por **“Enfermedad Crítica Detallada”** según se define en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. “Definiciones”**; el Asegurado deberá asumir por cuenta propia el 100% de los gastos en exceso al alcance y limitaciones de la cobertura por dicho servicio, no procediendo reembolso alguno por dicho excedente por parte de **MAPFRE | COSTA RICA**.

En el evento en que el Asegurado ingrese al servicio de atención de urgencias de un hospital o clínica de atención de urgencias, acompañado de su médico especialista o que el asegurado o su

acompañante solicite la intervención de cualquier otro médico especialista para la atención médica del caso, sin el consentimiento y aprobación del Médico de atención en el cuarto de urgencias del hospital o clínica de atención de urgencias no cumpliendo en adición los protocolos médicos que para este servicio han sido estipulados por **MAPFRE | COSTA RICA** dentro del cuarto de urgencia del hospital o clínica de atención de urgencias, se procederá de la siguiente forma:

- a. De comprobar **MAPFRE | COSTA RICA** que la atención especializada era médicamente necesaria, será su responsabilidad reembolsar al asegurado los honorarios de dicho especialista que brindó el servicio adicional en el cuarto de urgencias de acuerdo a la forma, el alcance y limitaciones establecidas en las Condiciones Particulares del certificado Póliza.
- b. En cualquier otro caso será responsabilidad del asegurado cancelar el 100% del costo por los servicios médicos recibidos por dicho especialista sin reembolso alguno por parte de **MAPFRE | COSTA RICA**.

4.5. Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales

Los mismos deberán ser médicamente necesarios y deberán estar prescritos por un médico. Adicionalmente siempre requerirán de pre-autorización por escrito de **MAPFRE | COSTA RICA** sin la cual los costos por estos servicios no estarán cubiertos bajo ninguna cobertura del certificado Póliza.

Este es un listado enunciativo, más no limitativo, de exámenes, procedimientos, tratamientos y suministro de equipos que **MAPFRE | COSTA RICA** a la fecha de la emisión de su Póliza considera como "Especiales". **MAPFRE | COSTA RICA** se reserva el derecho de añadir a este listado otros exámenes, procedimientos, tratamientos o equipos de acuerdo a las características de la tecnología médica utilizada, sin embargo, el asegurado tendrá acceso a la información actualizada cuando él así lo solicite. Así el Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales incluyen solamente los siguientes rubros:

- a. Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales de **Tipo General**: Arteriografías, MIBI, Resonancia Magnética (MRI), tomografía simple, ecocardiografía, cateterismo cardíaco, prueba de thalium, procedimientos Endoscópicos, prueba de esfuerzo, tomografías axial computarizada (CAT), estudios Patológicos, infusión; Oxígeno y el alquiler de equipo para su administración, radium, isótopos radio-activos y terapia de Rayos X, yeso, tablillas, bragueros y muletas;
- b. quirúrgicos (un sólo equipo), Pulmón de Hierro y/o otro equipo mecánico requerido para el tratamiento de parálisis respiratoria (sólo un equipo por este concepto), Alquiler de una cama tipo hospital para el cuidado de un paciente (un solo equipo y hasta su valor de compra) y silla de ruedas de tipo normal - estándar, no eléctricas (un solo equipo). Cada uno de estos equipos tendrá el mismo límite vitalicio que se estipule para este acápite en las Condiciones Particulares del certificado Póliza;
- c. Procedimientos y Tratamientos Oncológicos: que incluyen quimioterapias, radioterapias, entre otros;
- d. Procedimientos y Tratamientos por insuficiencia Renal: que incluyen diálisis, entre otros;
- e. Miembros, ojos y/o arterias artificiales – PROTESIS - para reemplazar miembros y ojos naturales perdidos mientras que la persona se encuentre asegurada bajo esta provisión considerando que los respectivos costos y por consiguiente pagos por parte de **MAPFRE | COSTA RICA** incluyen las respectivas terapias de rehabilitación para el uso y manejo de los mismos. En lo que se refiere a este acápite se cubrirá UNA sólo prótesis por cada miembro perdido de acuerdo al pago máximo por miembro (que incluye las terapias de rehabilitación para el uso y manejo del mismo), al pago máximo por evento y al pago máximo vitalicio en conjunto para este servicio tal y como se describe en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. La Prótesis deberá ser requerida por prescripción médica. La Prótesis y cada uno sus Componentes o Partes tendrán por objeto básico el que estéticamente se disminuya en algún grado y a primera vista la impresión frente a terceros, ciudadanos



comunes, de que se ha perdido el miembro, y siempre teniendo en cuenta el mejor precio en la plaza. Cuando así se haya convenido en las Condiciones Particulares del certificado póliza y se haya pagado la extra prima correspondiente en cada periodo de cobertura del certificado póliza, la prótesis y cada uno de sus componentes o partes tendrá como objeto adicional el disminuir, en algún grado, la incapacidad funcional del Asegurado resultante de la pérdida del miembro. En ningún caso el criterio para la selección de la prótesis y cualesquiera de sus componentes o partes tomará en cuenta como ingrediente o variable adicional para la decisión final el aliviar el dolor o daño emocional que sufra el asegurado por la pérdida del miembro natural y cualesquiera otros no descritos que a consideración de **MAPFRE | COSTA RICA** sean Exámenes, Procedimientos y/o Tratamientos Especiales de acuerdo a lo dispuesto anteriormente y según la clasificación anterior.

Este servicio y sus rubros estarán sujetos a los copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

4.6. Servicio de Consulta Externa, Medicamentos y Otros Medios Diagnósticos con Prescripción Médica

Siempre se requerirá de pre-autorización por escrito de **MAPFRE | COSTA RICA** a menos que otra cosa sea dispuesta en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. El Servicio de Consulta Externa, Medicamentos y Otros Medios Diagnósticos con Prescripción Médica incluirán sólo los siguientes rubros:

- a. Honorarios por atención médica en el consultorio – consulta ya sea con médico general o especialista, respetando el criterio de honorarios razonables, usuales y acostumbrados estipulados por **MAPFRE | COSTA RICA**.
- b. Equipo necesario para el suministro de medicamentos (jeringuillas, insulina y bolsas para colostomía, entre otros) y que requieran una receta escrita por un médico, anestésicos y su equipo de administración.
- c. Medicamentos médicamente necesarios para el tratamiento de un padecimiento y siempre y cuando sean prescritos por un médico. Rayos X, exámenes de laboratorio para diagnóstico - médicamente ordenados- y otros medios diagnósticos que no estén listados como exámenes, procedimientos, tratamientos especiales y suministro de equipos especiales en la **Cláusula Segunda, Numeral 4., Sección 4.5. “Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales”**.

Todo lo anterior siempre sujeto adicionalmente a los copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

4.7. Servicios Prestados por Enfermeras

Son servicios privados especiales de enfermería prestados a un Asegurado por un(a) profesional graduado(a) en enfermería y debidamente registrado(a) como tal. **MAPFRE | COSTA RICA** dará cobertura a los gastos por estos servicios siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto y condicionado en adición a los requisitos de la cobertura a la cual se asocie a que se cumplan todos y cada uno de los siguientes puntos:



- a. Que el(la) enfermero(a) no sea miembro de la familia y que no resida con el Asegurado; y
- b. Haya sido ordenado por el médico tratante; y
- c. Se considere médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o la lesión por accidente; y
- d. Que sean autorizados previamente por los asesores médicos de **MAPFRE | COSTA RICA**; y
- e. Que se apliquen niveles de atención debidamente comprobados: tiempo completo (honorarios por hora), tiempo parcial (honorarios por hora), intermitente (honorarios por visita).

Los servicios de enfermería no incluyen aquellos requeridos para la comodidad del paciente o de los miembros de su familia como son bañar, alimentar, ejercitar, mover al paciente, darle medicinas por vía oral o actuar como su acompañante, supervisor o para proveerle atención en o de la casa, aún cuando se considere médicamente necesario. Todos estos servicios se consideran Cuidados de Custodia y por lo tanto no serán cubiertos por el certificado Póliza. **MAPFRE | COSTA RICA** considerará las necesidades médicas globales y no llegará a ninguna determinación sobre la base de diagnóstico solamente. Este servicio está limitado y se pagará de acuerdo con lo establecido en la Condiciones Particulares del certificado Póliza.

4.8. Servicios de Ambulancia Terrestre o Aérea

MAPFRE | COSTA RICA cubrirá los gastos por este servicio considerando el área geográfica donde el gasto es incurrido por el servicio de ambulancia para la debida atención médica del asegurado. Estarán limitados a un (1) viaje de traslado al hospital o clínica por una emergencia médica y en caso de requerir el servicio para transporte intra-hospitalario por causa de una emergencia médica, se limita a un (1) viaje entre instituciones hospitalarias. Este servicio incluye solamente los siguientes rubros:

- a. Ambulancia Terrestre; y/o
- b. Ambulancia Aérea.

Todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio y sus rubros en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto y condicionado en adición a los requisitos de la cobertura a la cual se asocie y a que se cumplan todos y cada uno de los siguientes puntos:

- a. El Asegurado muestre síntomas de incapacidad o enfermedad cubiertas bajo el certificado Póliza; y
- b. El tratamiento no esté disponible donde el Asegurado esté hospitalizado.

En caso de que el plan consignado en las Condiciones Particulares del certificado Póliza indique que el rubro de ambulancia aérea esté asociado, se requerirá además:

- c. Pre-autorización por escrito de **MAPFRE | COSTA RICA** y la coordinación entre **MAPFRE | COSTA RICA** y el médico tratante del Asegurado para los arreglos correspondientes para el transporte en una nave privada, la cual deberá llevar personal y equipos adecuados; y
- d. Que la condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros; y
- e. Que **MAPFRE | COSTA RICA** haya aprobado el uso de la ambulancia aérea antes del inicio del vuelo.



4.9. Servicios de Consulta Médica Especializada (Interconsulta)

Mientras esté disponible, **MAPFRE | COSTA RICA** le ofrecerá el servicio de interconsulta médica especializada, por medio del cual el Asegurado recibirá una opinión médica profesional generada por especialistas a nivel nacional o internacional, sobre la condición o enfermedad consultada.

Este servicio permite al Asegurado y a su médico acceder a información médica avanzada para resolver casos de alta complejidad en una forma simple, eficiente y económica. Con esto se evitan exámenes adicionales, complicaciones y tratamientos innecesarios. Es un conjunto de servicios personalizados que **MAPFRE | COSTA RICA** ofrece al Asegurado para obtener opinión médica especializada para la atención de enfermedades.

MAPFRE | COSTA RICA referirá el expediente médico del Asegurado con los mejores médicos y hospitales ya sea dentro del país o fuera del mismo de acuerdo con el padecimiento del asegurado, suministrando al asegurado y al médico tratante los resultados y conclusiones de dicha interconsulta con su debida justificación.

En ningún caso **MAPFRE | COSTA RICA** será responsable por daños y/o perjuicios originados por las opiniones de los médicos profesionales consultados y/o por los servicios prestados por las instituciones médico- hospitalarios o proveedores de la red referidos.

Este servicio está condicionado a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo en el momento en que el gasto incurre.

4.10 Servicio de Terapia Físico-Mioneuro-Restaurativa y Acupuntura

Siempre requiere pre-autorización por escrito de **MAPFRE | COSTA RICA**. Este servicio cubre los gastos elegibles en que se haya incurrido por servicios cubiertos de Terapia Físico-Mioneuro-Restaurativa y Acupuntura médicamente necesarios para que un asegurado, con o sin apoyo psicológico o psiquiátrico, recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento de una enfermedad o lesión por un accidente, cubierta por esta Póliza y a consecuencia del cual dicho estado se ha deteriorado. Los rubros de procedimientos terapéuticos que estarán cubiertos bajo este servicio son los que se indican a continuación:

- a. Terapia de Acupuntura – sólo ambulatoria;
- b. Terapia para padecimientos de la Espina Dorsal (no quirúrgica);
- c. Terapia ocupacional y terapia de lenguaje;
- d. Terapia para tratamiento Neuro-Restaurativo;
- e. Terapia física;
- f. Psicoterapia: De acuerdo con lo delimitado en las condiciones particulares

Este servicio y sus rubros están condicionados a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo y al cumplimiento adicional de todos y cada uno de los siguientes puntos:

- a. Que los gastos elegibles en que haya incurrido por servicios y rubros cubiertos de Terapia Físico-Mioneuro-Restaurativa debido a enfermedades o padecimientos manifestados por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza, excepto en el caso en que dichos gastos se generen por causa de un accidente, para algún Asegurado o de la fecha de adición o de ingreso de algún Asegurado a la póliza.
- b. Que el servicio sea médicamente necesario, no experimental y recomendado por un médico; para el tratamiento, cura o atención de una enfermedad, o lesión por accidente, sufrida por un Asegurado y que esté cubierta bajo el certificado póliza en alguna de sus coberturas incluidas en las Condiciones Particulares; y

- c. Debe existir un programa previamente definido y por escrito, bien documentado, y de duración específica y preestablecida apoyado por un informe posterior a la prestación del servicio elaborado por el profesional que brinda la atención y presentado a **MAPFRE | COSTA RICA**; y
- d. El psicoterapeuta, el terapeuta físico o de lenguaje, o el médico acupunturista, que brinda el servicio sean profesionales idóneos y no sea familiar del Asegurado; y
- e. Los servicios del psicoterapeuta, o el terapeuta físico o de lenguaje, estén bajo la dirección y seguimiento de un médico; y
- f. Sujeto a la aprobación, condiciones, recomendaciones y procedimientos que indiquen los médicos asesores de **MAPFRE | COSTA RICA**; y
- g. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para alguna cobertura que contenga este servicio como incluido o específicamente para este servicio y sus rubros cubiertos el cual debe estar asociado a una cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.

4.11 Servicios de Cirugía Reconstructiva.

Este servicio cubre los gastos elegibles por servicios cubiertos por la atención médica y hospitalaria de Cirugía Reconstructiva, de acuerdo a lo definido en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. "Definiciones", bajo "Cirugía Reconstructiva"**, prestados a un asegurado y está condicionado a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo en el momento en que el gasto incurre y al cumplimiento adicional de todos y cada uno de los siguientes puntos:

- a. Que se requiera a consecuencia de:
 - a.1. Las lesiones sufridas por el Asegurado producto de un accidente ocurrido durante la vigencia del certificado Póliza y que ésta se encontraba vigente al momento de sufrir dichas lesiones por el accidente y los gastos de las mismas a consecuencia del accidente hayan sido pagada por el certificado Póliza de acuerdo a la Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.1. "Coberturas para Gastos por Enfermedad y Accidente" o a la Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.11. "Coberturas para Gastos por Enfermedades Muy Graves"; o
 - a.2. Una cirugía por diagnóstico de tumor maligno ocurrida durante la vigencia del certificado Póliza y que ésta se encontraba vigente al momento de sufrir dicha cirugía y que los gastos de la misma hayan sido pagados por el certificado Póliza de acuerdo a la **Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.11 "Coberturas para Gastos por Enfermedades Muy Graves"**; y
- b. Siempre y cuando se demuestre que era médicamente necesario que cualquier gasto por cirugía de reconstrucción debía llevarse a cabo con posterioridad al tratamiento o cirugía primaria por accidente o tumor maligno del cual se derivó, esto es, que la cirugía de reconstrucción no podía médicamente realizarse en el mismo momento que se realizó el tratamiento o cirugía primaria a consecuencia del accidente o del tumor maligno; y
- c. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para alguna cobertura que contenga este servicio como incluido o específicamente para este servicio cubierto el cual debe estar asociado a una cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- d. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de alguna cobertura en particular en la cual se encuentre este servicio asociado, como límites máximos vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de alguna cobertura en particular que tenga este servicio como incluido o bien de este servicio específico en particular cubierto de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza; y

4.12. Servicios Dentales por el Tratamiento de una Lesión Accidental

Este servicio cubre los gastos elegibles en que haya incurrido el asegurado por la atención médica y hospitalaria prestada en el tratamiento de una lesión en diente natural ocurrida por accidente y solo en lo referente a la atención de ese diente natural lesionado por el accidente, incluyendo su reemplazo por pérdida total. Condicionado a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo en el momento en que el gasto incurre para el área geográfica de cobertura y en la fecha en que se incurre en el gasto elegible y al cumplimiento adicional de todos y cada uno de los siguientes puntos:

- a. Que los servicios se requieran a consecuencia de lesiones sufridas por el Asegurado producto de un **accidente** ocurrido durante la vigencia del certificado Póliza y que ésta se encontraba vigente al momento de sufrir dichas lesiones y que los gastos a consecuencia del accidente hayan sido pagados por el certificado Póliza de acuerdo a la **Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.1. “Coberturas para Gastos por Enfermedad y Accidente” o a la Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.11. “Coberturas para Gastos por Enfermedades Muy Graves”**; y
- b. Que estos servicios sean prestados por un Odontólogo idóneo en el área geográfica donde se brinda la atención; y
- c. Que el tratamiento que se brinda mediante estos servicios comience y transcurra dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente que resulta en la lesión del diente natural siempre sujeto a las estipulaciones y condiciones para la cobertura en la cual está incluido este servicio o bien para este servicio en específico, contenidos en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- d. Que el plan de tratamiento que se brinda mediante estos servicios, acompañado del detalle de las posibles complicaciones que puedan ocurrir dentro de los doce (12) meses siguientes al inicio del tratamiento, de las radiografías que debe tomarse antes del inicio del mismo y del costo estimado, hayan sido entregado a **MAPFRE | COSTA RICA** por escrito por el odontólogo tratante antes de iniciar los servicios y/o tratamientos dentales que no correspondan al tratamiento inicial de urgencia; y
- e. Los servicios se brinden sólo durante el término del tratamiento establecido por el odontólogo tratante y aprobado por **MAPFRE | COSTA RICA**; y
- f. Después que el copago, y/o el coaseguro, y/o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para alguna cobertura que contenga este servicio como incluido o específicamente para este servicio cubierto el cual debe estar asociado a una cobertura) hayan sido satisfecho, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza; y
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de alguna cobertura en particular en la cual se encuentre este servicio como incluido como límites máximos vitalicios y a las limitaciones y exclusiones del certificado Póliza o de alguna cobertura en particular que tenga este servicio como incluido o bien de este servicio específico en particular cubierto de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del certificado Póliza.

4.13. Atención médica primaria

Este beneficio cubre los gastos elegibles en que haya incurrido el asegurado por la atención médica primaria, de acuerdo con lo establecido como parte de este beneficio en las condiciones particulares

4.14. Beneficios adicionales

Este beneficio cubre los gastos elegibles en que haya incurrido el asegurado y estarán delimitados a las sumas, cantidades, condiciones, copagos, coaseguros, y/o deducibles, limitaciones que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y

Generales del certificado póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de incurrir

CLAUSULA TERCERA

1. TERMINOS Y CONDICIONES

1.1. Solicitudes

Previo a su admisión como Asegurado bajo la póliza, todo solicitante a Asegurado Principal, Cónyuge Elegible y/o Hijo Elegible está obligado a completar correcta y honestamente su solicitud de seguro en los formularios suministrados a tal fin por **MAPFRE | COSTA RICA** y a cumplir con los requerimientos que en él se indiquen.

1.1.1. Declaración Errónea de la Edad

Si la edad de un Asegurado declarada en la solicitud no fuese la correcta y sólo cuando la diferencia de edad no constituya un elemento que hubiese podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de esta póliza, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá ajustar el monto de prima para dicho Asegurado conforme a la edad verdadera y a su clasificación acorde con sus manuales de suscripción vigentes a la fecha de su admisión original bajo el certificado póliza.

1.2. Reinstalación

Terminado el certificado póliza o póliza- según sea el caso -por vencimiento, el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, podrá reinstalarla solicitándolo así por escrito a **MAPFRE | COSTA RICA** y previo pago a esta última de una cantidad igual a la suma de las primas que hubiese pagado a **MAPFRE | COSTA RICA** a la fecha de la solicitud de reinstalación de no haber terminado el certificado Póliza o la póliza general debido al vencimiento y siempre y cuando no transcurran más de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o del certificado y hasta la fecha de la solicitud de reinstalación. El Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, deberá presentar junto con la solicitud de reinstalación una nueva solicitud de seguro y la prima que señale **MAPFRE | COSTA RICA** para la reinstalación. **MAPFRE | COSTA RICA** se reserva el derecho de aprobar o no dicha solicitud.

La póliza reinstalada solamente indemnizará los gastos de acuerdo a la modalidad de cobertura, siempre que los mismos se generen como consecuencia a una lesión accidental o enfermedad sufrida después de la fecha de reinstalación y en caso de una maternidad (si se hubiese contratado la cobertura de maternidad), solo si el embarazo se haya iniciado después de que la Asegurada haya estado incluida como tal en la Póliza durante por lo menos doce (12) meses consecutivos de vigencia contados a partir de la fecha de reinstalación; esto último aplicable solamente al Asegurado Principal del sexo femenino o Cónyuge asegurado.

Al reinstalar la Póliza o el certificado cualquier plazo o período de espera - cuyo transcurso previo se requiera en la Póliza o el certificado para tener derecho a que gastos elegibles puedan quedar amparados bajo las coberturas y servicios por cirugías correspondientes - comenzará a correr nuevamente desde cero (0) a partir de la fecha de reinstalación, como si la Póliza o el certificado se hubieren emitido como póliza o certificado nuevo en la fecha de reinstalación.

En todos los otros aspectos, el Asegurado y **MAPFRE | COSTA RICA** tendrán los mismos derechos bajo la póliza o el certificado póliza como tenían antes de su terminación por vencimiento, a menos que adicionen condiciones especiales respecto a la reinstalación.

Cualquier prima aceptada con relación a esta disposición, se usará por un período por el cual no se haya hecho un pago, pero no por un período mayor de sesenta (60) días anteriores a la fecha de reinstalación y posterior al vencimiento de su prima. Este beneficio termina a los sesenta (60) días



posteriores al vencimiento del pago o fecha de terminación. Después de este término se procesará como la solicitud de una nueva póliza o certificado póliza.

1.3. Extensión de Cobertura de la Póliza

Si a la terminación del certificado Póliza por parte de **MAPFRE | COSTA RICA** un Asegurado está hospitalizado por una lesión por accidente o enfermedad cuyos gastos elegibles estaban siendo cubiertos bajo el certificado Póliza en la fecha de dicha terminación, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará los gastos elegibles incurridos en la reclusión por servicios cubiertos como si la Póliza no hubiese terminado, sin requerir pago de prima y únicamente por los gastos elegibles incurridos en la atención de la lesión o enfermedad que existía y que mantenía hospitalizado al Asegurado en la fecha en que la Póliza terminó y hasta tanto se dé cualquiera de los siguientes eventos (lo que suceda primero):

- Que hayan transcurrido diez (10) días calendarios contados a partir de la fecha en que la Póliza terminó; o
- El día en que el Asegurado llegue a estar cubierto bajo otro seguro; o
- El día en que la hospitalización termina.

Vencido el plazo anterior terminará la Extensión de Cobertura aquí convenida y no se reembolsará ningún gasto que incurra con posterioridad.

1.4. Privilegio de Conversión de Póliza

Si el certificado Póliza termina para un Asegurado Dependiente porque de acuerdo a sus estipulaciones deja de ser Cónyuge Elegible o Hijo Elegible, éste podrá solicitar a **MAPFRE | COSTA RICA** la emisión de un certificado - póliza de Conversión de Seguro a título individual dentro de la póliza para Gastos por Servicios de Atención Médica y Hospitalaria en los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de cobertura del programa de seguros que ofrece **MAPFRE | COSTA RICA** para certificado- póliza de Conversión en ese momento, condicionado a que se cumplan los siguientes requisitos:

- Las coberturas y límites de responsabilidad de **MAPFRE | COSTA RICA** bajo el certificado Póliza de Conversión, no excederán las coberturas y límites provistos para el cónyuge o hijo(s) solicitante(s) que tenían bajo el certificado Póliza anterior.
- El cónyuge o hijo(s) elegible(s) para un certificado Póliza de Conversión, deberá(n) presentar su solicitud y pagar la primera prima a **MAPFRE | COSTA RICA** dentro de los treinta (30) días calendarios que siguen a la terminación del certificado Póliza. El certificado Póliza de Conversión se emitirá de acuerdo con las reglas de **MAPFRE | COSTA RICA**.

1.4.1. Excepciones y limitaciones al Privilegio de Conversión

No se tendrá derecho a este privilegio ni podrá solicitarse cuando:

- El Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, fallase en pagar la prima que se requiere por sus dependientes o bien la hubiese pagado incompleta por algún periodo.
- El hijo dependiente tiene cobertura similar o individual o de grupo.
- El contrato de seguro para el Asegurado Principal ha estado en vigor desde la fecha de emisión menos de ciento ochenta (180) días cumplidos antes de que la cobertura de seguro de salud para algún dependiente termine.
- El contrato de seguro termine.



1.5. Continuidad Temporal de Cobertura de la Póliza para el Cónyuge Asegurado y sus Hijos Elegibles

En caso de muerte o al momento que se agote el Límite Máximo Vitalicio del asegurado principal dentro de un certificado póliza, el cónyuge asegurado dependiente y los hijos dependientes asegurados bajo esta Póliza podrán continuar asegurados durante el término o plazo que más adelante se establece siempre y cuando se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a. El cónyuge asegurado dependiente deberá solicitar la continuidad de cobertura por escrito a **MAPFRE | COSTA RICA** dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la muerte o a el consumo del Límite Máximo Vitalicio del Asegurado Principal del certificado póliza; y
- b. Al solicitarla, el cónyuge asegurado dependiente deberá pagar cualesquiera primas adeudadas por el Asegurado Principal al momento de la solicitud si las hay; y
- c. El cónyuge asegurado dependiente continuará obligado bajo el programa de seguros de la Póliza para con **MAPFRE | COSTA RICA** en los mismos términos y condiciones que el Asegurado Principal; y
- d. Que el cónyuge asegurado dependiente pague la nueva prima que sea establecida por **MAPFRE | COSTA RICA** según la tabla de primas mensuales, vigentes en la fecha de la solicitud de continuidad, para este programa de seguros dentro de la Póliza, y que se basará en la edad cumplida por el cónyuge e hijos dependientes a la fecha de la solicitud según las términos y condiciones del programa de seguros de la póliza.

Esta continuidad de cobertura se mantendrá vigente hasta tanto se dé cualquiera de los siguientes eventos (lo que suceda primero):

- a. El cónyuge asegurado dependiente deje de ser dependiente elegible, u obtenga otro seguro similar con **MAPFRE | COSTA RICA**.
- b. Para un hijo asegurado dependiente, el día en que deja de ser hijo elegible, u obtenga otro seguro similar con **MAPFRE | COSTA RICA**.
- c. El certificado póliza o la Póliza termine por cualquiera de las causas de terminación establecidas en la misma.
- d. Transcurra un (1) año calendario desde la fecha en que ocurrió la muerte del Asegurado Principal o la terminación de su Límite Máximo Vitalicio y siempre y cuando las primas que correspondan por razón de la cobertura hayan sido Pagadas a **MAPFRE | COSTA RICA** de conformidad con estas Condiciones Generales y las Condiciones Particulares del certificado póliza.

Durante la vigencia de esta continuidad temporal de cobertura aquel asegurado dependiente que deje de ser dependiente elegible bajo el certificado Póliza, podrá en ese momento solicitar a **MAPFRE | COSTA RICA** un certificado Póliza de Conversión conforme y sujetos a lo establecido en la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.4. "Privilegio de Conversión de Póliza"**.

1.6. Cirugías en Período de Espera

Los gastos por las siguientes cirugías no estarán cubiertos por el certificado Póliza durante los primeros trescientos sesenta y cinco (365) días de vigencia de la cobertura del Asegurado que aplique para este beneficio: hernia, histerectomía, amigdalectomía, adenoidectomías, circuncisión, prolapsos uterinos, colecistectomía y cualquier gasto incurrido como consecuencia de una coledolitiasis y/o coledocistitis, cataratas, pterigion, septumplastía y etmoidectomía, cirugía de tiroides, cirugía de mamas, quistes sebáceos, padecimientos oculares, colpoperineorrafia, laminectomía y disquectomía de columna vertebral, varicocelelectomía, artroscopía, cirugía de rodilla, quistes de mama, laparotomía o laparoscopías por quistes de ovarios y/o endometriosis y/o fibromas, hemorroidectomía y cualquier procedimiento laparoscópico (excluye apendicectomía laparoscópica).



Si la cirugía se debe a una lesión o enfermedad que antecede al inicio de la cobertura del Asegurado o se ha excluido de la cobertura del certificado póliza, dicha cirugía no estará cubierta en ningún momento.

1.7. Asignación o Cesión del Producto de la Cobertura

El producto de cualquier cobertura del certificado Póliza será pagado al hospital o al proveedor de los servicios médicos directamente si usted usa los proveedores que son miembros de la Red de Proveedores Preferidos y las coberturas de su plan de seguros no operan bajo reembolso. Si usa otros proveedores, se les pagará directamente a ellos si el Asegurado les hubiese cedido o asignado dichos beneficios y dichos proveedores acepten por su lado crédito por parte de **MAPFRE | COSTA RICA**. En caso contrario, los pagos se harán directamente por reembolso al Asegurado.

La sola asignación o cesión de beneficios por parte del Asegurado no obliga a **MAPFRE | COSTA RICA** al pago de los mismos. Cualquier pago que deba hacer **MAPFRE | COSTA RICA** por razón de las coberturas del certificado póliza está condicionado al hecho de que se reciba a su satisfacción toda la información y/o documentación médica o general requerida del proveedor de los servicios médicos y/o del Asegurado para evaluar el reclamo con base en lo establecido en el certificado póliza, en la solicitud de seguro y en sus aditamentos, y a que confirme su aceptación e intención de pago al proveedor de los servicios médicos u hospitalarios por cualquier medio escrito.

En caso de muerte del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, cualquier suma que haya quedado pendiente de reembolso por razón del certificado Póliza, será entregada a sus herederos judicialmente declarados.

Todos los documentos solicitados por **MAPFRE | COSTA RICA** para que se sustenten los gastos elegibles incurridos por el Asegurado, deberán serle presentados en original. **MAPFRE | COSTA RICA** procederá con su pago siempre que dichos gastos sean usuales, razonables, acostumbrados y médicamente necesarios según el lugar donde fueron generados.

1.8. Coordinación de Coberturas

El Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, y el Asegurado mayor de edad están obligados a informar a **MAPFRE | COSTA RICA** en el momento de presentar una reclamación los seguros coexistentes que cubran también los gastos que se estén reclamando. Deberán informar el nombre de la compañía aseguradora que también brinda cobertura a dichos riesgos y gastos, la fecha de contratación de la póliza, la suma asegurada y el copago o el deducible o cualquier participación en el gasto elegible que deba correr a cargo del Asegurado antes de que dicha compañía aseguradora esté obligada por la póliza a reembolsar dinero alguno al Asegurado, o a pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, por haber incurrido en dichos gastos elegibles. El incumplimiento de esta obligación conllevará la pérdida del derecho a exigir la cobertura prevista en esta póliza, salvo que a juicio de **MAPFRE | COSTA RICA**, el incumplimiento se deba a omisión involuntaria del Asegurado-Contratante o del Asegurado.

Sin que lo que a continuación se describe pueda ser considerado una obligación de **MAPFRE | COSTA RICA** e independientemente de la sanción contractual a que se ha hecho referencia en el párrafo anterior, **MAPFRE | COSTA RICA** queda autorizada para suministrar a, así como para recopilar de, cualquier persona natural o jurídica, cualquier información que requiera o que sea necesaria para determinar la existencia de seguros coexistentes.

Para efectos de la Coordinación de Coberturas a que se refiere este numeral, se considerará como un gasto elegible o gastos elegibles a cubrir bajo el certificado póliza o póliza de otras compañías aseguradoras - el valor en dinero del copago, deducible, o de cualquier participación en el gasto en exceso a los límites de cobertura, pero siempre dentro de los precios usuales razonables y



acostumbrados - que debe correr a cargo del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, y cualquier reembolso o pago efectuados por razón de la cobertura estipulada en el certificado póliza o Póliza de dichas compañías aseguradoras.

En caso de que un reclamo presentado a **MAPFRE | COSTA RICA** tenga cobertura en varias pólizas de seguros contratadas de buena fe, operaran las siguientes reglas:

- a. El certificado póliza o póliza que haya sido contratado primero, es decir el de mayor antigüedad, será el primero en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha Póliza o certificado póliza. Si el programa de seguros cubre en su totalidad los gastos elegibles incurridos por el Asegurado, los seguros adicionales contratados no darán cobertura a dichos gastos.
- b. En caso de que el(los) primero(s) seguro(s) no cubran en su totalidad los gastos elegibles incurridos por el Asegurado (entendiendo que en el gasto elegible cubierto no se encuentra incluido el valor en dinero del copago, deducible o cualquier participación en el gasto en exceso a los límites de cobertura que debe correr a cargo del Asegurado), entonces y de conformidad con la ley, las pólizas adicionales deberán pagar de forma proporcional, de acuerdo al orden cronológico de antigüedad de contratación, los gastos no cubiertos por las primeras pólizas que dieron cobertura, los cuales sumados a los pagos efectuados por los otros aseguradores, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos, incurridos por el Asegurado.
- c. En caso de que existan dos o más seguros contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada Póliza o certificado póliza.

Los gastos elegibles del asegurado para efectos de este certificado Póliza y del cálculo de la participación de cada Compañía de seguros en el gasto elegible incurrido por una enfermedad o lesión accidental cuando existe Coordinación con otros seguros existentes serán calculados con base a la necesidad médica y al promedio de los precios usuales, razonables y acostumbrados que para cada servicio cubierto estipule cada una de las Compañías de Seguros que intervienen en la reclamación en cuestión. En ningún caso los gastos no elegibles de acuerdo a lo definido en esta póliza serán cubiertos por **MAPFRE | COSTA RICA**.

Para efectos de este certificado póliza, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje (%) de coordinación que se estipula en las Condiciones Particulares de esta Póliza, sobre la cantidad pagada (y no reembolsada por ninguna compañía de seguros) por el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, en las Pólizas de otras compañías aseguradoras por razón del gasto incurrido en cuestión; más cualquier gasto elegible no cubierto por las Pólizas de las otras compañías aseguradoras, siguiendo las reglas de operación que se describen en los incisos a. b. y c., descritos anteriormente, de este numeral y sujeto a las coberturas del certificado Póliza.

Todo lo anterior está sujeto a las condiciones, términos, exclusiones y limitaciones establecidas en las Condiciones Particulares del certificado Póliza.

Si **MAPFRE | COSTA RICA** pagase por un reclamo más de lo que le correspondiese de acuerdo con el sistema de coordinación de coberturas previsto en este inciso, ésta podrá reclamar el reembolso de lo pagado en exceso, solidariamente y a su opción, a cualquiera de las siguientes personas:

- a. Al reclamante y/o asegurado y/o contratante de la póliza;
- b. A la persona a quien se le efectuó el pago; y/o
- c. Cualquier compañía de seguros, organización o persona que debió haber hecho el pago.



1.9. Derecho de Subrogación

MAPFRE | COSTA RICA se subrogará en todos los derechos y acciones de cualquier Asegurado bajo la Póliza, por los daños y perjuicios causados por lesiones personales sufridas por ese Asegurado, hasta por la suma de los pagos hechos con base en esta Póliza en la atención médica u hospitalaria de dichas lesiones.

En virtud del derecho de subrogación, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá recuperar dichas sumas directamente de quienes de acuerdo con la Ley estén obligados a resarcir dichos daños y perjuicios o de las aseguradoras de éstos. En igual forma, lo podrá hacer con el Asegurado, su sucesión o los herederos de las acciones por daños y perjuicios, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

El Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel y/o Asegurado correspondiente, si es mayor de edad, se obliga a firmar el finiquito correspondiente y subrogar en **MAPFRE | COSTA RICA** los derechos y acciones que le puedan corresponder y a que se refiere esta cláusula. Se obligan además a no tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados y a cooperar y asistir a **MAPFRE | COSTA RICA** en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

La violación de lo establecido en el párrafo anterior dará derecho a **MAPFRE | COSTA RICA** para negar la cobertura bajo el certificado póliza a gastos elegibles por servicios cubiertos en la atención futura de dichas lesiones y la cantidad que **MAPFRE | COSTA RICA** no haya podido recuperar por razón de dicha violación se convertirá automáticamente en el nuevo Deducible de la Póliza para el año calendario siguiente. Una vez cubierto ese nuevo deducible la Póliza volverá a tener el deducible anterior.

1.10. Primas

1.10.1. Cálculo de Primas

La prima a pagar por las coberturas proporcionadas bajo el programa de seguros de la Póliza se calcula, según las coberturas y servicios incluidos en el programa de seguro, de acuerdo a la tarifa indicada en la Tabla de Primas del programa efectiva a la fecha de pago de la prima.

La prima de la póliza o bien del certificado póliza podrá cambiar automáticamente en el tiempo en un momento determinado, por cambio de edad de algún Asegurado según lo establecido en la Tabla de Primas Mensuales del programa o bien por cambio en el número de personas aseguradas bajo el certificado Póliza o póliza en General, sujeto a la tarifa indicada en la tabla correspondiente, sin necesidad de aviso previo.

Sin perjuicio de los cambios en la prima que resulten, la prima también cambiará cuando **MAPFRE | COSTA RICA** se vea en la necesidad de modificar las Primas de los certificados pólizas o bien la Tabla de primas mensuales del Programa ejerciendo la facultad convenida bajo la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.10.2. "Cambio en las Tasas de Prima del Programa"**.

1.10.2. Cambios en las Tasas de las Primas del Programa

En adición a lo convenido en la Sección 1.10.1, descrita anteriormente, la prima cambiará en las siguientes eventualidades:

- Quando cambie el número de personas aseguradas al amparo de la póliza o el certificado póliza de seguros; o
- Quando por cambio de edad, cambie la prima de cualquier asegurado al amparo del contrato de seguros; o



- c. **MAPFRE | COSTA RICA** podrá ajustar la prima al final de cualquier año póliza, de acuerdo a la variación porcentual estadística que aparezca en la última edición que publique el Banco Central de Costa Rica, en la sección de Indicadores Económicos bajo el apartado de Índice de Precios de Servicios (IPS) en el rubro de Cuidados Médicos y Conservación de la Salud; o
- d. Por razones de desviación de la siniestralidad de todo el programa de la póliza y/o cambios en los costos médicos hospitalarios de conformidad con los principios técnicos generalmente aceptados para el negocio de seguros de salud, y siempre y cuando medie entre cada cambio un intervalo que como mínimo será de doce (12) meses.

MAPFRE | COSTA RICA garantiza que en ningún caso se cambiará el monto de la prima durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la póliza salvo lo indicado en los incisos a) y b) de este numeral.

Conforme a la nota técnica del presente seguro, los recargos por siniestralidad se calcularán con base en la tabla incluida en la cláusula AJUSTES EN LA PRIMA.

1.10.3. Pago de Prima Inicial y de Prima de Renovación

La primera Prima será pagadera por adelantado junto con la solicitud del certificado Póliza, sin la cual no entrará en vigor bajo ninguna circunstancia. La fecha de vencimiento para el pago de la prima de renovación es la fecha indicada en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. Las primas subsiguientes de renovación serán pagaderas, mensual, bimestral, trimestral, semestral o anualmente en su totalidad y por adelantado en la fecha de cada vencimiento para el pago de la prima de renovación. La Prima pagadera por cada período de cobertura es la suma de cuota partes de la misma correspondientes al Asegurado Principal, y a los dependiente(s) elegible(s) asegurado(s).

Mediante endoso a las Condiciones Particulares del certificado póliza se podrá estipular que la Prima convenida será pagadera en abonos parciales, en cuyo caso la fecha de vencimiento para el pago de cada uno de dichos abonos será la que se indique en dichas condiciones particulares de acuerdo con la frecuencia acordada.

El pago deberá hacerse a y en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA**, salvo que **MAPFRE | COSTA RICA** autorice otra cosa.

1.11. Procedimientos a seguir por el Asegurado en Caso de Requerir Cobertura para Gastos por Servicios de Reclusión Hospitalaria o Atención Ambulatoria

1.11.1. Para Gastos por Servicios de Consulta Externa.

Si en las Condiciones Particulares del certificado Póliza se consigna la utilización de una Red de Proveedores Preferidos, el Asegurado deberá hacer cita con alguno de los médicos de dicha red en caso de requerir los servicios médicos elegibles por enfermedad o lesión por accidente. Deberá consultar previamente con **MAPFRE | COSTA RICA** y solicitar los nombres de los médicos, generales y especialistas, que están inscritos en la red de proveedores preferidos correspondientes a su plan de seguro.

Si el certificado póliza está vigente y la misma no está atrasada en cuanto al pago de primas y el Asegurado paga el copago convenido, el médico le atenderá. El Asegurado deberá firmar ante el médico el formulario de reclamos quien se encargará de hacerlo llegar a **MAPFRE | COSTA RICA** para el trámite del reclamo.



En caso de que en las Condiciones Particulares del certificado póliza no se estipule la utilización de una red de proveedores preferidos, el Asegurado deberá solicitar al médico tratante que complete el formulario de reclamos y deberá cancelar sus honorarios, y luego presentarlos a **MAPFRE | COSTA RICA** para el trámite del reclamo y el reembolso del pago si procede a los precios usuales, razonables y acostumbrados aprobados por **MAPFRE | COSTA RICA**.

1.11.2. Para Gastos por Servicios de Reclusión Hospitalaria, Honorarios Médicos, Servicios Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria; Exámenes, Procedimientos, Tratamientos y Suministro de Equipos Especiales; Maternidad, y cualesquiera otros gastos elegibles por servicios cubiertos.

Serán cubiertos únicamente los gastos elegibles por servicios estipulados en las Condiciones Particulares del certificado Póliza y serán pagados conforme allí se indique.

MAPFRE | COSTA RICA notificará al Asegurado o al proveedor de los servicios médicos, su decisión en cuanto a realizar el pago de los gastos elegibles cubiertos, o por el contrario, negar la cobertura del reclamo por su improcedencia.

En caso de que el médico tratante ordene alguno de los exámenes, procedimientos, tratamientos especiales mencionados en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, sección 4.5 "Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales"**, o Cirugías de cualquier tipo, el Asegurado debe hacer que su médico tratante llene el formulario de pre-autorización que suministra **MAPFRE | COSTA RICA** junto con el informe detallando el diagnóstico inicial y el cuadro clínico. Luego, deberá enviarlos (él mismo o por intermedio del médico tratante u hospital en que se halla recluso, si es el caso) al Departamento de Reclamos de Seguros Personales de **MAPFRE | COSTA RICA** para la debida evaluación. **MAPFRE | COSTA RICA** informará lo más pronto posible al Asegurado si dará o no cobertura al gasto por el servicio solicitado.

1.11.3. Requisitos de Segunda y Tercera Opinión

Cuando **MAPFRE | COSTA RICA** así lo considere necesario, el Asegurado está obligado a someterse al requisito de una segunda opinión que será suministrada por el o los médicos señalados por **MAPFRE | COSTA RICA** en los casos de reclusión como paciente interno o cirugía en facilidad ambulatoria. Se deberá obtener la segunda opinión por escrito en los formularios elaborados por **MAPFRE | COSTA RICA** para este fin. No es necesario cumplir este requisito cuando el Asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico como resultado de una emergencia médica, por enfermedad o accidente, como las enunciadas en la Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.4. "Servicios por Atención en Urgencia".

Si la segunda opinión no confirma la necesidad de una cirugía o procedimiento, una tercera opinión podrá ser requerida. A efecto de realizar la tercera opinión, un médico indicado por **MAPFRE | COSTA RICA** evaluará el caso como "dirimente" y se adherirá a una de las dos opiniones médicas, la determinación hecha por uno de los dos médicos, sumada a la del "dirimente" será la final.

No cumplir con estos requisitos causará la negación del reclamo y la pérdida de todas las coberturas que hubiera podido recibir el Asegurado de haber cumplido con este requisito. Los costos de la segunda y tercera opinión médica, serán cubiertos por **MAPFRE | COSTA RICA**.

1.11.4. Requisitos para Presentación de Reclamos y Prueba del Siniestro.

A fin de que **MAPFRE | COSTA RICA** pueda atender un reclamo para el reconocimiento de alguna de las coberturas bajo esta Póliza, el Asegurado Principal o Contratante, según sea el caso, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. El reclamo deberá presentarse a **MAPFRE | COSTA RICA** en los formularios que suministrará para tal fin.
- b. El Asegurado se cerciorará de que el médico tratante suministre en el formulario de reclamo la información que a él se le solicita, indicando claramente el diagnóstico del padecimiento del Asegurado y los síntomas correspondientes al mismo, y de que firme dicho formulario agregando su nombre y número de idoneidad legibles. Luego el Asegurado completará la información que a él le corresponde suministrar en dicho formulario y también lo firmará.
- c. El formulario deberá estar acompañado de los siguientes documentos en original y emitidos con las formalidades legales correspondientes:
- c.1.** Facturas o recibos individualizados detallados o Estados de Cuentas detallados, correspondientes a las atenciones o servicios médicos u hospitalarios recibidos por el Asegurado, haciendo constar el pago por dichas atenciones o servicios;
 - c.2.** Recetas médicas y recibos detallados por la compra de medicamentos;
 - c.3.** Órdenes para exámenes de laboratorios y recibos detallados del pago por dicho servicio;
 - c.4.** Cualquier otro documento que el proveedor de servicios médicos u hospitalarios suministre al Asegurado, o al Asegurado Principal o Contratante, relacionados con los gastos incurridos que se pretendan sean cubiertos por el certificado Póliza.
 - c.5.** **MAPFRE | COSTA RICA** se reserva el derecho de requerir y solicitar, que además, se le presente la historia clínica, expediente o cuadrícula médica o archivos del Asegurado que mantenga el médico tratante, el hospital o clínica o cualquier proveedor de servicios médicos; y cualquier otra información o documento que a juicio de **MAPFRE | COSTA RICA** constituya prueba fehaciente de la ocurrencia, procedencia y necesidad de la atención del servicio o bienes recibidos, por el cual se incurre en el gasto que se pretende sea cubierto por la Póliza.

Para la presentación de gastos por reclamos cubiertos por esta póliza y que estén sujetos a deducible, se requerirá que el Asegurado Principal o el Dependiente elegible hayan completado la suma que como deducible se estipule en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. Todo aquél gasto por un reclamo cubierto que no esté sujeto al requerimiento de deducible deberá ser presentado a **MAPFRE | COSTA RICA** después de la fecha de ocurrencia del mismo. Después de que el deducible se haya cubierto, se concederá un plazo máximo de noventa (90) días para la presentación de todos aquéllos gastos por reclamos que estén sujetos a dicho deducible, asimismo se concederá un plazo igual de noventa (90) días a partir de la fecha de ocurrencia del gasto, para aquellos reclamos que no estén sujetos a deducible. Si el Asegurado Principal, Dependiente o Contratante incumpliese los plazos arriba mencionados, **MAPFRE | COSTA RICA** quedará relevada de toda obligación con respecto a cualquier reclamación.

Recibido el reclamo dentro del plazo y en las condiciones mencionadas en los literales a, b y c de este inciso, y una vez que el mismo haya sido evaluado y aprobado, **MAPFRE | COSTA RICA** procederá a tramitar el pago correspondiente al proveedor del servicio o al Asegurado Principal o Contratante, según corresponda.

Si el certificado póliza o la póliza en general, **estipula el uso de una red de proveedores de servicios preferidos**, una vez que el Asegurado Principal o Contratante ha cumplido con las condiciones indicadas en los incisos a) y b) c) de este numeral, dejará el formulario y la documentación que se le debe adjuntar al proveedor del servicio para que éste lo haga llegar a **MAPFRE | COSTA RICA** para su presentación conforme a lo arriba indicado. El proveedor del servicio deberá presentar el reclamo a **MAPFRE | COSTA RICA** dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que el Asegurado incurrió en el gasto, después de transcurrido este periodo **MAPFRE | COSTA RICA** no hará pago alguno con relación a dichos gastos. El Asegurado se cerciorará de que el proveedor del servicio envíe a **MAPFRE | COSTA RICA** el formulario y la documentación dentro del plazo establecido.



Cuando **habiéndose estipulado en el certificado póliza o la Póliza en general el uso de una red de proveedores de servicios preferidos y no se utilice al proveedor correspondiente de la misma**, el Asegurado Principal o Contratante además de cumplir con los requisitos indicados en los incisos a) b) y c) de este numeral, antes de la presentación del reclamo, deberá en todos los casos haber pagado en su totalidad al proveedor de servicios médicos, hospitalarios o de bienes, el precio o costo por los servicios o bienes recibidos deberán presentarse dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que incurrió en el gasto, después de transcurrido este periodo **MAPFRE | COSTA RICA** no hará pago alguno con relación a dichos gastos.

De no suministrarse a **MAPFRE | COSTA RICA** la información y/o documentación que haya requerido para la evaluación de un reclamo en el plazo y términos arriba indicados dará derecho a **MAPFRE | COSTA RICA** a negar la cobertura al mismo.

1.11.5. Procedimiento de revisión en caso de Reclusión Hospitalaria.

Cuando todo o parte de los gastos por Reclusión Hospitalaria de un Asegurado deban estar cubiertos bajo el certificado Póliza, un médico asesor de **MAPFRE | COSTA RICA** verificará lo siguiente:

- a. Que el Asegurado esté recibiendo el tratamiento pre-autorizado. Cualquier cambio en el tratamiento será evaluado en conjunto con el médico tratante.
- b. Que los servicios y suministros hospitalarios que están siendo recibido por el Asegurado sean médicamente necesarios.
- c. Que los exámenes clínicos o de laboratorios practicados al Asegurado, como requerimiento previo a la reclusión, no se hagan nuevamente después de la admisión.
- d. Que el tiempo de reclusión este dentro de los límites del periodo estimado aprobado. En caso contrario, a fin de que **MAPFRE | COSTA RICA** evalúe si aprueba o no dar cobertura al tiempo de reclusión en exceso del periodo estimado inicialmente, se solicitará al médico tratante del Asegurado las razones y necesidades médicas para la extensión del periodo y el nuevo tiempo estimado de extensión en la reclusión.
- e. Si **MAPFRE | COSTA RICA** resuelve no dar cobertura bajo la Póliza a un periodo adicional de reclusión o a algunos de los servicios o suministros provistos por el Hospital, lo informará así inmediatamente por escrito al Asegurado y al médico tratante y no cubrirá los cargos a gastos posteriores

1.12. Exclusiones y Limitaciones Generales

Las Condiciones Particulares del Certificado -Póliza, exhiben bajo el apartado de Modificaciones aquéllas Exclusiones o Limitaciones que de forma específica recibe un asegurado al momento de su evaluación y suscripción de su riesgo y por los que MAPFRE | COSTA RICA, no reconocerá Cobertura alguna ni pagará suma alguna bajo ningún servicio médico -hospitalario o de suministro o bien médico que haya sido recibido por el asegurado y que esté referido como consecuencia de dichas exclusiones o limitaciones específicas.

En adición a lo anterior se detalla en esta sección aquellas PÉRDIDAS, GASTOS, CARGOS O COSTOS POR SERVICIOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS Y BIENES Y SUMINISTROS MÉDICOS por los que MAPFRE | COSTA RICA , salvo que en las Condiciones Particulares del certificado Póliza se estipule otra cosa, no reconocerá cobertura alguna ni pagará suma alguna bajo el certificado-póliza, aún cuando hayan sido recibidos por un Asegurado:

1. POR COBERTURAS, SERVICIOS O RUBROS DE SERVICIOS, BIENES Y SUMINISTROS QUE NO ESTEN EXPRESAMENTE ESPECIFICADOS COMO

CUBIERTOS en las Condiciones Particulares y Generales del certificado Póliza, y los excesos sobre los límites establecidos en dichas Condiciones, no importando que sean elegibles y médicamente necesarios o recomendados por un médico.

2. Esta Póliza no otorga o reconoce cobertura por el tiempo de duración de una enfermedad, lesión o condición dados y/o de su tratamiento o atención, aún cuando se inicia durante la vigencia de la misma y salvo que se incluya en la Cobertura en Efectivo por Eventos Específicos, sino más bien por la pérdida, gasto, cargo o costo por servicios médicos u hospitalarios y bienes y suministros médicos específicos que reciba un Asegurado durante la vigencia del certificado Póliza sujeto a los términos, condiciones y exclusiones del mismo que se encuentren vigentes al momento en que se recibe el servicio por el que incurre en el gasto.

3. Por toda condición médica, padecimiento o enfermedad que se manifieste dentro de los primeros cuatro (4) meses de vigencia a partir de la fecha de inicio de la vigencia del certificado Póliza para algún Asegurado, o de la fecha de su adición o dentro de los cuatro (4) meses siguientes al ingreso de algún dependiente elegible a la misma, exceptuando lo dispuesto en la Cláusula Segunda, numeral 1 sección 1.6, estarán excluidos de todas las coberturas amparadas bajo esta póliza durante toda la vigencia de la misma, exceptuando Accidentes que ocurran con posterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de del certificado póliza del Asegurado Principal, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma.

4. Por omisión de información, falsedad o reticencia en la solicitud de seguro, sobre hechos o circunstancias que conocidos por MAPFRE|Costa Rica hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo distintas condiciones. Esto traerá como consecuencia la baja del asegurado, bien la nulidad y cancelación del certificado póliza o póliza en general, o bien la modificación de condiciones en la póliza que debieron ser aplicadas al certificado póliza o a la póliza en general si MAPFRE|Costa Rica hubiera tenido conocimiento de las mismas (que pueden ser pero no están limitadas a exclusiones, limitaciones, deducibles, co-pagos, primas, etc).

5. Gastos por servicios recibidos o en que se incurran mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o después de la fecha de terminación de la misma.

6. Para la cura, alivio o tratamiento de cualquier enfermedad, lesión accidental, síntoma o condición que antecedan a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado que la padece – estas son condiciones pre-existentes. Aquellas condiciones pre-existentes que hayan sido divulgadas a MAPFRE | COSTA RICA en la solicitud del certificado póliza y que no se hayan excluido permanentemente y expresamente de la cobertura de la misma, estarán cubiertas bajo el certificado Póliza una vez haya transcurrido un (1) año de vigencia continuo, contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura para el Asegurado que la padece. Aquellas condiciones pre-existentes que hayan sido divulgadas a MAPFRE | COSTA RICA en la solicitud del certificado póliza y que se hayan excluido permanentemente y expresamente de la cobertura de la misma, no estarán cubiertas bajo el certificado Póliza.

7. Por complicaciones, enfermedades o lesiones que resulten a consecuencia de:
a) Enfermedades, tratamientos o intervenciones quirúrgicas cuyos gastos o costos no fueron cubiertos bajo el certificado Póliza, indistintamente de las razones por las cuales no fueron cubiertos; y

b) Enfermedades, tratamientos o intervenciones quirúrgicas cuyos gastos o costos están o estuvieron expresamente excluidos de la cobertura del certificado Póliza.

8. El exceso sobre los cargos usuales y acostumbrados de MAPFRE | COSTA RICA en el área donde el cargo y el gasto son incurridos.

9. Por servicios o suministros no recomendados por un médico, o no médicamente necesarios para tratar una lesión accidental o enfermedad; o suministrados a o por razón de acompañantes de un asegurado hospitalizado, y por exámenes médicos de rutina que incluyen: exámenes de prevención para la salud de hombre o mujer sana o exámenes periódicos a niños sanos.

10. Por servicios o suministros:

a) Que no sean indicados de acuerdo con las normas médicas profesionales generalmente aceptadas.

b) Que de conformidad con el protocolo médico generalmente aceptado puedan ser médicamente considerados como una duplicidad o exceso no necesario de un servicio o suministro prestado al Asegurado.

c) Para tratamiento experimental.

d) Para investigación, no probadamente seguros y efectivos.

e) Sin prescripción médica, vitaminas o suplementos dietéticos, y para aumentar el apetito o para adelgazar.

11. Independientemente de que el Asegurado se encuentre o no en su sano juicio, que resulten de:

a) Lesión o enfermedad intencionalmente auto-infligida y sus complicaciones o secuelas; o

b) Suicidio o intento de suicidio y sus complicaciones o secuelas.

12. Que resulten de: La participación del Asegurado en un desorden, motín o en la ejecución de o en la comisión de o intento de cometer un delito, o mientras se esté dedicando a una actividad ilegal, insurrección, revolución, rebelión, huelga, conmoción civil, asalto, tumulto, conspiración, disturbios del orden público; O de un acto de guerra declarada o no, agresión armada; o de lesiones accidentales recibidas mientras el Asegurado está en servicio armado oficial o no, o participe en guerra, levantamiento armado, guerra civil, conflicto bélico o acto semejante; o por el cual cualquier organismo gubernamental o sus agencias, nacionales o internacionales, sean responsables; o mientras el Asegurado se encuentra en servicio activo o entrenamiento en las Fuerzas Públicas, Policía Nacional, Fuerza Naval o Aérea o Terrestre.

13. Que resulten de: riñas o peleas provocadas por el Asegurado. Cuando dichos actos no sean responsabilidad del Asegurado, MAPFRE | COSTA RICA indemnizará por cualquier gasto cubierto bajo el certificado Póliza únicamente mediante reembolso, sujeto a que la falta de provocación por parte del asegurado afectado haya sido acreditada ante MAPFRE | COSTA RICA mediante la presentación de copia autenticada de la resolución emitida por la autoridad competente, debidamente ejecutoriada, declarando que dichos actos fueron provocados por terceros.

14. Por la atención o tratamiento de lesiones a consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado a causa de encontrarse en Estado de Embriaguez o por estar como pasajero en un medio de transporte privado –comercial o no, que no sea público colectivo o selectivo- donde el conductor del mismo se encuentre en Estado de Embriaguez, todo de acuerdo a la definición de Estado de Embriaguez que se estipula en el certificado Póliza.

15. Que un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual, o que sean suministrados o cubiertos por instituciones estatales o por la Institución de Seguro o Seguridad Social del respectivo País.
16. Por cuidados de custodia, curas de reposo o de convalecencia.
17. Que resulten de tratamientos para el control de peso o enfermedad o trastorno del comer o cualquier tratamiento de obesidad y sus consecuencias o efectos posteriores y sus complicaciones.
18. Por trabajo dental, tratamiento, restauración, enfermedad o cirugía dental, a los dientes o tejidos adyacentes, incluyendo:
 - a) Tratamiento que involucra la estructura de cualquier diente, proceso alveolar, absceso o enfermedad del tejido gingival o periodontal; o
 - b) Cirugía o entablillado para ajustar oclusión dental;Excepto para el tratamiento de una lesión por accidente a dientes naturales a consecuencia de un accidente como lo describe la *Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.12*.
19. Para el tratamiento de problemas en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes craneomandibulares y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura.
20. Por transformación sexual o cambio de sexo
21. Por inseminación artificial, incluyendo implantación de embriones in vitro y transferencias de embrión, intento para causar embarazo por terapia de hormonas; y los cargos y gastos por las atenciones de estos embarazos así como sus consecuencias. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas por infertilidad y los cargos y gastos por las atenciones de estos embarazos así como sus consecuencias. Tratamientos con anticonceptivos para control de natalidad y sus consecuencias así como dispositivos anticonceptivos.
22. Por el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual de cualquier naturaleza.
23. Por o como resultado de Aborto provocado.
24. Por el tratamiento de alcoholismo y abuso de drogas y terapias de aprendizaje en retraso mental.
25. Por el tratamiento médico o quirúrgico de esterilización masculina o femenina, o reversión de cualquier tratamiento médico o quirúrgico de esterilización.
26. Por el tratamiento médico o quirúrgico de desórdenes sexuales, de impotencia o frigidez.
27. Por lesiones y/o enfermedades provocadas por la ingesta de cualquier droga de consumo controlado o prohibido, a menos que sea suministrado por órdenes de su médico tratante, o narcótico, o por el consumo o abuso del alcohol o de cualquier otra sustancia.
28. Por el mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.
29. Por exámenes de la vista por refracción y optometría, cirugías para la corrección de refracción (astigmatismo, miopía e hipermetropía), el costo de anteojos, lentes de contacto o el ajuste o costo de aparatos visuales
30. Por estrabismo.

31. Por la adaptación o costo de aparatos para el oído y su instalación.
32. Por lesiones o enfermedades a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos donde por negligencia, irresponsabilidad, falta de conocimiento o situaciones agravantes, se ponga en peligro la vida y/o la integridad física del Asegurado.
33. Por cualquier suministro, inoculación, o inyección de hormonas.
34. Por trasplantes experimentales.
35. Por trasplante no experimental de órganos, salvo que en las Condiciones Particulares del certificado Póliza se haya contratado la Cobertura para Gastos por Atención por Trasplante de Órganos, sujeto a los límites, términos y condiciones de dicha cobertura.
36. Por procedimientos o exámenes relacionados con la investigación de donantes potenciales de órganos o de fluidos sanguíneos o corporales, o complicaciones resultado de la extracción de órganos o de fluidos de donantes, o transfusiones, transporte y hospedaje de un donante al lugar donde se practicará la extracción de órganos para un trasplante y la extracción misma del órgano o tejido, lo mismo que el precio o valor que se pague por dichos órganos, salvo que en las Condiciones Particulares de la Póliza se haya contratado la Cobertura para Gastos por Donante de Órgano, sujeto a los límites, términos y condiciones de dicha cobertura.
37. Para el cuidado o tratamiento de cualquier Enfermedad Congénita, como se define en el certificado Póliza, salvo que en las Condiciones Particulares se haya contratado la Cobertura para Gastos por Maternidad - y la misma haya sido elegible – así como la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas del Recién nacido y sólo si el recién nacido es inscrito en la Póliza dentro de los primeros nueve (9) días de su vida, todo sujeto a los límites, términos y condiciones de dichas coberturas; o cuando su plan de seguro trate las enfermedades congénitas como cualquier otra enfermedad.
38. Por zapatos ortopédicos u otros aparatos y dispositivos de soporte para los pies.
39. Tratamiento o gastos médicos externos u hospitalarios a consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.), lo mismo que sus consecuencias funcionales u orgánicas, o complicaciones o tratamientos relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), salvo que en las Condiciones Particulares del certificado póliza se haya contratado la Cobertura para Gastos por Atención de Enfermedades y Complicaciones de la Salud por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), o del Virus de Inmunodeficiencia Humano (V.I.H.), sujeto a los límites, términos y condiciones de dicha cobertura.
40. Por tratamientos médicos o quirúrgicos para enfermedades, trastornos o desórdenes mentales, salvo que en las Condiciones Particulares del certificado Póliza se haya contratado la Cobertura para Gastos por Atención de Desórdenes Mentales y Nerviosos, sujeto a los límites, términos y condiciones de dicha cobertura.
41. Por controles o exámenes periódicos de salud u hospitalizaciones con el objeto de o revisión médica general como por ejemplo: densitometría ósea, mamografías, citología de cuello uterino entre otros, y cuidados de podiatría.
42. Transporte para obtener tratamiento médico, salvo que en las Condiciones Particulares del certificado Póliza de su plan de seguro se haya incluido como un servicio cubierto, sujeto a los límites, términos y condiciones para dichos servicios.
43. Por consultas médicas en casa, salvo que en las Condiciones Particulares del certificado Póliza de su plan de seguro se haya incluido como un servicio cubierto

alguna cobertura que brinde servicio de atención médica domiciliaria y siempre sujeto a los límites, términos y condiciones para dichos servicios.

44. Por tratamiento no quirúrgico de la espina dorsal y tratamiento de acupuntura excepto por lo que se refiere al servicio descrito en la *Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.10* y sujeto a los límites, términos y condiciones de dicho servicio.

45. Por prueba de amniocentesis, tamizaje obstétrico o cualquier otro examen o procedimiento realizable a la mujer embarazada por estudio genético.

46. Por pruebas y/o tratamientos ambulatorios y/o cualquier servicio relacionado con inmunología y alergias.

47. Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulten de cirugía estética o por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulten de cirugía reconstructiva, salvo lo que se refiere al servicio descrito en la *Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.11* y sujeto a los límites, términos y condiciones de dicho servicio.

48. Si su plan de seguro brinda cobertura mediante Pago en Efectivo por Eventos Específicos, no cubrirá gastos o costos por o con relación a consecuencias o complicaciones de dichas situaciones. Por ejemplo, si en las condiciones Particulares de la póliza se establece la Cobertura de Maternidad mediante un pago en efectivo único por el estado de embarazo no se cubrirá ningún gasto por concepto de prenatales, alumbramiento, gastos por aborto o amenaza de aborto, o por consecuencia o complicaciones de estas situaciones.

49. Con motivo o por razón y a consecuencia del tratamiento del Hallux Valgus (juanetes).

50. Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de la septoplastia, excepto cuando sea realizada por accidente ocurrido durante la vigencia del certificado póliza y este pueda ser documentado con una historia clínica de urgencias y otros medios diagnósticos.

51. Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte del tratamiento de la ginecomastia.

52. Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de tratamientos homeopáticos

53. Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de análisis del pelo.

54. Por el exceso en costos que provoque la utilización de Tecnología Médica de Aplicación Reciente al compararlos con la Tecnología Médica Tradicional utilizada para el tratamiento de enfermedades o lesiones de un asegurado amparado bajo alguna cobertura o servicio de esta póliza.

55. Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el sueño.

56. Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.

57. En los casos de epidemias declaradas por el Ministerio de Salud del país, o bien de la entidad homóloga en algún otro país en los casos en que el asegurado se encuentre en el extranjero en dicho país y posea cobertura internacional.

58. Cualquier tratamiento o servicio cubierto por cualquier Ley de Compensación Obrera, o Leyes del Trabajo o Legislación similar, o bajo cualquier acto o decreto gubernamental.

1.13. Disposiciones Particulares

1.13.1. Renovación Automática

Siempre y cuando se haya pagado la prima convenida antes de o en la fecha de renovación estipulada en las Condiciones Particulares del certificado Póliza, el certificado Póliza se renovará automáticamente a partir de esa última fecha por un periodo igual al correspondiente a la frecuencia de pago seleccionada en la Solicitud de Seguro y en todo caso sujeta a cualquier cambio o modificación que haya introducido **MAPFRE | COSTA RICA** en el certificado Póliza para ser efectivo a partir de la fecha de renovación siguiente a la notificación del mismo de conformidad con lo estipulado en la **Cláusula Tercera, numeral 1, Sección 1.13.9. “Avisos y Notificaciones”** de esta cláusula. Sin embargo, si el Asegurado paga la prima dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de renovación, tendrá derecho a la renovación automática de su póliza, como si se hubiese pagado en tiempo y en los términos arriba indicados.

1.13.2. Cambios en el Contrato de Seguro o Póliza

Salvo en los cambios descritos en la **Cláusula Tercera, numeral 1, Sección 1.10.2. “Cambios en las Tasas de las Primas”**, cuando por razones de desviaciones en la siniestralidad **MAPFRE | COSTA RICA** encuentre conveniente modificar las coberturas y/o los parámetros de operación del plan de seguros (ejemplo: coaseguros, límites máximos, deducibles y/o copagos, entre otros de los descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza o globalmente en la póliza) con el propósito coadyuvar al sostenimiento futuro del programa de seguro, lo comunicará así al Contratante - Asegurado, con treinta (30) días de anticipación a la fecha en que entre en vigencia el cambio propuesto según lo establecido en la **Cláusula Tercera, numeral 1, Sección 1.13.9. “Avisos y Notificaciones”** de esta póliza. Durante dicho período el Asegurado Principal comunicará a **MAPFRE | COSTA RICA** si acepta o no el cambio propuesto. Si lo acepta, la modificación comenzará y será efectiva a partir de la fecha indicada; de lo contrario el certificado póliza terminará al vencimiento de dicho plazo sin ninguna responsabilidad para las partes. **MAPFRE | COSTA RICA** garantiza que ENTRE cualquier o cualesquiera Cambio(s) que ocurra(n) ya sea en las coberturas y/o los parámetros de operación del programa de seguros amparado por el certificado póliza mediará un intervalo que como mínimo será de doce (12) meses.

En todo caso, si el Contratante o el Asegurado Principal paga la prima convenida para la renovación por el periodo de vigencia en el que entran a regir los cambios propuestos por **MAPFRE | COSTA RICA**, dicho pago se tomará como una notificación escrita del Contratante o del Asegurado Principal, aceptando la modificación del certificado Póliza propuesta por **MAPFRE | COSTA RICA**.

1.13.3. Tercera Opinión por Condición Pre-Existente

Cuando el médico designado por el Contratante y el designado por **MAPFRE | COSTA RICA** estén en desacuerdo sobre si una lesión o enfermedad es o no preexistente a la vigencia del certificado Póliza – si se trata o no de una condición Preexistente, ambas partes de común acuerdo designarán a un tercer médico, especialista en el área, quien conocerá el caso sobre la base de la información que ambas partes le suministren, y se adherirá a una de las dos opiniones presentadas. La decisión así adoptada será final y definitiva y las partes deciden acogerse a ella incondicionalmente.

En caso de que los médicos declaren la pre-existencia de la lesión o enfermedad, el asegurado por este medio declara que no tiene ni tendrá ningún reclamo contra **MAPFRE | COSTA RICA** por la declinación del reclamo y/o por la terminación de la cobertura del Asegurado o de la Póliza según corresponda.

1.13.4. Exámenes Físicos y Autopsia

Cuando así lo considere necesario, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá hacer a sus expensas y con un médico elegido por ella, exámenes físicos a un Asegurado durante la tramitación de una reclamación. Además, podrá realizar una autopsia cuando no esté prohibido por ley.



1.13.7. Concordancia con las Leyes Locales

Cualquier disposición de esta Póliza que en su fecha efectiva estuviera en conflicto con las leyes locales, queda por el presente enmendado para que se ajuste a los requerimientos de tales leyes.

1.13.8. Avisos y Notificaciones

Cualquier aviso o notificación que deba dar **MAPFRE | COSTA RICA** al Asegurado Principal o Contratante, por y para los efectos de la Póliza, deberá hacerse por medio escrito o electrónico en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado, este último dirigido a la dirección postal conocida y consignada en el certificado póliza del asegurado o contratante(o, en su defecto de no existir esta última, a entrega general del domicilio correspondiente), o ser entregado al agente de seguros consignado en la póliza si así lo autoriza el Contratante-Asegurado en la solicitud de seguros de la póliza o del certificado póliza. En el caso de correo certificado se entenderá que se ha dado o recibido el aviso o notificación, a partir de la fecha en que la carta sea puesta en la oficina de correos o entregada al agente de seguros de la Póliza en la forma antes mencionada, lo que ocurra primero; todo plazo que dependa de dicho aviso o notificación comenzará a correr desde esa fecha.

La constancia del envío del aviso o notificación enviado mediante correo recomendado o certificado a la última dirección postal conocida (o en su defecto de no existir a entrega general del domicilio correspondiente), o de haber sido entregado al agente de seguros en sus oficinas si así se ha autorizado a **MAPFRE | COSTA RICA**, se considerarán prueba suficiente de que dicho aviso o notificación ha sido dado.

Queda entendido que el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, podrá autorizar expresamente a **MAPFRE | COSTA RICA** para recibir y acatar cualesquiera orden o instrucción en relación con esta Póliza que reciba por parte del Corredor designado en las Condiciones Particulares de la misma y de sus certificados, o del que le sustituya formalmente, y para dar los avisos o notificaciones a que se refiere esta cláusula a dicho corredor, en ambos casos y para todos los efectos legales, como si hubiesen sido dadas o recibidas directa o personalmente por el Asegurado o Contratante.

1.13.9. Reclamos en curso a la fecha de vencimiento de la póliza

Si a la fecha de vencimiento de esta póliza hubieren reclamaciones en curso y el contrato fuere renovado con un Asegurador distinto, **MAPFRE | COSTA RICA** únicamente será responsable por los gastos médicos y cualquier otro concepto cubierto por la póliza que haya sido incurrido dentro de la vigencia de la misma. En consecuencia, los gastos médicos y cualquier otro concepto en que se incurra después del vencimiento, no estarán cubiertos.

CLAUSULA CUARTA

1. TASACIÓN DE DAÑOS

El Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor del bien o el monto de la pérdida, 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.



2. COMUNICACIONES

Las comunicaciones que se dirijan a **MAPFRE|COSTA RICA**, con motivo de cualquier asunto relacionado con esta póliza, deberán realizarse por escrito y ser entregadas en sus oficinas principales en la ciudad de San José, ubicadas en Montes de Oca, San Pedro, cincuenta metros al oeste del supermercado Muñoz y Nanne, Torre Condal San Pedro, Piso uno, al correo electrónico servicioalcliente@mapfre.cr; o a través del Intermediario de Seguros, debiendo éste trasladarlas a las referidas oficinas de **MAPFRE|COSTA RICA** dentro del plazo de cinco días hábiles que corren a partir de la fecha de recepción de las mismas.

Cualquier notificación o aviso que **MAPFRE|COSTA RICA** deba hacer al Tomador del Seguro, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, tales como fax, correo electrónico o correo certificado, este último dirigido a la dirección consignada en la póliza.

Los Asegurados y miembros del grupo asegurable podrán obtener información y asesoría respecto a la presente póliza colectiva en los siguientes canales: (i) correo electrónico servicioalcliente@mapfre.cr, (ii) teléfono 4104-0200, (iii) página web www.mapfre.cr.

3. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El ASEGURADO se compromete a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado “Conozca su Cliente”, así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando **MAPFRE | COSTA RICA** se lo solicite.

MAPFRE | COSTA RICA se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el ASEGURADO incumpla con esta obligación y devolverá la prima no devengada en un plazo no mayor de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

4. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito el ASEGURADO en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad competente.

5. JURISDICCIÓN

Serán competentes para ventilar cualquier disputa en relación con este contrato los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, las partes podrán, en caso de mediar acuerdo mutuo, someter la disputa a arbitraje u otro método de resolución alterna de conflictos

6. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA



Esta póliza cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo.

7. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

De conformidad con la normativa vigente, el Asegurado en caso no estar de acuerdo con la resolución de **MAPFRE | Costa Rica**, cuenta con derecho de impugnar la resolución ante **MAPFRE | Costa Rica**, ante la instancia interna de protección al consumidor de seguros conforme a lo estipulado en el Reglamento SUGESE 06-13, o bien acudir como consumidor interesado a la Superintendencia General de Seguros, a la Comisión Nacional de Consumidor, conforme a las competencias específicas de dichas entidades, o bien plantear su disputa en los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica.

8. LEGISLACIÓN APLICABLE

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 del 07 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre de 2011, o de cualquier otra legislación comercial que resultara aplicable.

9. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL 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 P20-64-A-A03-366 de fecha 31 de julio del 2012.

CLAUSULA QUINTA

1. DEFINICIONES

Para todos los efectos de la Póliza y sus certificados, las palabras que a continuación se detallan tendrán el significado que aquí se establece. Excepto cuando se indique de otro modo en las Condiciones Particulares o endosos adheridos a la Póliza o a sus certificados:

Para todos los efectos de la Póliza y sus certificados, las palabras que a continuación se detallan tendrán el significado que aquí se establece. Excepto cuando se indique de otro modo en las Condiciones Particulares o endosos adheridos a la Póliza o a sus certificados:

1. Accidente:

Es la acción repentina, violenta y fortuita de un agente externo que actúa independientemente de la voluntad del Asegurado y que estando en vigencia el certificado Póliza cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

2. Accidente Cerebro Vascular:

Es la alteración de los vasos sanguíneos cerebrales caracterizada por la oclusión debida a un embolo o a hemorragia cerebrovascular que produce isquemia de los tejidos cerebrales habitualmente perfundidos por los vasos afectados. Es la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extracraneal.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

3. Aditamento:

Provisión añadida al certificado póliza o Póliza en general para modificar sus coberturas o beneficios.

4. Ambulancia:

Vehículo de urgencias específicamente destinado y legalmente autorizado para el transporte de heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades graves y técnicamente equipado para la atención médica de los mismos.

5. Angioplastia:

Procedimiento quirúrgico mediante el cual se dilata o reabre un vaso sanguíneo mediante la introducción en él de un balón o de la expansión de una malla ubicado en la punta de un catéter.

6. Asegurado:

Son el Asegurado Principal y/o sus Dependientes Elegibles asegurados enunciados en las Condiciones Particulares de del certificado Póliza, siempre y cuando sean elegibles bajo los términos del plan de seguro para gastos por servicios médicos y de hospitalización establecido en dichas Condiciones Particulares y residan en la República de Panamá durante diez (10) meses dentro del año calendario. Siempre que en esta Póliza se use un Pronombre Personal en género masculino, se considera que incluye el género femenino. Una vez hayan sido admitidos como asegurados bajo la póliza, el límite de edad para continuar como tales para, el Asegurado Principal o para el Asegurado Dependiente Elegible, será el establecido en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. No será un Asegurado la persona que se encuentre hospitalizada al momento de solicitar la compra del programa de seguros que describe la Póliza, durante todo el tiempo que se encuentre en esa condición.

a) Asegurado Principal:

Es la persona natural sobre la cual recae el riesgo principal que se asegura dentro de un certificado de la póliza colectiva, que al igual que los asegurados dependientes elegibles, deben reunir condiciones de asegurabilidad conforme las prácticas normalmente aceptadas del seguro de salud.

b) Asegurado dependiente elegible:

Persona que figura como dependiente asegurado del Asegurado Principal y que aparece como tal en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. Se consideran como Asegurados Dependientes Elegibles el Cónyuge elegible, o el o los hijos elegibles.

b.1) Cónyuge Elegible:

Persona de sexo opuesto unida formalmente en matrimonio al Asegurado principal de conformidad con la Ley y mientras no se separen legalmente, o la persona del sexo opuesto mientras conviva permanentemente con el Asegurado Principal en condición reconocida de marido y mujer, registrada como tal en los archivos de **MAPFRE | COSTA RICA**.

b.2) Hijo(s) Elegible(s):

El(los) hijo(s), nacidos durante el matrimonio, natural(es) o por adopción del Asegurado Principal o su(s) hijastro(s), siempre y cuando dependa(n) totalmente de él para su manutención, mientras permanezcan solteros y sin progenie y no hayan alcanzado las edades máximas para ser asegurado dependiente estipuladas en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. El estatus de hijo elegible se

extenderá durante el tiempo que el mismo se mantenga asistiendo como estudiante de tiempo completo en cualquier escuela secundaria acreditada, escuela técnica de comercio, colegio de estudios post- secundarios o en una universidad y siempre y cuando en dicha duración de estudios el hijo elegible no haya alcanzado la edad que se estipula como máxima en las Condiciones Particulares del certificado Póliza, para continuar recibiendo cobertura bajo dicho estatus durante este periodo de estudios. La condición de estudiante a tiempo completo está sujeta a verificación por parte de **MAPFRE | COSTA RICA** . No será dependiente elegible el (los) hijo(s) que contraigan matrimonio.

7. Beneficio:

Significa todas las sumas de dinero por riesgos cubiertos pagaderas por **MAPFRE | COSTA RICA** de acuerdo a los términos y condiciones del certificado póliza o póliza en general.

8. Cáncer:

Se entiende por CANCER una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presente en uno o más tejidos corporales o aparezca en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia. La enfermedad debe ser diagnosticada por un médico graduado – especializado y legalmente autorizado en el área geográfica donde ejerce su práctica médica como profesión. El médico debe dar el diagnóstico de Cáncer con base en un estudio clínico e histopatológico o especializado al efecto (ya sea biopsia o autopsia). Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo. Se excluye para todos los efectos de esta definición el cáncer en la piel.

9. Cargo Usual, Razonable y Acostumbrado:

Costo o valor en dinero que para efectos de la Póliza o certificado póliza tiene un servicio dado de atención médica, hospitalaria, de laboratorio, medicamento, suministro o insumo médico, y que se determina de la siguiente manera:

a. Para los servicios médicos, hospitalarios y de laboratorio Prestados:

a.1. Dentro del país:

Es el costo o valor promedio del servicio conforme al nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar en el país, cuando se compara con servicios o tratamientos iguales administrados a individuos de mismo sexo y edad para la atención de una misma lesión o enfermedad.

a.2. En el extranjero:

Es el costo o valor promedio del servicio conforme al nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar en el área geográfica o división política donde el cargo es incurrido o en un área comparable, cuando se compara con servicios o tratamientos iguales administrados a individuos de mismo sexo y edad para la atención de una misma lesión o enfermedad.

En caso de referirse a un periodo de hospitalización mayor del usual y acostumbrado, se requerirá según diagnóstico, de un informe del médico tratante, del por qué o motivos de los días solicitados, el que se revisará contra los protocolos de atención de **MAPFRE | COSTA RICA** .

b. Para Medicamentos, suministros o insumos médicos:



Es el costo o valor que incluye el precio más bajo en el que el fabricante comercialice el producto, sin distinción de área geográfica; más los costos fijos y variables más bajos que se puedan obtener para su distribución, transporte, manejo y despacho, más una utilidad a distribuir entre todos los participantes de la cadena de intermediación, si hay más de uno, que no excederá del treinta por ciento (30%) sobre el precio del fabricante antes mencionado.

Adicionalmente, un cargo usual, razonable y acostumbrado es aquel que no saca ventaja del estado de necesidad del consumidor.

10. Certificado Póliza:

Es el documento por el que **MAPFRE | COSTA RICA** da fe de la existencia de las coberturas contratadas o señala con certeza las prestaciones que se han emitido, para una determinada persona asegurada o núcleo familiar asegurado. Este documento se entregará a cada Asegurado Principal y recoge las Condiciones Particulares o Específicas de las Coberturas o Beneficios que se han contratado para él o para su núcleo familiar; remitiendo aquello que es general o común a las Condiciones Generales de la póliza base que se ha suscrito con un grupo o colectivo, estando dichas condiciones generales en manos del contratante del colectivo o grupo que generalmente es el empleador. Para efectos de las Condiciones Particulares y Generales aquí presentadas se podrá usar indistintamente póliza o certificado póliza, entendiéndose certificado póliza o bien Póliza de manera general para hablar del documento o conjunto de documentos contractuales que establecen las coberturas y servicios contratados para un Asegurado. En el caso de un seguro de tipo individual se entenderá el certificado póliza como la póliza misma si viene acompañado de las condiciones generales y ambos documentos son entregados al Asegurado o Contratante en caso de ser persona distinta de aquél.

11. Cirugía Cosmética:

Cualquier procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar la apariencia física o para tratar un desorden mental o nervioso producido por la presencia de secuelas causadas por accidentes o cirugías por malignidad.

12. Cirugía Reconstructiva:

Cualquier procedimiento quirúrgico efectuado primordialmente para restaurar una formación corporal que se ve lesionada como consecuencia de un accidente o de una cirugía para tratamiento de una enfermedad por malignidad.

13. Cirugía de Revascularización o “by pass”:

Es una intervención quirúrgica en la cual se utiliza un fragmento de vena, arteria o prótesis para construir una derivación desde la aorta hasta una de las arterias coronarias, con el fin de salvar una zona de estrechamiento u obstrucción en la arteria coronaria.

14. Coaseguro:

Porcentaje de los gastos con cobertura bajo el certificado póliza que corre por cuenta (es pagado) del (por el) Asegurado de acuerdo con lo establecido en la Condiciones Particulares del certificado Póliza.

15. Cobertura o Beneficio:

Forma en que **MAPFRE | COSTA RICA** asume el riesgo de pérdida económica (gasto) en que incurra el ASEGURADO o el CONTRATANTE si es persona diferente de aquél, por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido el ASEGURADO, reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto, o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con Proveedores de Servicios Médicos u hospitalarios para ser utilizados por los asegurados y al ser efectivamente recibidos por ellos, todo lo anterior de acuerdo y sujeto a los

términos y condiciones estipuladas en la Condiciones Particulares del certificado Póliza o póliza en general. La Cobertura puede ser: a) Básica; b) Bajo Médico Mayor o Comprensiva; c) Suplementaria; y d) En efectivo, según lo estipulado en la Cláusula Segunda, Numeral 2, "Tipos de Cobertura".

16. Complicación:

Condición que sobreviene en el curso evolutivo de una enfermedad o lesión accidental y que altera el pronóstico al dificultar o impedir su curación o control médico.

17. Complicación del Embarazo:

Cualquier condición o enfermedad o lesión que sobreviene durante el curso de un embarazo y que dificulta su normal evolución y/o término; o que sobreviene durante el curso del alumbramiento-ya sea natural o por cesárea, o como consecuencia del mismo; o que sobreviene durante el curso de cualquier procedimiento o tratamiento al que es sometida la asegurada durante el curso del embarazo o del alumbramiento – ya sea natural o por cesárea, o a consecuencia de cualquiera de dichos procedimientos o tratamientos; en todos los casos, independientemente de que la condición, enfermedad o lesión tenga o no relación directa con el embarazo, el alumbramiento, o con cualquiera de los procedimientos o tratamientos a los que sea sometida la asegurada con motivo de los mismos. Entre algunas complicaciones del embarazo podemos citar sin limitar a: embarazo extrauterino, amenaza de parto pretermino, amenaza de aborto o placenta previa.

18. Co Pago:

Monto o porcentaje de los gastos cubiertos que todo Asegurado debe pagar directamente al Proveedor de Servicios Médicos u Hospitalarios antes de recibir de éstos alguno de los servicios descritos en las Condiciones Particulares del certificado Póliza para alguna cobertura específica.

19. Cuarto de Urgencias:

Sección de una Institución Hospitalaria preparada específicamente con personal y equipo técnico médico para proporcionar asistencia rápida y de amplio espectro ante situaciones de emergencia, especialmente en casos de enfermedades súbitas o agudas o a las víctimas de traumatismos graves.

20. Cuidados de Custodia:

Cualquier cuidado para ayudar a una persona incapacitada a suplir sus necesidades básicas personales cuando:

No existe un plan de rehabilitación médica para reducir la incapacidad; o

El plan de tratamiento médicamente activo no puede, razonablemente, esperar que reduzca la incapacidad.

21. Cuidado Idóneo de Enfermera:

Servicio que debe ser prestado por una enfermera profesional legalmente registrada como tal en el área geográfica donde ejerce su profesión que permita asegurar que el paciente está a salvo y que obtendrá el resultado médico deseado. Estos servicios requieren personal idóneo que tenga entrenamiento y conocimientos de una enfermera profesional registrada y que sean tales que una persona no-médica difícilmente podría proporcionar en forma adecuada y segura. Los cuidados de enfermera no podrán ser brindados por una persona que viva en el hogar del asegurado o sea parte de su familia, entendiéndose como tal aquellos parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

22. Cuidados Rutinarios del Recién Nacido:

Son las atenciones básicas brindadas al recién nacido por la(s) enfermera(s) encargada(s) durante la estadía del recién nacido en la clínica, entre las cuales podemos enunciar: Baño

diario (no se cubre bandeja de baño para bebe ni pañitos húmedos), cambio de pañales (no están cubiertos los pañales), alimentación (no se cubre leche en fórmula, ni el costo del biberón), asepsia del cordón umbilical, cambio de ropa, impresión de la huella digital (no se cubren el costo del trámite y/o documentación para el registro del recién nacido, el brazalete de identificación ni el costo del foot printer). Adicionalmente estarán incluidos dentro de los cuidados rutinarios del recién nacido, el costo de los laboratorios que por protocolo se le realiza a todo recién nacido sano, tales como: hemograma, T4, bilirrubinas, electroforesis de hemoglobina, coombs directo, hematocrito y tipaje y Rh.

23. Deducible:

Es el monto o porcentaje que cada asegurado o dependiente elegible debe cubrir por cuenta propia en un evento o bien, debe acumular durante el año calendario por razón de gastos elegibles cubiertos y que estará indicado en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. Después de satisfecho el deducible, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará a cada asegurado o dependiente elegible, el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares del certificado Póliza. Ni el coaseguro ni el copago, con los que la persona asegurada o dependiente elegible participa en los gastos elegibles, podrán ser usados para satisfacer el deducible. El deducible tiene que ser satisfecho por persona asegurada por cada año calendario a menos que otra cosa sea estipulada en el certificado póliza o en la póliza a nivel global.

24. Desorden Mental o Nervioso:

Es un estado o condición derivada o causada por un trastorno mental, emocional o de conducta. Desorden Mental o Nervioso no incluye abusos de sustancias de cualquier clase, incluyendo, pero sin limitarlo, al abuso de alcohol, drogas psicotrópicas, enervantes, alucinantes y demás de uso prohibido o controlado. Tampoco incluye enfermedades de origen psicológico.

25. Diente Natural:

Cualquiera de las estructuras duras calcificadas formadas e incorporadas en los procesos alveolares de la mandíbula y la maxila del ser humano, cuya integridad no ha sido alterada o modificada o restaurada en ninguna parte de su estructura que quedan descubiertos en partes para servir como órganos de masticación. Consisten en esmalte, dentina, cemento y pulpa dental y están incorporados al alvéolo mediante el ligamento periodontal.

26. Emancipado:

Es una persona menor de edad que por razón de su matrimonio resulta liberado de la patria potestad o de la tutela y adquiere el gobierno de su persona así como el goce y administración de sus bienes.

27. Empleado elegible:

Todo empleado permanente a tiempo completo trabajando mínimo 30 horas o más por semana con el contratante en su trabajo regular y lugar acostumbrado de empleo y ganando el salario mínimo o más y que reúna condiciones de asegurabilidad conforme las prácticas normalmente aceptadas del seguro de salud.

28. Empleador:

Es la persona natural o jurídica, dueño de un negocio o establecimiento de carácter profesional, industrial, comercial o de cualquier otro tipo, que con la aceptación de **MAPFRE | COSTA RICA** contrata un seguro de salud colectivo o de grupo para sus empleados, y quien fungirá como intermediario entre los asegurados y el corredor o la empresa aseguradora para el pago de las primas correspondientes, a menos que otra cosa haya sido dispuesta en la póliza.

29. Enfermedad:

Padecimiento, dolencia, malestar, desorden o condición física caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas que requiere tratamiento médico y que se manifiesta por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia del certificado Póliza para algún Asegurado Principal y/o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la póliza o certificado póliza. Para efectos de esta definición de “Enfermedad” se excluyen todas las enfermedades contenidas en la definición de “Enfermedades Muy Graves”.

30. Enfermedad Crítico Detallada:

Es cualquier enfermedad o condición de las que se listan a continuación: Fracturas, luxaciones, esguinces, heridas (sólo las cortantes, cortopunzantes, contusas y por armas de fuego), quemaduras, estado de choque o coma, pérdida de conocimiento u obnubilación, cuerpo extraño en ojos, oídos garganta y nariz, deshidratación severa por vómito y/o diarrea, crisis asmática, cólico nefroureteral, cólico hepático, cólico biliar, retención aguda de orina, convulsiones, hemorragias, trombosis, accidente cerebro-vascular, intoxicación aguda, reacciones alérgicas agudas por picaduras o mordeduras de animales, reacciones alérgicas agudas medicamentosas y alimentaria, mordeduras de animales, envenenamiento por mordedura o picadura de animales, angina de pecho de origen cardíaco, infarto agudo del miocardio, apendicitis, Dolor abdominal que requiera hospitalización o cirugía hipertensivas e insuficiencia respiratoria severa aguda.

31. Enfermedad No Crítica:

Es cualquier enfermedad que no se encuentre dentro de la lista de “Enfermedad Crítico Detallada”, según se definió anteriormente.

32. Enfermedad o Lesión Pre-existente:

Corresponde a enfermedades, lesiones accidentales, condiciones, signo o síntoma que se manifiestan por primera vez o se tratan médicamente (ya sea quirúrgicamente o no, bien durante una hospitalización o consulta médica externa) antes de la fecha de inicio de la vigencia del certificado Póliza para algún Asegurado Principal y/o Dependiente elegible, o antes de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la póliza o al certificado póliza. Se consideran también condiciones pre-existentes las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de la celebración del contrato. Dicha condición será rechazada cuando **MAPFRE | COSTA RICA**, basada en cualquiera de los medios de prueba generalmente aceptados por la Ley (documento público o privado, testimonio, opinión médica, criterio médico-académico, o informe pericial, u otro de naturaleza análoga), tenga indicios de que en el asegurado se había manifestado, o de que él tenía conocimiento de tal condición, enfermedad o síntoma, con anterioridad a la fecha de efectividad de la póliza.

33. Enfermedades Muy Graves:

Es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por el alto riesgo en el que ponen la vida y la integridad de la salud de una persona y que además involucran elevados costos de atención y tratamiento así como un requerimiento elevado de especialización médica. Para efectos de esta Póliza se entenderán por enfermedades muy graves las siguientes:

- Enfermedades neurológicas y neuro - quirúrgicas incluyendo accidentes cerebro-vasculares y los procedimientos respectivos para su tratamiento.
- Enfermedades del corazón, que incluyen pero no se limitan a: cateterismo cardíaco, angioplastia y demás procedimientos de cirugía cardíaca.
- Cáncer, que incluye los procedimientos quirúrgicos respectivos para su tratamiento y los tratamientos ambulatorios mayores como quimioterapia y radioterapia (en principio sólo con bomba de cobalto, a menos que otra sea dispuesta por **MAPFRE | COSTA RICA** para un diagnóstico específico).



- Trauma Mayor incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y la rehabilitación.
- Insuficiencia Renal Crónica incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis.

34. Enfermedad(es) Neurológica(s):

Enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico (o ambos), se encuentra(n) afectado(s) por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el Sistema Nervioso. No se considerará Enfermedad Neurológica, a los efectos de esta póliza, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al sistema nervioso central o, al periférico o, el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al Sistema Nervioso.

35. Condición Neuroquirúrgica(s):

Significa toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y médula espinal.

36. Estado de Embriaguez:

Se considera que una persona está en "Estado de Embriaguez" cuando:

- a. Se niega a someterse al examen de alcoholemia al momento del evento y el reporte del accidente de la autoridad correspondiente indique que presentaba aliento alcohólico o etílico; o
- b. Los facultativos que le brinden asistencia médica hayan concluido que se encontraba en ese estado o, a falta de conclusión que señalen que al examen médico del asegurado presentaba aliento alcohólico o etílico; o
- c. El examen de alcoholemia revele concentración de alcohol de 100 ml/dl o más, o su equivalente en la respiración al momento del accidente.

37. Evento:

Hecho que puede ocurrir y que resulta en una o más lesiones corporales, o una o más enfermedades, por el cual, el Asegurado solicite en un momento dado atención médica. Todas las lesiones corporales sufridas al mismo tiempo y debido al mismo hecho se considerarán en conjunto para formar parte de un solo evento. Todas las enfermedades corporales que existan simultáneamente y que en un momento dado cualquiera de ellas lleven al Asegurado a buscar atención médica, sean o no debido a causas relacionadas, se considerarán en conjunto para formar parte de un solo evento. Si un evento actual es causado por las mismas condiciones o condiciones relacionadas con la causa que derivó en un evento anterior (incluyendo cualquier complicación), el evento actual se considerará una continuación del evento anterior y no un evento distinto, salvo que medie un lapso de más de treinta (30) días calendarios entre un evento y el siguiente.

38. Experimental:

Tratamiento, procedimiento, medio diagnóstico, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, o se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

39. Gasto:

Se refiere a la suma de dinero generada por una atención o servicio médico hospitalario que se ha recibido. Un médico tiene que ordenar o recetar el servicio o suministro para la atención de lesiones corporales o enfermedades para poder efectuar el gasto. Se considera que el Gasto



incurre en la fecha en que el servicio o suministro se recibe. Gasto no incluye cualquier cargo que sea:

- a. Por un servicio o suministro que no sea médicamente necesario; o
- b. En exceso de los cargos usuales y acostumbrados por un servicio o suministro, según el área geográfica donde el gasto es incurrido, salvo que se estipule de otra forma en las Condiciones Particulares de la póliza o certificado póliza.

40. Gastos Elegibles:

Es un Gasto según lo definido en el párrafo anterior, que se genera como consecuencia de una cobertura o beneficio contratado o especificado en las Condiciones Particulares del certificado póliza y que será cubierto por **MAPFRE | COSTA RICA** bajo los términos y condiciones que también estén estipulados en las Condiciones Particulares del certificado póliza y en sus Condiciones Generales. El Gasto Elegible solo será pagadero por servicios y suministros considerados médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de lesiones accidentales y enfermedades que estén basados en los cargos usuales y acostumbrados del área geográfica donde se dé la atención médico-hospitalaria.

41. Hemorragia:

Pérdida de una gran cantidad de sangre en un corto periodo, externa o internamente.

42. Hospital:

Significa cualquiera de los siguientes lugares:

- a) Un lugar con licencia o reconocido como hospital general por las autoridades respectivas adecuadas del área en la cual está localizado.
- b) Un lugar que es operado para el cuidado y tratamiento de pacientes hospitalizados; cuenta con enfermeras graduadas, tituladas y calificadas (E.G.T.) siempre en servicio, tiene un laboratorio y equipo de Rayos X, y tiene un lugar donde se efectúan operaciones quirúrgicas mayores. Un hospital no incluye un hospital o institución o parte de un hospital o instituciones licenciadas o utilizadas principalmente como una clínica, unidad de cuidado continuo o extendido, centro de cuidado y tratamiento especializado, casa de convalecencia, casa de reposo, asilo u hogar para ancianos, o un centro de desintoxicación para adictos a drogas o alcohólicos.
- c) Al pagar los beneficios por enfermedades o desórdenes mentales (de estar este beneficio incluido en el Certificado Póliza), "hospital" puede también definirse como un lugar que llene estos cuatro requisitos:
 - c.1) Tener cuartos para pacientes residentes.
 - c.2) Estar equipado para tratar enfermedades o desórdenes mentales.
 - c.3) Tener un psiquiatra residente siempre en servicio.
 - c.4) Como práctica regular y normal, cargar o cobrar al paciente por el gasto de la reclusión.

43. Hospitalización o Reclusión:

Es el ingreso de un paciente, ordenado por un médico **especialista**, a una habitación de una institución hospitalaria para fines diagnósticos y/o terapéuticos durante al menos una noche (un periodo no menor a 18 horas consecutivas). Para efectos de esta definición se entenderá que una hospitalización da comienzo cuando el médico **especialista** tratante consigna en el expediente médico del hospital la orden de ingreso del paciente a la habitación y termina cuando consigna en el expediente médico la orden de salida del paciente de dicha Institución.

44. Incapacidad:

Cualquier lesión corporal o enfermedad que requiera tratamiento médico y que imposibilite o inhabilite al asegurado ya sea en forma total o parcial y temporal o permanente - para ejercer, desempeñarse, o laborar en cualquier negocio, profesión u oficio; comprobada médicamente y conforme a los medios permitidos por la Ley que sean requeridos por **MAPFRE | COSTA RICA**.



En caso de que la incapacidad sea total y permanente, se aplicarán las disposiciones, limitaciones y beneficios especialmente establecidos en esta póliza.

45. Incapacidad Total o Totalmente Incapacitado:

Es una Incapacidad según lo definido anteriormente como consecuencia de una lesión corporal o enfermedad que requiera tratamiento médico y que: completamente, continuamente y comprobada médicamente y conforme a los medios permitidos por la Ley que sean requeridos por **MAPFRE | COSTA RICA**, imposibilite o inhabilite al asegurado a ejercer, desempeñar, o laborar en cualquier negocio, profesión u oficio.

46. Infarto al Miocardio:

Es la enfermedad que consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a. Una hospitalización debida a un dolor torácico agudo sugerente de un infarto al miocardio, y
- b. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG), o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

47. Instalación para Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios:

Unidad médica autorizada como tal en el área en que se encuentra localizada.

48. Insuficiencia Renal Crónica:

Es la etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

49. Lesión(es):

Significa daños o detrimento corporal(es) accidental(es), la (los) cual(es) requiere(n) tratamiento por un médico. Esta(s) debe(n) ser el resultado de pérdida, independientemente de enfermedades, y otras causas.

50. Malformaciones vasculares cerebrales:

Es un trastorno de las arterias y venas cerebrales anormalmente desarrolladas, estas últimas caracterizadas por el aumento en el calibre y longitud de las mismas. Son lesiones no neoplásicas.

51. Máximo Desembolso Anual:

Es el total máximo del gasto que asume el asegurado por concepto de su participación (el coaseguro) en cualquier siniestro que afecte la póliza dentro del año de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares del certificado Póliza.

52. Medicamento necesario o necesidad médica:

Significa un tratamiento, servicio, medio diagnóstico, suministro, medicamento o estancia en un Hospital (o parte de una estancia en un Hospital) cuando:

- a. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la Persona Asegurada; y
- b. No excede en alcance, duración o intensidad en nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado; y
- c. Ha sido prescrito por un Médico y la prescripción es refrendada por un Médico asesor designado por **MAPFRE | COSTA RICA**. El Asegurado que no esté de acuerdo con la opinión del Médico asesor, podrá solicitar por escrito una revisión de la misma dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que le sea notificada, en cuyo caso se aplicará el procedimiento señalado en la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.11.3. "Requisitos**

- de Segunda y Tercera Opinión**", para establecer el criterio que prevalecerá el cual será final y definitivo tanto para el Asegurado como para **MAPFRE | COSTA RICA**. De no solicitar la revisión dentro del plazo indicado, la opinión del Médico asesor se dará por aceptada por el Asegurado para efectos de esta póliza; y
- d. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos de América o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y
 - e. En el caso de un paciente internado en un Hospital que, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente; y
 - f. La Necesidad Médica es determinada por **MAPFRE | COSTA RICA** basándose en la definición anterior.

53. Médico:

Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina- prestar servicios médicos y/o quirúrgicos- en el área geográfica donde ejerce dicha profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia. Para efectos de **MAPFRE | COSTA RICA**, un médico no incluye una persona que: viva en el hogar del asegurado o sea parte de su familia, entendiéndose como tal a aquellos parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

54. Médula Ósea:

Significa el tejido blando que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

55. MAPFRE | COSTA RICA

MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., entidad jurídica que en su condición de asegurador acreditado por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, suscribe esta póliza y queda obligada a cumplir los compromisos que de ella se derivan en relación con los riesgos asumidos por su medio.

56. Neurocirugía:

Significa toda intervención quirúrgica del cerebro, médula espinal y nervios periféricos, incluyendo los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

57. Odontólogo:

Se refiere a cualquier persona legalmente autorizada (idónea) en el área geográfica donde ejerce su profesión para prestar Servicios de Odontología General y/o Especializada. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia. Para efectos de **MAPFRE | COSTA RICA**, un Odontólogo no incluye una persona que: viva en el hogar del asegurado o sea parte de su familia, entendiéndose como tal a aquellos parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

58. Padecimientos o Enfermedades Congénitas:

Es la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo o por dificultades en el parto, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

59. Pagador:

Es la persona o entidad que se encargará de pagar el certificado póliza o póliza en general y de remitir a **MAPFRE | COSTA RICA** el efectivo correspondiente a dicho Pago, según los términos acordado en el certificado póliza o póliza en general.



60. Protocolos de Servicios de Salud:

Es el conjunto de pasos y procedimientos mínimos a seguir por los proveedores de servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de una condición física, lesión, accidente o enfermedad establecidos por **MAPFRE | COSTA RICA**, según las coberturas de la póliza. Los Protocolos pueden ser de consulta médica o atención primaria por enfermedad, o de atención en Cuarto de Urgencia, o de atención hospitalaria por enfermedad o cirugía, o para la prescripción de laboratorios, medicamentos, exámenes, entre otros.

61. Proveedores de Salud:

Agrupar los siguientes términos: médicos, enfermeras, hospitales, facilidades quirúrgicas ambulatorias, unidades de cuidados intensivos, red de proveedores preferidos, ambulancias, fisioterapeutas, droguerías o farmacias, técnico de servicios médicos, laboratorios y demás proveedores de suministros médicos.

62. Provisión:

Cualquier cláusula, norma, reglamentación, orden, requisito o disposición contenida en esta póliza.

63. Quimioterapia:

Significa el uso de agentes químicos prescrito por un médico, con especialidad en Oncología, para el tratamiento y control del Cáncer.

64. Recipiente:

Significa una Persona Asegurada que ha recibido o está en el proceso de recibir un Transplante de Tejido o Transplante de Órgano cubierto bajo este endoso (póliza).

65. Red de Proveedores Preferidos o Proveedores Preferidos:

Son los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y demás proveedores de servicios médicos, que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores preferidos designados para el plan de salud consignado en las Condiciones Particulares de la Póliza o certificado póliza. Esta lista podrá ser modificada a decisión de **MAPFRE | COSTA RICA** en el momento en que lo considere necesario y el asegurado tendrá acceso a la información actualizada cuando él así lo solicite.

66. Renta Diaria:

Cantidad diaria fija que **MAPFRE | COSTA RICA** paga al Asegurado-Contratante por razón de alguna cobertura de un asegurado en la póliza, entendiéndose que dicho pago estará sujeto a los parámetros de operación de la cobertura a la cual se encuentre asociada.

67. Segunda Opinión:

Es la opinión médica emitida por un profesional especializado de la medicina sobre un diagnóstico, procedimiento quirúrgico o médico recomendado o un medio diagnóstico, que le serán realizados al paciente por su médico tratante. Su propósito es determinar la concordancia con la opinión original del médico tratante y determinar si el medio diagnóstico está correctamente indicado, si el tratamiento médico resolverá o controlará el padecimiento y si la cirugía curará la condición médica.

68. Servicios Cubiertos:

Son todas las coberturas médico-hospitalarias por la cual **MAPFRE | COSTA RICA** realizará algún pago por los gastos elegibles incurridos de acuerdo a las condiciones de la póliza.

69. Suministros Cubiertos:

Son todos aquellos materiales, insumos, equipos médicamente necesarios para la atención de una enfermedad o lesión accidental dentro de un hospital, consultorio médico, facilidad de cuidados ambulatorios.

70. Tecnología Médica:

Son técnicas quirúrgicas, equipos médicos y suministros utilizados para dar tratamiento médico y/o quirúrgico de una enfermedad o lesión accidental.

71. Tecnología Médica Tradicional:

Es aquella Tecnología Médica que se ha utilizado dentro del país donde reside el Asegurado por 6 años completos o más de forma no experimental y con resultados estadísticos satisfactorios comprobables para la condición o padecimiento para el cual se aplica, indistintamente de que se haya utilizado por el mismo tiempo o más en cualquier otra región del mundo.

72. Tecnología Médica de Aplicación Reciente:

Es aquella Tecnología Médica que se ha utilizado dentro del país donde reside el Asegurado por un tiempo menor a 6 años de forma no experimental y con resultados estadísticos satisfactorios comprobables para la condición o padecimiento para el cual se aplica, indistintamente de que se haya utilizado por el mismo tiempo o más en cualquier otra región del mundo.

73. Tejido:

Significa un conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

74. Tomador:

Persona natural o jurídica que es la contraparte de **MAPFRE | COSTA RICA** en el contrato o póliza de seguro, y está obligado a cumplir los términos y condiciones de la misma. El contratante también estará obligado a pagar las primas de forma global por todo el colectivo o grupo en la forma y monto convenidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, a menos que de otra forma se haya convenido con **MAPFRE | COSTA RICA** y especificado en las Condiciones Particulares. El Contratante o Tomador es el dueño de la póliza y con éste **MAPFRE | COSTA RICA** establece cualquier negociación o cambio para la póliza ya sea al inicio del contrato o en cualesquiera renovaciones.

75. Transfusión:

Es la introducción en la corriente sanguínea de sangre completa o de alguno de sus componentes, para compensar una pérdida de sangre por traumatismo, intervención quirúrgica o enfermedad que ponga en peligro inminente la vida del paciente.

76. Transplante:

Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de la Póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de una Persona Asegurada el órgano o tejido (o parte de uno de ellos), provenientes de un Donante fallecido o vivo, requerido médicamente para sustituir una estructura enferma o restaurar una función.

77. Tratamiento Espina Dorsal:

Significa la detección o corrección por sistemas manuales o mecánicos, de subluxación(es) en el cuerpo para remover la interferencia de los nervios y sus efectos. La interferencia debe ser el resultado de una subluxación, desajuste o distorsión en la columna vertebral.

78. Tratamiento médico:

Cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morbooso o lesión traumática.

79. Trauma mayor o Politraumatismo:

Es la presencia de una o más lesiones orgánicas o metabólicas internas o externas, provocadas a consecuencia de una acción violenta y fortuita y que pongan en riesgo la vida de una persona.

80. Tumor benigno cerebral:

Es la neoplasia o crecimiento nuevo de tejido caracterizado por la proliferación progresiva e incontrolada de células de la porción intracraneal del sistema nervioso central.

81. Un Servicio Medicamento Necesario o Suministro:

Significa uno por el cual nuestro personal médico considere:

- a. Sea apropiado y consistente con el diagnóstico de acuerdo con las normas de prácticas comunitarias aceptadas; y
- b. No hubiera podido ser omitido sin que adversamente afectara la condición de la persona asegurada o la calidad del cuidado médico.

82. Unidad de Cuidados Intensivos:

Significa aquella parte de un hospital designada como tal ya sea una facilidad general de cuidados intensivos o cualquier tipo de facilidades especializadas de cuidados intensivos, tales como unidades de cuidados coronarios, entre otros. Deberá estar permanentemente equipada y con personal para proveer cuidados mayores y estrecha vigilancia a pacientes gravemente enfermos o lesionados con enfermedades críticas que no deban ser atendidos en otros cuartos o salas del hospital. Como parte de los cuidados, deberá existir una constante observación por el personal de enfermeras graduadas. Sus responsabilidades deberán estar consignados a esta parte del hospital.

83. Urgencia:

Es una condición médica que inesperada y gravemente ponga en peligro la vida del asegurado y en virtud de lo cual se requiera cuidado inmediato dentro de las 48 horas posteriores al inicio de la misma; lo anterior de acuerdo al criterio médico generalmente aceptado y avalado por el criterio de un Médico General de atención en cuarto de urgencias de un hospital o clínica de atención de urgencia o de algún programa de atención médica domiciliaria que contemple esta póliza, a través de algún proveedor autorizado para este efecto y que adicionalmente este debidamente aprobado por **MAPFRE | COSTA RICA**. Dentro del contexto anterior serán consideradas como Urgencias para efectos de esta definición solamente las lesiones a consecuencia de un **Accidente o bien sólo las Enfermedades Crítico Detalladas**. Para que una condición sea considerada como Urgencia debe estar avalada por el consentimiento del Médico de turno que brinde la Atención en el cuarto de urgencias del hospital o de la clínica de atención de urgencias o de algún programa de atención médica domiciliaria que contemple esta póliza, a través de algún proveedor autorizado para este efecto y que adicionalmente sea aprobada por **MAPFRE | COSTA RICA** de acuerdo al criterio médico generalmente aceptado. El diagnóstico de dicho médico estará enfocado primeramente en la evaluación de la condición médica presentada por el asegurado a la luz de la definición de Urgencia que se mencionó en el párrafo anterior en este mismo punto y de cumplir con dicha definición, brindará el tratamiento que corresponda de acuerdo al alcance y limitaciones que para la cobertura en cuestión posea el certificado póliza, o bien determinará previamente la necesidad de la intervención en el caso de un médico especialista en virtud de la complejidad y/o severidad del cuadro clínico que presente el asegurado y quien también brindará la atención de acuerdo al alcance y limitaciones que para la cobertura en cuestión posea el certificado póliza.

84. Usted:



Significa un Asegurado Principal, empleado elegible y/o Contratante según sea el caso.



Addendum #1 – Coberturas de Servicio

En caso de ser convenido entre el Tomador del Seguro y **MAPFRE|COSTA RICA**, según conste en las Condiciones Particulares, se suscribe el presente addendum el cual queda sujeto a lo dispuesto en las condiciones generales de ese Seguro y a sus Condiciones Particulares, con excepción de lo que se disponga, de manera distinta en este addendum.

Artículo 1. Cobertura Adicional

Por convenio entre el Tomador del Seguro y **MAPFRE|COSTA RICA**, se adicionan a la póliza la siguiente Cobertura Adicional, conforme conste en Condiciones Particulares: **COBERTURA ADICIONAL #1 – SERVICIOS DE ASISTENCIA.**

Artículo 2. Definiciones:

Los términos, palabras y frases, que se indican a continuación se definen tal y como deben entenderse o ser usadas en esta póliza:

1. **Accidente:** Suceso no planeado y no deseado que provoca un daño, lesión u otra incidencia negativa sobre un objeto o sujeto.
2. **Asegurado:** Es la persona física vinculada al Tomador que forma parte del Grupo Asegurable, y sobre el cual se contratan las coberturas bajo este contrato.
3. **Central de Asistencia o Contact Center:** Es la administradora de servicios de asistencia a la que el Asegurado debe comunicarse en caso de ocurrir algún evento cubierto por esta póliza o requerir algún servicio de la misma, según se indica en las presentes Condiciones Generales.
4. **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.
5. **Enfermedad:** Toda alteración de la salud, entendida esta como una (dolencia, padecimiento o patología sufrida de forma súbita, que se manifiesten después de incorporación a la póliza), cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia de la póliza, distintas de una Enfermedad Congénita, preexiste o grave según se definen seguidamente.
6. **Enfermedad Preexistente:** Preexistencia es aquella enfermedad, lesión o defecto congénito y/o físico y/o mental que haya sido diagnosticada o que sea conocida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su incorporación a la póliza.
7. **Enfermedad Congénita:** Es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación.
8. **Grupo Familiar:** Se entiende como el asegurado o asegurada, su cónyuge y hasta 3 hijos menores de 18 años que habiten en la misma casa de habitación, quienes podrán gozar de los servicios a los que tiene derecho el Asegurado de forma compartida de cada servicio; exceptuando el servicio de repatriación sanitaria que es de uso exclusivo del Asegurado.
9. **Proveedores de Servicios de Asistencia:** Son los proveedores de servicios contratados por **MAPFRE** para la prestación de los servicios de la presente póliza en forma directa al Asegurado. La red de proveedores de servicios podrá ser consultada por el asegurado en la dirección web www.mapfre.cr/proveedores.
10. **Tomador:** Es quien contrata el presente seguro colectivo al Asegurador, y se obliga al pago de la prima.

11. Urgencia Médica: Cualquier condición de salud mediante la cual se ponga en riesgo la vida y que por lo tanto requiera de atención médica en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para tratar el problema por el que el paciente consulta.

Artículo 3. Ámbito de Cobertura:

Conforme a la presente cobertura, **MAPFRE|COSTA RICA** garantiza la puesta a disposición del Asegurado de una ayuda material en forma de prestación de servicios como consecuencia de un evento cubierto en las presentes condiciones, siempre que el mismo ocurra en territorio costarricense. Los derechos otorgados bajo estas condiciones podrán utilizarse durante la vigencia de la póliza, las 24 horas del día y 365 días al año.

Conforme conste en la Solicitud de Seguro y Certificado de Seguro correspondiente, el Asegurado podrá elegir entre varios planes de cobertura, según el contenido seguidamente detallado.

Estos planes son excluyentes entre sí, en el entendido que de elegir un Plan, el Asegurado no podrá gozar de los beneficios de los restantes planes, y viceversa.

PLAN PREMIUM

El Plan Premium contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

a. Consulta Médica General

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o pediatra que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año por un monto máximo de \$150.00 o ₡88,200.00 por evento..

b. Ambulancia en caso de emergencia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- **Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.**
- **Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.**
- **Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.**



- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año, por un monto máximo de \$250.00 o ₡147,000.00 anuales.

c. Telemedicina

Por solicitud del Asegurado, se coordinará una cita médica por medio de la Central de Asistencia, con un médico general debidamente inscrito en el Colegio de Médicos de Costa Rica, para que pueda hablar el Asegurado por medio de video conferencia. El costo de los medicamentos derivados de esta asistencia, será cubierto directamente por el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año.

d. Consulta Odontológica (revisión y diagnóstico)

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta odontológica con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado. La cita es únicamente para Consulta y revisión odontológica sin procedimientos asociados.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: sin límite.

e. Referencia y Coordinación con Odontólogos

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia, la referencia de odontólogos que sean parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia.

Además, en los casos que se requiera, de la coordinación de una consulta odontológica con un profesional de la red, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

El costo de la consulta SIEMPRE deberá cubrirlo el Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

f. Exámenes de Laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior "Consulta Médica General", y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger un total de 2 exámenes al año, dentro de los siguientes:



- ✓ Hemograma
- ✓ Heces
- ✓ Orina
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido pélvico
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido obstétrico
- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de torax
- ✓ Radiografías

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que no haya superado el límite de 2 eventos al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 2 exámenes al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

g. Asistencia Médica Telefónica

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con médico general de la red. El Asegurado podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

h. Alquiler de Equipo Médico

Este servicio incluye, el alquiler del equipo médico que el Asegurado necesite en virtud de algún accidente o enfermedad del Asegurado, siempre que se trate de:

- Silla de ruedas



- Andadera
- Colchón de agua
- Muletas
- Silla de baño
- Cabestrillo

Para poder hacer uso de este servicio, el Asegurado deberá remitir al centro de contacto los documentos médicos que permitan comprobar el accidente o enfermedad y la necesidad de contar con alguno de los equipos antes indicados.

Límite de esta cobertura: 2 eventos al año de un máximo de \$50.00 o ₡29,400.00 por evento.

i. Cerrajería en el hogar:

La Central de Asistencia coordinará el envío de un técnico especializado al domicilio del Asegurado, si como consecuencia de pérdida o robo de llaves, así como inutilización de la cerradura por intento de robo u otra causa que impida la apertura de la vivienda, o que ponga en riesgo la seguridad de la misma.

El alcance de este servicio incluye únicamente la mano de obra.

Límite de esta cobertura: 3 eventos al año de un máximo de \$50.00 o ₡29,400.00 por evento.

j. Coordinación de envío de artículos olvidados en casa:

La Central de Asistencia coordinará ante el olvido de artículos en casa por el Asegurado, el envío de una persona que pueda recoger los artículos en la casa y llevarlos a donde el Asegurado indique, siempre que el recorrido no supere el monto cubierto en este servicio.

Límite de esta cobertura: 3 eventos al año de un máximo de \$75.00 o ₡44,100.00 por evento.

k. Asistente de paciente en caso de hospitalización, cirugía o enfermedad grave:

El Asegurado podrá solicitar a la Central de Asistencia el servicio Asistente de paciente en caso de hospitalización, cirugía o enfermedad grave; para tal efecto se enviará a lugar que indique el afiliado un cuidador certificado que realizará únicamente los siguientes procedimientos:

- ✓ Colaborar y/o realizar la higiene general o parcial de la persona
- ✓ Asistir en la alimentación e hidratación
- ✓ Ayudar a la persona en su movilización
- ✓ Realizar acciones de estimulación, recreación y comunicación
- ✓ Comunicar a los familiares lo ocurrido durante el tiempo de cuidado
- ✓ Colaborar en la administración de la medicación vía oral, únicamente en domicilio

Para solicitar este servicio el Asegurado deberá comunicarse con la Central de Asistencia para solicitar el mismo, debiendo suministrar los documentos que acrediten la cirugía, hospitalización o enfermedad grave.

Este servicio será gratuito y no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán servicios ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 1 evento al año de máximo 8 horas al día, durante 5 días.



I. Remolque por avería, robo o accidente:

Las prestaciones contenidas se ofrecerán en caso de que el vehículo del Asegurado no pudiera circular por accidente, avería o falla mecánica. La Central de Asistencia enviará una grúa o un vehículo apropiado para hacerse cargo del remolque hasta el taller de red elegido por el Asegurado o a su domicilio habitual.

Para los efectos del “Plan de asistencia” al que se refiere este documento, el Asegurado tiene que haber sufrido la emergencia, reportarla al momento y permanecer en el lugar donde se encuentre el vehículo. En todos los casos, el Asegurado deberá viajar en la cabina de la grúa durante todo el trayecto de traslado del vehículo hasta el lugar de destino, exceptuando el caso de que por alguna situación de fuerza mayor (emergencia médica, laboral o familiar), el Asegurado haya autorizado que el traslado del vehículo se realice en compañía de otra persona designada por el o en su defecto el vehículo sin acompañante. Se exceptúan los casos en que él o los ocupantes tengan que ser trasladados a un centro Hospitalario o Clínica; sin que la Compañía Aseguradora asuma ningún tipo de responsabilidad, por movilizar el vehículo sin la autorización indicada supra. Queda entendido que el servicio de remolque no se prestará a vehículos con carga.

La Central de Asistencia tampoco organizará ni gestionará apoyo económico para los servicios que sean requeridos con el propósito de sacar el vehículo atascado o atorado en huecos, barrancos, etc; en cuyo caso solo el Asegurado tomará el riesgo, con el proveedor. En ningún caso los vehículos que conduzca el Asegurado podrán ser vehículos destinados al transporte público o porteo y de alquiler, vehículos rotulados o que sean parte de una flota, empresa, o destinados a trabajo, salvo en los casos de Arrendamiento con Opción de Compra o Leasing, que no tengan un peso superior a 3,500 kilogramos de acuerdo al dato que de inscripción que aparece en el registro de vehículos y por el modelo, ni camiones y/o vehículos destinados al transporte de carga según las especificaciones del fabricante, ni los modelos de vehículos con antigüedad superior a los 15 años a la hora de sufrir el percance.

No se incluyen así mismo los vehículos que no puedan circular por incumplimiento de los requisitos mínimos de circulación (RTV, Placa y tarjeta de circulación). No se ofrecerá el servicio cuando los vehículos se encuentren en parqueos públicos. Si el traslado que requiere el Asegurado, excede el monto de la cobertura, este deberá ser cubierto por el Asegurado. No están cubiertas las maniobras de rescate o salvamento.

Límite de esta cobertura: Sin límite en cantidad de eventos y con un límite de \$150.00 o ₡88,200.00 por evento.

m. Auxilio vial por accidente o avería:

Cuando el Asegurado reporte que su vehículo necesita un cambio de llanta por el repuesto, abastecimiento de combustible, mecánica ligera o paso de corriente; la Central de Asistencia coordinará con un técnico capacitado con el equipo y herramienta necesaria para solucionar la emergencia, de tal forma que el vehículo pueda movilizarse.

Incluye únicamente el servicio de auxilio vial; en caso de los abastos de combustible, el costo de combustible será de ₡5,000.00; debiendo cancelar dicho monto el Asegurado en el momento de llegada del técnico. Se cubren vehículos tipo sedán, suv, 4x4 y pick up. Es necesario para el auxilio vial que el Asegurado esté presente al momento de la prestación del servicio.

Exclusiones para esta prestación:

- No aplica para camiones.

Límite de esta cobertura: Sin límite y hasta un máximo de \$150.00 o ₡88,200.00 por año.

n. Cerrajería vehicular:

En caso que el Asegurado extravíe u olvide las llaves de su vehículo, la Central de Asistencia coordinará el envío de un cerrajero para solucionar la eventualidad.

No está cubierto el pago de reparación o reposición de llaves, sistema de alarmas o chapas del auto, ni es procedente el servicio por deterioro de sistemas de alarma del vehículo.

Límite de esta cobertura: 3 eventos, con un límite de \$100.00 o ₡58,800.00 por evento.

o. Referencia a talleres mecánicos:

En caso que el Asegurado solicite a la Central de Asistencia referencia de servicios y proveedores de talleres mecánicos, se le brindará información de los proveedores de red. El servicio es únicamente es de referencia, el costo debe cubrirlo el Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite

p. Consulta Nutricional:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año.

PLAN PSYCHOLOGICAL

El Plan Psychological contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

a. Consulta Médica General

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o pediatra que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año por un monto máximo de \$150.00 o ₡88,200.00 por evento..

b. Ambulancia en caso de emergencia



En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
- Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
- Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año, por un monto máximo de \$250.00 o ¢147,000.00 anuales.

c. Telemedicina

Por solicitud del Asegurado, se coordinará una cita médica por medio de la Central de Asistencia, con un médico general debidamente inscrito en el Colegio de Médicos de Costa Rica, para que pueda hablar el Asegurado por medio de video conferencia. El costo de los medicamentos derivados de esta asistencia, será cubierto directamente por el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año.

d. Consulta Odontológica (revisión y diagnóstico)

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta odontológica con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado. La cita es únicamente para Consulta y revisión odontológica sin procedimientos asociados.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: sin límite.

e. Referencia y Coordinación con Odontólogos

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia, la referencia de odontólogos que sean parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia.



Además, en los casos que se requiera, de la coordinación de una consulta odontológica con un profesional de la red, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

El costo de la consulta SIEMPRE deberá cubrirlo el Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

f. Exámenes de Laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior "Consulta Médica General", y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger un total de 2 exámenes al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Heces
- ✓ Orina
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido pélvico
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido obstétrico
- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de torax
- ✓ Radiografías

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que no haya superado el límite de 2 eventos al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 2 exámenes al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

g. Asistencia Médica Telefónica

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con médico general de la red. El Asegurado podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.



- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

h. Remolque por avería, robo o accidente:

Las prestaciones contenidas se ofrecerán en caso de que el vehículo del Asegurado no pudiera circular por accidente, avería o falla mecánica. La Central de Asistencia enviará una grúa o un vehículo apropiado para hacerse cargo del remolque hasta el taller de red elegido por el Asegurado o a su domicilio habitual.

Para los efectos del “Plan de asistencia” al que se refiere este documento, el Asegurado tiene que haber sufrido la emergencia, reportarla al momento y permanecer en el lugar donde se encuentre el vehículo. En todos los casos, el Asegurado deberá viajar en la cabina de la grúa durante todo el trayecto de traslado del vehículo hasta el lugar de destino, exceptuando el caso de que por alguna situación de fuerza mayor (emergencia médica, laboral o familiar), el Asegurado haya autorizado que el traslado del vehículo se realice en compañía de otra persona designada por el o en su defecto el vehículo sin acompañante. Se exceptúan los casos en que él o los ocupantes tengan que ser trasladados a un centro Hospitalario o Clínica; sin que la Compañía Aseguradora asuma ningún tipo de responsabilidad, por movilizar el vehículo sin la autorización indicada supra. Queda entendido que el servicio de remolque no se prestará a vehículos con carga.

La Central de Asistencia tampoco organizará ni gestionará apoyo económico para los servicios que sean requeridos con el propósito de sacar el vehículo atascado o atorado en huecos, barrancos, etc; en cuyo caso solo el Asegurado tomará el riesgo, con el proveedor. En ningún caso los vehículos que conduzca el Asegurado podrán ser vehículos destinados al transporte público o porteo y de alquiler, vehículos rotulados o que sean parte de una flotilla, empresa, o destinados a trabajo, salvo en los casos de Arrendamiento con Opción de Compra o Leasing, que no tengan un peso superior a 3,500 kilogramos de acuerdo al dato que de inscripción que aparece en el registro de vehículos y por el modelo, ni camiones y/o vehículos destinados al transporte de carga según las especificaciones del fabricante, ni los modelos de vehículos con antigüedad superior a los 15 años a la hora de sufrir el percance.

No se incluyen así mismo los vehículos que no puedan circular por incumplimiento de los requisitos mínimos de circulación (RTV, Placa y tarjeta de circulación). No se ofrecerá el servicio cuando los vehículos se encuentren en parqueos públicos. Si el traslado que requiere el Asegurado, excede el monto de la cobertura, este deberá ser cubierto por el Asegurado. No están cubiertas las maniobras de rescate o salvamento.

Límite de esta cobertura: Sin límite en cantidad de eventos y con un límite de \$150.00 o ₡88,200.00 por evento.

i. Auxilio vial por accidente o avería:

Cuando el Asegurado reporte que su vehículo necesita un cambio de llanta por el repuesto, abastecimiento de combustible, mecánica ligera o paso de corriente; la Central de Asistencia coordinará con un técnico capacitado con el equipo y herramienta necesaria para solucionar la emergencia, de tal forma que el vehículo pueda movilizarse.

Incluye únicamente el servicio de auxilio vial; en caso de los abastos de combustible, el costo de combustible será de ₡5,000.00; debiendo cancelar dicho monto el Asegurado en el momento de llegada del técnico. Se cubren vehículos tipo sedán, suv, 4x4 y pick up. Es necesario para el auxilio vial que el Asegurado esté presente al momento de la prestación del servicio.

Exclusiones para esta prestación:

- No aplica para camiones.

Límite de esta cobertura: Sin límite y hasta un máximo de \$150.00 o ₡88,200.00 por año.

j. Cerrajería vehicular:

En caso que el Asegurado extravíe u olvide las llaves de su vehículo, la Central de Asistencia coordinará el envío de un cerrajero para solucionar la eventualidad.

No está cubierto el pago de reparación o reposición de llaves, sistema de alarmas o chapas del auto, ni es procedente el servicio por deterioro de sistemas de alarma del vehículo.

Límite de esta cobertura: 3 eventos, con un límite de \$100.00 o ₡58,800.00 por evento.

k. Referencia a talleres mecánicos:

En caso que el Asegurado solicite a la Central de Asistencia referencia de servicios y proveedores de talleres mecánicos, se le brindará información de los proveedores de red. El servicio es únicamente es de referencia, el costo debe cubrirlo el Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite

l. Consulta Nutricional:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año.

m. Consulta Psicológica Presencial:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta de psicología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 4 consultas al año, con un límite de \$100.00 o ₡58,800.00 por evento.

n. Consulta Psicológica Telefónica:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con una profesional en psicología que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 4 consultas al año, con un límite de \$100.00 o ₡58,800.00 por evento.

PLAN PLUS

El Plan Plus contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

a. Consulta Médica General

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o pediatra que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año por un monto máximo de \$150.00 o ₡88,200.00 por evento..

b. Ambulancia en caso de emergencia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
- Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
- Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año, por un monto máximo de \$250.00 o ₡147,000.00 anuales.



c. Telemedicina

Por solicitud del Asegurado, se coordinará una cita médica por medio de la Central de Asistencia, con un médico general debidamente inscrito en el Colegio de Médicos de Costa Rica, para que pueda hablar el Asegurado por medio de video conferencia. El costo de los medicamentos derivados de esta asistencia, será cubierto directamente por el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año.

d. Consulta Odontológica (revisión y diagnóstico)

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta odontológica con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado. La cita es únicamente para Consulta y revisión odontológica sin procedimientos asociados.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: sin límite.

e. Referencia y Coordinación con Odontólogos

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia, la referencia de odontólogos que sean parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia.

Además, en los casos que se requiera, de la coordinación de una consulta odontológica con un profesional de la red, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

El costo de la consulta SIEMPRE deberá cubrirlo el Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

f. Exámenes de Laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior "Consulta Médica General", y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger un total de 2 exámenes al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Heces
- ✓ Orina
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido pélvico
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido obstétrico



- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de torax
- ✓ Radiografías

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que no haya superado el límite de 2 eventos al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 2 exámenes al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

g. Asistencia Médica Telefónica

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con médico general de la red. El Asegurado podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

h. Alquiler de Equipo Médico

Este servicio incluye, el alquiler del equipo médico que el Asegurado necesite en virtud de algún accidente o enfermedad del Asegurado, siempre que se trate de:

- Silla de ruedas
- Andadera
- Colchón de agua
- Muletas
- Silla de baño
- Cabestrillo



Para poder hacer uso de este servicio, el Asegurado deberá remitir al centro de contacto los documentos médicos que permitan comprobar el accidente o enfermedad y la necesidad de contar con alguno de los equipos antes indicados.

Límite de esta cobertura: 2 eventos al año de un máximo de \$50.00 o ₡29,400.00 por evento.

i. Cerrajería en el hogar:

La Central de Asistencia coordinará el envío de un técnico especializado al domicilio del Asegurado, si como consecuencia de pérdida o robo de llaves, así como inutilización de la cerradura por intento de robo u otra causa que impida la apertura de la vivienda, o que ponga en riesgo la seguridad de la misma.

El alcance de este servicio incluye únicamente la mano de obra.

Límite de esta cobertura: 3 eventos al año de un máximo de \$50.00 o ₡29,400.00 por evento.

j. Remolque por avería, robo o accidente:

Las prestaciones contenidas se ofrecerán en caso de que el vehículo del Asegurado no pudiera circular por accidente, avería o falla mecánica. La Central de Asistencia enviará una grúa o un vehículo apropiado para hacerse cargo del remolque hasta el taller de red elegido por el Asegurado o a su domicilio habitual.

Para los efectos del “Plan de asistencia” al que se refiere este documento, el Asegurado tiene que haber sufrido la emergencia, reportarla al momento y permanecer en el lugar donde se encuentre el vehículo. En todos los casos, el Asegurado deberá viajar en la cabina de la grúa durante todo el trayecto de traslado del vehículo hasta el lugar de destino, exceptuando el caso de que por alguna situación de fuerza mayor (emergencia médica, laboral o familiar), el Asegurado haya autorizado que el traslado del vehículo se realice en compañía de otra persona designada por el o en su defecto el vehículo sin acompañante. Se exceptúan los casos en que él o los ocupantes tengan que ser trasladados a un centro Hospitalario o Clínica; sin que la Compañía Aseguradora asuma ningún tipo de responsabilidad, por movilizar el vehículo sin la autorización indicada supra. Queda entendido que el servicio de remolque no se prestará a vehículos con carga.

La Central de Asistencia tampoco organizará ni gestionará apoyo económico para los servicios que sean requeridos con el propósito de sacar el vehículo atascado o atorado en huecos, barrancos, etc; en cuyo caso solo el Asegurado tomará el riesgo, con el proveedor. En ningún caso los vehículos que conduzca el Asegurado podrán ser vehículos destinados al transporte público o porteo y de alquiler, vehículos rotulados o que sean parte de una flotilla, empresa, o destinados a trabajo, salvo en los casos de Arrendamiento con Opción de Compra o Leasing, que no tengan un peso superior a 3,500 kilogramos de acuerdo al dato que de inscripción que aparece en el registro de vehículos y por el modelo, ni camiones y/o vehículos destinados al transporte de carga según las especificaciones del fabricante, ni los modelos de vehículos con antigüedad superior a los 15 años a la hora de sufrir el percance.

No se incluyen así mismo los vehículos que no puedan circular por incumplimiento de los requisitos mínimos de circulación (RTV, Placa y tarjeta de circulación). No se ofrecerá el servicio cuando los vehículos se encuentren en parqueos públicos. Si el traslado que requiere el Asegurado, excede el monto de la cobertura, este deberá ser cubierto por el Asegurado. No están cubiertas las maniobras de rescate o salvamento.



Límite de esta cobertura: Sin límite en cantidad de eventos y con un límite de \$150.00 o ₡88,200.00 por evento.

k. Auxilio vial por accidente o avería:

Cuando el Asegurado reporte que su vehículo necesita un cambio de llanta por el repuesto, abastecimiento de combustible, mecánica ligera o paso de corriente; la Central de Asistencia coordinará con un técnico capacitado con el equipo y herramienta necesaria para solucionar la emergencia, de tal forma que el vehículo pueda movilizarse.

Incluye únicamente el servicio de auxilio vial; en caso de los abastos de combustible, el costo de combustible será de ₡5,000.00; debiendo cancelar dicho monto el Asegurado en el momento de llegada del técnico. Se cubren vehículos tipo sedán, suv, 4x4 y pick up. Es necesario para el auxilio vial que el Asegurado esté presente al momento de la prestación del servicio.

Exclusiones para esta prestación:

- No aplica para camiones.

Límite de esta cobertura: Sin límite y hasta un máximo de \$150.00 o ₡88,200.00 por año.

l. Cerrajería vehicular:

En caso que el Asegurado extravíe u olvide las llaves de su vehículo, la Central de Asistencia coordinará el envío de un cerrajero para solucionar la eventualidad.

No está cubierto el pago de reparación o reposición de llaves, sistema de alarmas o chapas del auto, ni es procedente el servicio por deterioro de sistemas de alarma del vehículo.

Límite de esta cobertura: 3 eventos, con un límite de \$100.00 o ₡58,800.00 por evento.

m. Referencia a talleres mecánicos:

En caso que el Asegurado solicite a la Central de Asistencia referencia de servicios y proveedores de talleres mecánicos, se le brindará información de los proveedores de red. El servicio es únicamente es de referencia, el costo debe cubrirlo el Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite

n. Consulta Nutricional:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año.

PLAN GOLD

El Plan Gold contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

a. Consulta Médica General

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o pediatra que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año por un monto máximo de \$150.00 o ₡88,200.00 por evento..

b. Ambulancia en caso de emergencia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
- Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
- Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año, por un monto máximo de \$250.00 o ₡147,000.00 anuales.

c. Telemedicina

Por solicitud del Asegurado, se coordinará una cita médica por medio de la Central de Asistencia, con un médico general debidamente inscrito en el Colegio de Médicos de Costa Rica, para que pueda hablar el Asegurado por medio de video conferencia. El costo de los medicamentos derivados de esta asistencia, será cubierto directamente por el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año.

d. Consulta Odontológica (revisión y diagnóstico)



Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta odontológica con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado. La cita es únicamente para Consulta y revisión odontológica sin procedimientos asociados.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: sin límite.

e. Referencia y Coordinación con Odontólogos

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia, la referencia de odontólogos que sean parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia.

Además, en los casos que se requiera, de la coordinación de una consulta odontológica con un profesional de la red, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

El costo de la consulta SIEMPRE deberá cubrirlo el Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

f. Exámenes de Laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior "Consulta Médica General", y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger un total de 2 exámenes al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Heces
- ✓ Orina
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido pélvico
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido obstétrico
- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de torax
- ✓ Radiografías

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que no haya superado el límite de 2 eventos al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 2 exámenes al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

g. Asistencia Médica Telefónica



Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con médico general de la red. El Asegurado podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

h. Remolque por avería, robo o accidente:

Las prestaciones contenidas se ofrecerán en caso de que el vehículo del Asegurado no pudiera circular por accidente, avería o falla mecánica. La Central de Asistencia enviará una grúa o un vehículo apropiado para hacerse cargo del remolque hasta el taller de red elegido por el Asegurado o a su domicilio habitual.

Para los efectos del “Plan de asistencia” al que se refiere este documento, el Asegurado tiene que haber sufrido la emergencia, reportarla al momento y permanecer en el lugar donde se encuentre el vehículo. En todos los casos, el Asegurado deberá viajar en la cabina de la grúa durante todo el trayecto de traslado del vehículo hasta el lugar de destino, exceptuando el caso de que por alguna situación de fuerza mayor (emergencia médica, laboral o familiar), el Asegurado haya autorizado que el traslado del vehículo se realice en compañía de otra persona designada por el o en su defecto el vehículo sin acompañante. Se exceptúan los casos en que él o los ocupantes tengan que ser trasladados a un centro Hospitalario o Clínica; sin que la Compañía Aseguradora asuma ningún tipo de responsabilidad, por movilizar el vehículo sin la autorización indicada supra. Queda entendido que el servicio de remolque no se prestará a vehículos con carga.

La Central de Asistencia tampoco organizará ni gestionará apoyo económico para los servicios que sean requeridos con el propósito de sacar el vehículo atascado o atorado en huecos, barrancos, etc; en cuyo caso solo el Asegurado tomará el riesgo, con el proveedor. En ningún caso los vehículos que conduzca el Asegurado podrán ser vehículos destinados al transporte público o porteo y de alquiler, vehículos rotulados o que sean parte de una flotilla, empresa, o destinados a trabajo, salvo en los casos de Arrendamiento con Opción de Compra o Leasing, que no tengan un peso superior a 3,500 kilogramos de acuerdo al dato que de inscripción que aparece en el registro de vehículos y por el modelo, ni camiones y/o vehículos destinados al transporte de carga según las especificaciones del fabricante, ni los modelos de vehículos con antigüedad superior a los 15 años a la hora de sufrir el percance.



No se incluyen así mismo los vehículos que no puedan circular por incumplimiento de los requisitos mínimos de circulación (RTV, Placa y tarjeta de circulación). No se ofrecerá el servicio cuando los vehículos se encuentren en parqueos públicos. Si el traslado que requiere el Asegurado, excede el monto de la cobertura, este deberá ser cubierto por el Asegurado. No están cubiertas las maniobras de rescate o salvamento.

Límite de esta cobertura: Sin límite en cantidad de eventos y con un límite de \$150.00 o ₡88,200.00 por evento.

i. Auxilio vial por accidente o avería:

Cuando el Asegurado reporte que su vehículo necesita un cambio de llanta por el repuesto, abastecimiento de combustible, mecánica ligera o paso de corriente; la Central de Asistencia coordinará con un técnico capacitado con el equipo y herramienta necesaria para solucionar la emergencia, de tal forma que el vehículo pueda movilizarse.

Incluye únicamente el servicio de auxilio vial; en caso de los abastos de combustible, el costo de combustible será de ₡5,000.00; debiendo cancelar dicho monto el Asegurado en el momento de llegada del técnico. Se cubren vehículos tipo sedán, suv, 4x4 y pick up. Es necesario para el auxilio vial que el Asegurado esté presente al momento de la prestación del servicio.

Exclusiones para esta prestación:

- No aplica para camiones.

Límite de esta cobertura: Sin límite y hasta un máximo de \$150.00 o ₡88,200.00 por año.

j. Cerrajería vehicular:

En caso que el Asegurado extravíe u olvide las llaves de su vehículo, la Central de Asistencia coordinará el envío de un cerrajero para solucionar la eventualidad.

No está cubierto el pago de reparación o reposición de llaves, sistema de alarmas o chapas del auto, ni es procedente el servicio por deterioro de sistemas de alarma del vehículo.

Límite de esta cobertura: 3 eventos, con un límite de \$100.00 o ₡58,800.00 por evento.

k. Referencia a talleres mecánicos:

En caso que el Asegurado solicite a la Central de Asistencia referencia de servicios y proveedores de talleres mecánicos, se le brindará información de los proveedores de red. El servicio es únicamente es de referencia, el costo debe cubrirlo el Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite

l. Consulta Nutricional:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.



La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año.

PLAN BASIC

El Plan Basic contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

a. Consulta Médica General

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o pediatra que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año por un monto máximo de \$67.00 o ₡39,396.00 por evento.

b. Ambulancia en caso de emergencia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
- Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
- Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año, por un monto máximo de \$250.00 o ₡147,000.00 anuales.

c. Exámenes de Laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior "Consulta Médica General", y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger un total de 2 exámenes al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Heces
- ✓ Orina
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido pélvico
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido obstétrico
- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de torax
- ✓ Radiografías

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que no haya superado el límite de 2 eventos al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 2 exámenes al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

d. Asistencia Médica Telefónica

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con médico general de la red. El Asegurado podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

e. Consulta Nutricional:



Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año.

Artículo 4. Exclusiones:

No son objeto de los servicios a que se refieren los Planes antes indicados, las prestaciones que se ocasionen como consecuencia directa o indirecta de los siguientes supuestos:

- 1) Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado o por el miembro del Grupo Familiar, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria.**
- 2) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como terremotos, desprendimientos, corrientes de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario.**
- 3) Hechos derivados de terrorismo, huelgas, asonadas, motín o tumulto popular.**
- 4) Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de las Fuerzas del Orden Público o de cuerpos de seguridad.**
- 5) Las guerras con o sin declaración previa y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.**
- 6) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.**
- 7) Los servicios que el Asegurado o el miembro del Grupo Familiar haya concertado por su cuenta sin previo consentimiento de la Central de Asistencia.**
- 8) Las catástrofes, desastres epidémicos, pandémicos o infecciosos.**
- 9) La muerte producida por suicidio, lesiones y secuelas ocasionadas por su tentativa.**
- 10) La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del Asegurado.**

Artículo 5. Proceso de Reclamación:

En caso de surgir un evento cubierto o requerir un servicio cubierto por la presente póliza, el Asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono a la Central de Asistencia, mediante el teléfono 2242-2642 o al Whatsapp 6059-5458, debiendo indicar nombre del Asegurado, lugar donde se encuentra, número de teléfono y la clase de servicio que precisa. Es fundamental que el Asegurado acate las recomendaciones de la Central de Asistencia, utilizando el proveedor indicado en la llamada.

Artículo 6. Artículo supletorio

En todo lo que no esté previsto en este Addendum, se aplicarán las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales que rigen este seguro.



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 P20-64-A03-366 de fecha 31 de julio del 2012.

