

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. ASSA SALUD EMPRESARIAL (DÓLARES) -ANUAL RENOVABLE- CONDICIONES GENERALES

Mediante esta Póliza y en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro - cuales Declaraciones forman parte integrante de esta Póliza - ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “la Compañía”) conviene con el Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Contratante” o “el Tomador” y/o el “el Asegurado” en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, Deducibles, Coaseguro, Copagos y demás estipulaciones contenidas en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Asegurado”) a la Compañía.

I. DEFINICIONES

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. En los casos en que se adhieran nuevas Condiciones Particulares o Addenda a esta póliza, prevalecerán las estipulaciones de las nuevas Condiciones Particulares o Addenda sobre lo demás.

En todo caso, prevalecerán las Condiciones Especiales y Particulares sobre las Generales.

Para todos los efectos de esta póliza, las expresiones siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna.

1. Accidente Amparado

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado; que ocurra después de la fecha en que haya sido reportada la inclusión del afectado en la póliza, que el accidente se encuentre amparado dentro de las coberturas; que el accidente no se encuentre indicado dentro de las Exclusiones de esta póliza y; que ésta se encuentre en vigor.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo Accidente Amparado o Cubierto que les dio origen.

Se considerará como Enfermedad el Accidente Amparado cuyo primer gasto se efectúe después de los treinta (30) días naturales de la fecha de ocurrido.

2. Addendum

Documento escrito que modifican acuerdos previos en la Póliza de Seguro, sea en las Condiciones Particulares o en Addenda, ya sea por solicitud del Contratante o como condición especial de la Compañía para la aceptación del contrato por significar un riesgo especial. Addendum en plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.

3. Asegurado

Es toda persona física, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Compañía y a favor de quien se ha emitido un Certificado individual de Seguro o se ha extendido cobertura de seguro según el método convenido entre la Compañía y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia. En términos generales, es la persona física expuesta a los riesgos que puedan afectar su integridad corporal o su salud. Es el titular del Interés Asegurable, y que, en defecto del Tomador, asume los derechos y obligaciones derivadas del contrato. Bajo este tenor el Asegurado puede ser alguno de los que se definen en los numerales 4 y 28 de la presente sección I.

4. Asegurado Principal

Es la persona física en cuya cabeza recae el seguro y quien aparece como Asegurado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

5. Asistente Quirúrgico

Médico o Cirujano que asiste, de manera directa, durante el desarrollo de un procedimiento de diagnóstico o quirúrgico, y cuya participación es indispensable para su realización. Su aprobación estará sujeta a previa autorización de **La Compañía**.

6. Atención Médica Programable

Es aquella, en la que a consecuencia de un evento no se requieren servicios médicos inmediatos, y se puede efectuar en la fecha que acuerde el Médico Tratante con el Asegurado, sin poner en riesgo la integridad física, la salud y la vida de éste.

7. Autorización Previa

Proceso mediante el cual se obtiene la aprobación del Área Médica de **La Compañía** para una referencia, servicio o procedimiento que lo requiera, de acuerdo al Manual de Normas, y Procedimientos establecidos por **La Compañía**.

8. Beneficios

Significa todas las sumas de dinero pagaderas por **La Compañía** de acuerdo a las condiciones de esta póliza.

9. Beneficio Máximo

Es el límite de responsabilidad amparado por esta póliza para cada cobertura contratada y para cada Asegurado, cuyo importe se especifica en las Condiciones Particulares de la misma.

10. Carnet de Identificación

La Compañía entregará a sus Asegurados una tarjeta de identificación, la cual deberán llevar siempre consigo como identificación en caso de una urgencia médica y deberán mostrarla al solicitar cualquier servicio cubierto por su programa médico.

11. Cirugía Ambulatoria

Es el servicio que requiere de un período de hospitalización menor a 24 horas para la observación, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, cuidado y/o tratamiento del Asegurado.

12. Cláusulas

Son las disposiciones establecidas en el Contrato de Seguro a través de las condiciones generales y particulares.

13. Coaseguro

Es la proporción del gasto que asume todo Asegurado Principal o Familiar Asegurado en su propio riesgo, conforme se estipule en ésta póliza.

14. Cobertura opcional

Es aquel beneficio que se puede agregar a los planes de **La Compañía** mediante el pago de una prima adicional.

15. Colectividad Asegurable

Conjunto de personas sobre el que se hace la oferta del seguro, el cual es representado por el contratante.

16. Colectividad Asegurada

Conjunto de personas que pertenece a la colectividad asegurable e integrado por un mínimo de diez (10) asegurados titulares, que han cumplido con los requisitos establecidos para ser aceptados en el contrato y que han otorgado su consentimiento para ello.

17. Colectividad Reducida

Conjunto de personas que pertenece a una Colectividad Asegurada y que en la fecha de inicio de vigencia de una prórroga, el número de Asegurados Principales es menor a diez (10) asegurados titulares.

18. Condiciones Especiales

Es el conjunto de cláusulas o secciones que se incluyen mediante Addendum, por razones de orden técnico de la póliza o para modificar alguna circunstancia contenida en la Póliza de Seguros en relación con el riesgo. Estas condiciones tienen prelación sobre las Generales.

19. Condiciones Generales

Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recogen los principios básicos que regulan este contrato de seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe la Compañía. Incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.

20. Condiciones Particulares

Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.

21. Consentimiento

Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Contratante y **La Compañía** determinado en el Contrato de Seguro.

22. Contratante / Tomador

Es la persona física o jurídica que por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el tomador la figura de Asegurado y beneficiario del seguro. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo. El deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Contratante.

23. Copago

Cantidad previamente establecida en el plan que el Asegurado elige y que deberá pagar por un servicio específico que reciba. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o servicio. Un listado específico y detallado de los copagos a cubrir por el Asegurado, aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

24. Declaraciones del Asegurado

Manifestación del Asegurado, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la Compañía. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. **La Compañía** podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Asegurado o al Tomador, la Compañía estará obligada a brindar 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 la Compañía 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 al Asegurado respectivamente. La Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la TERMINACION DEL CONTRATO.

25. Deducible por Año Póliza

Cantidad acumulable por cada Asegurado durante el año póliza, aplicada a las coberturas indicadas en las Condiciones Particulares. La responsabilidad de **La Compañía** será sólo por las sumas en exceso del deducible aplicable.

26. Enfermedad Cubierta

Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado siempre que:

- a) Tanto su inicio como el primer gasto médico se efectúen después de la fecha en haya sido reportada la inclusión del Asegurado en la póliza,
- b) Se encuentre amparada dentro de las coberturas
- c) No se encuentre indicada dentro de las Exclusiones contenidas en esta póliza, y
- d) que la póliza se encuentre en vigor.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad Amparada que les dio origen.

27. Evento

Cada una de las enfermedades amparadas o accidentes cubiertos por esta póliza, que sufra el Asegurado durante la vigencia de la póliza, atribuible a un mismo padecimiento o diagnóstico.

28. Familiar Asegurado

El término "Familiar Asegurado" significa:

- a) Cónyuge o, en su defecto, la persona que mantenga un lazo afectivo permanente, en unión de hecho, por más de tres (3) años de convivencia ininterrumpida dentro del mismo hogar junto con el Asegurado Principal y que, de común acuerdo con La Compañía, justifique su aseguramiento.
- b) Los hijos mayores de nueve (9) días naturales y menores de diecinueve (19) años, habidos dentro o fuera del matrimonio o legalmente adoptados, o hijastros que vivan en el hogar del Asegurado Principal, siempre y cuando hayan sido reportados e incluidos en la póliza, sean solteros y dependan económicamente del Asegurado Principal.
- c) Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años pero menores de veinticinco (25) años, podrán permanecer incluidos en la póliza, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Principal y se encuentren estudiando a tiempo completo. Se exigirá previa confirmación de esta circunstancia.

29. Honorarios Médicos

Son las contraprestaciones devengadas que corresponden al o los Médicos Tratantes en tratamientos o intervenciones quirúrgicas proporcionadas al Asegurado.

30. Hospital y/o Clínica

El término "Hospital" y/o "Clínica" significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos o accidentados y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios por las autoridades correspondientes.

Por HOSPITAL PARTICIPANTE se entiende todo Hospital o Clínica afiliada a la red de proveedores de **La Compañía**.

31. Hospitalización

Para efectos de esta póliza, es la estadía continua del Asegurado en un hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable por el padecimiento o diagnóstico definitivo; a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente.

32. Intermediario de Seguros

Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas y que hayan sido debidamente autorizados por la Superintendencia General de Seguros para intermediar este producto. La contratación colectiva de una póliza no exime a los intermediarios seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza.

33. Mantenimiento de la Salud

Son las acciones orientadas al Asegurado para el cuidado y buen funcionamiento de su organismo.

34. Medicamento Necesario

Servicios o suministros ordenados y proporcionados por un hospital, un médico u otro proveedor que **La Compañía** acepte:

- Que sean apropiados al diagnóstico, al tratamiento de la enfermedad o accidente del Asegurado.
- Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas.
- Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su médico o de otro proveedor.

- Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado; y que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.

35. Médico

Significa cualquier persona que está legal y debidamente registrada y autorizada por las autoridades competentes en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos.

36. Médico Coordinador

Médico que supervisa, coordina y apoya los servicios y las relaciones entre la red de proveedores de **La Compañía** y sus Asegurados.

37. Médico Especialista

Médico con la certificación de haber efectuado los estudios académicos y las prácticas de especialización requeridas por los organismos profesionales, colegios de especialidad y las autoridades competentes.

38. Médico Tratante

Es el médico que está a cargo del cuidado y de la atención del padecimiento o enfermedad del Asegurado, incluido en el listado de proveedores de la Compañía.

39. Modalidad Contributiva

Se denomina así el contrato Colectivo donde el Asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.

40. Modalidad No-Contributiva

Se denomina así el Colectivo donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.

41. Padecimiento Congénito por malformación o enfermedad.

Se entiende como padecimiento congénito la malformación, enfermedad o padecimiento que genera una alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, o bien posteriormente a varios años.

42. Participación Máxima (Stop Loss).

Límite establecido para atención local e internacional. Aplica para hospitalización únicamente.

43. Periodo de Cobertura

Se entiende que la cobertura puede ser sobre la “base de ocurrencia” o sobre la “base de reclamación”. Sobre la “base de ocurrencia”, el seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes. Sobre la “base de reclamación”, sólo cubrirá los reclamos que presente el Asegurado a la Compañía dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la Vigencia de la Póliza o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes en las Condiciones Particulares.

44. Periodo de espera

Es el tiempo o vigencia continua que transcurre entre la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza y la fecha posterior pre-determinada para ciertos padecimientos, vigencia dentro de la cual no surte efecto la póliza.

45. Periodo de gracia

Es el plazo no mayor de diez (10) días hábiles para el pago de las primas en cualquier fecha de su vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las Condiciones Particulares.

46. Personas Elegibles

Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula “**ELEGIBILIDAD**”. Serán elegibles todas aquellas personas que tengan la calidad de empleado activo al servicio del contratante y sus familiares elegibles, que al momento de solicitar su ingreso al seguro no se encuentren ni incapacitados, ni inválidos, ni reciban en el presente o hayan recibido en el pasado, de cualquier fuente de ingresos o beneficios económicos por incapacidad.

47. Plan Médico de La Compañía

Conjunto de productos de seguro de salud de **La Compañía**, donde se brindan servicios de salud a todos los niveles bajo estrictos controles de calidad en la atención, tratamientos, utilización de los recursos, oportunidad, satisfacción y resultados, dando énfasis a los cuidados preventivos y al mantenimiento del buen estado de salud de los Asegurados.

48. Preexistencia

Es aquel padecimiento o enfermedad:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, o
- b) Cualquier diagnóstico en el historial médico del Asegurado previo a la contratación inicial de la póliza, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, o
- c) Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos, o
- d) Se encuentre presente al momento de tomar el seguro, incluyendo el embarazo, sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con dicho padecimiento o enfermedad, o
- e) Que según la experiencia médica indique que tal condición se inició antes de la fecha efectiva del seguro, o
- f) Que a consecuencia de parto o cesárea estarán cubiertos después de los primeros 12 meses de cobertura continua, o
- g) El cuidado prenatal como servicio de un paciente externo, así como las prescripciones, permanecerán como servicio cubierto, o
- h) En el caso de un parto prematuro, la edad gestacional del recién nacido determinará la cobertura. Las complicaciones del embarazo serán tratadas como una nueva condición médica y no está sujeta a limitación por condición preexistente.

49. Prima

Precio o suma que paga el Tomador por la cobertura contratada, durante la Vigencia de la Póliza establecida en las Condiciones Particulares.

50. Prima no devengada

Corresponde a la porción de la prima aplicable a la período no transcurrido de la Vigencia de la Póliza. Por ejemplo, en el caso de una prima para 12 meses de vigencia la prima no devengada al final del primer mes de vigencia correspondería a 11/12 de la prima.

51. Propuesta de seguro

Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles.

52. Red de Proveedores o Proveedores Participantes

Aquellas instituciones e individuos legalmente establecidos y con autorización de las autoridades competentes para proveer servicios médicos, previamente seleccionados y convenidos para participar en el PLAN Médico de **La Compañía**, que tienen por objeto proporcionar al Asegurado el servicio médico que requiera, pagando **La Compañía** los costos por la atención prestada a éste, en exceso del Copago, Coaseguro o deducible contratado, según sea el caso, y hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, con el fin de evitarle el desembolso y posterior recuperación de dichos gastos conforme a este Contrato.

53. Referencia

Es la recomendación escrita hecha por parte de un Médico Participante y/o por el Plan Médico, para que un Asegurado reciba los servicios de un proveedor referido.

54. Rehabilitación

Proceso de selección de la Compañía para volver a asegurar a uno o varios Asegurado(s) que hayan perdido derecho a los beneficios de la póliza con motivo de cancelación de cobertura por incumplimiento en el pago de la prima.

55. Riesgo(s)

Vulnerabilidad de la vida, la integridad corporal o la salud del Asegurado ante un posible o potencial evento dañoso. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.

56. Seguros Co existentes

El Asegurado Principal está obligado a informar a **La Compañía**, en el momento de presentar la reclamación, sobre la existencia de cualquier seguro coexistente, con indicaciones de quién está asegurado como Asegurado Principal, como Familiares Asegurados y sobre la Suma Asegurada de cada uno. El incumplimiento de esta obligación tendrá como resultado la pérdida del derecho a recibir beneficios bajo esta póliza.

Cuando existan varios seguros la indemnización será asumida en orden de antigüedad por la aseguradora que emitió la póliza en la fecha más antigua y así sucesivamente si existen más de dos (2) contratos. En ningún caso, el pago acumulativo hecho por todas las compañías podrá exceder del monto total de gastos incurridos por el Asegurado.

57. Siniestro

Constituye la acción o aparición del riesgo que hace exigible la obligación de la Compañía. Acontecimiento inesperado, accidental, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del Asegurado del que deriva el pago de los beneficios producto del menoscabo en su salud o integridad física. Sinónimo de evento o accidente.

58. Sistema de pago directo a Proveedores

Beneficio mediante el cual **La Compañía** paga directamente al proveedor, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados cubiertos por el Plan Médico de **La Compañía**. Para disfrutar de este sistema, se requiere ser atendido por proveedores participantes de la Red y que la póliza se encuentre vigente.

59. Sistema de Reembolso al Asegurado

Sistema mediante el cual los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por el Plan Médico de **La Compañía**, fueron liquidados por el Asegurado, directamente al prestador de servicios; aquellos que procedan, serán reintegrados posteriormente al Asegurado o a quien éste designe, previa presentación de los comprobantes y formularios correspondientes.

60. Solicitud de Propuesto Asegurado

Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.

61. Suma Asegurada –Anual Renovable-

Es la obligación máxima de **La Compañía** durante la vigencia anual del contrato de seguro. La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente en cada prórroga anual que se realice del contrato de seguro.

62. Tabla de beneficios

Es el listado de servicios y procedimientos que forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza, donde se especifican en detalle todos los beneficios contratados por el Asegurado. La Tabla de Beneficios contiene el monto máximo por beneficio, el correspondiente copago, coaseguro, deducible y limitaciones según sea aplicable.

63. Tabla de Honorarios Médicos

Listado de servicios y procedimientos donde se especifica el monto máximo que **La Compañía** pagará por servicio u honorario médico cubierto por el Plan Médico de **La Compañía**.

64. Tratamiento Médico

Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de la salud del Asegurado, a causa de una enfermedad o accidente.

65. Unidades de Valor Relativo

Es el valor relativo en unidades que se le da a cada procedimiento médico tomando en cuenta los siguientes factores: habilidad y tiempo requerido, gravedad del caso, riesgo inherente y posibilidad de error. Utilizándose como un mecanismo financiero de apoyo para determinar los honorarios por servicios prestados.

66. Urgencia Médica

La Compañía reconocerá bajo ésta cobertura los gastos médicos por atención en el Cuarto de Urgencia, únicamente por los siguientes casos:

URGENCIA POR ACCIDENTE: Atención por heridas sufridas accidentalmente dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas.

URGENCIA POR ENFERMEDAD: Solamente se cubrirá Urgencia por Enfermedad en los siguientes casos, siempre y cuando se brinde la atención dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas:

- Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorio, circulatorio, urológico o gastrointestinal.
- Convulsiones.
- Deshidratación severa.
- Hemorragias.
- Reacciones alérgicas agudas.
- Intoxicación severa.

67. Valor Agregado

Es un servicio que **La Compañía** facilita sin costo alguno a sus Asegurados.

68. Vencimiento

Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.

69. Vigencia de la Póliza

Es el período durante el cual **La Compañía** se compromete, mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.

70. Vigencia Particular

Es el periodo indicado en el Certificado individual de seguro y que inicia a partir de la fecha efectiva en que el Contratante reporta a la Compañía la inclusión de un Asegurado al Seguro Colectivo; durante dicho periodo, el Asegurado tendrá el derecho a la cobertura de la presente Póliza y sus prórrogas una vez pagada la prima correspondiente.

II. OBJETO DEL SEGURO

La compañía cubrirá los costos de las prestaciones médicas cubiertas y requeridas por cada Asegurado o Familiar Asegurado, si lo hubiere, para la prevención de enfermedades y/o accidentes, el cuidado y mantenimiento de la salud o la recuperación de la misma en caso de sufrir un evento amparado hasta el Monto Máximo de Cobertura estipulado en las Condiciones Particulares.

III. CONDICIONES GENERALES**a. Bases del Contrato**

La póliza, las presentes Condiciones Generales, los Addenda, las cláusulas adicionales y coberturas que se agreguen a la misma, se emiten en consideración a la Solicitud de Seguro o Formulario de Propuesto Asegurado y a las Declaraciones del Asegurado formuladas para la apreciación del riesgo por el Contratante y los Asegurados. Dichos documentos constituyen prueba del Contrato celebrado entre el Contratante y **La Compañía** y en su caso, de sus prórrogas.

En consecuencia, el Contratante y los Asegurados están obligados a declarar en las solicitudes mencionadas, de acuerdo con el cuestionario que las mismas contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso en la agrupación asegurada.

Es obligación del Contratante mantener el número mínimo de diez (10) Asegurados Principales para constituir la Colectividad Asegurada. El incumplimiento de esta obligación podrá generar dos (2) alternativas: **i) La Compañía** analizará el impacto financiero por la disminución de la cantidad de Asegurados Principales frente al costo de administración de la póliza para proponer durante la vigencia del contrato una modificación a la tarifa para dar equidad al negocio; **ii)** En caso de no ser aceptado por el Contratante o de no manifestarse dentro del plazo de treinta (30) días hábiles, contado a partir del

recibo de la propuesta de modificación de tarifa, se procederá con la terminación del contrato de seguro colectivo, de conformidad con la cláusula **Terminación de la póliza**.

b. Reticencia o falsedad en la declaración del riesgo

El asegurado está obligado a declarar honestamente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea exigido por **La Compañía**.

La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. **La Compañía** podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud intencional producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

c. Elegibilidad

Aquellos empleados registrados en la nómina del Contratante o miembros que el Contratante designe según acuerdo con **la Compañía**, que hayan cumplido los dieciocho (18) años de edad serán elegibles en la fecha de vigencia de esta póliza. Los nuevos empleados o miembros que subsecuentemente adquieran esta condición después de la fecha de vigencia de esta póliza que hayan cumplido los dieciocho (18) años de edad, serán elegibles de acuerdo a la política de elegibilidad establecida por el Tomador y aceptada por **la Compañía**. La Compañía podrá solicitar evidencias de asegurabilidad a los empleados o miembros.

La Compañía y el Contratante podrán convenir en establecer reglas de elegibilidad diferentes para grupos específicos, mediante acuerdo expresado por escrito y adherido a la póliza mediante Addendum.

d. Rectificación de la Póliza o Certificado individual de seguro

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días naturales que sigan al día en que se haya realizado entrega de la póliza o el certificado de seguro al Tomador, al Asegurado o al Corredor de Seguro, según corresponda. Transcurrido este plazo caducará el derecho del Tomador o del Asegurado, según sea el caso, de solicitar la rectificación de la póliza, considerándose aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

e. Modificaciones al Contrato

Condiciones Particulares:

Los términos y condiciones contenidos en las Condiciones Particulares de esta póliza pueden ser modificados mediante convenio expreso entre **la Compañía** y el Contratante, o por un aviso que debe realizar **La Compañía** al Contratante con las razones por las cuales se realiza el ajuste, sin requerir del consentimiento de los Asegurados sobre dicha modificación siempre que **La Compañía** la comunique con al menos un mes de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato para que sus intereses no se vean afectados. Tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de vigencia de esa modificación.

La Compañía, previo a la aplicación efectiva de la modificación, deberá comunicar a los Asegurados, con al menos un mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, cuáles son los aspectos modificados para que no se vean afectados en sus intereses. Esta comunicación a los Asegurados podrá realizarse de manera directa o a través del Tomador, mediante campaña informativa presencial o por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brindar un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción. La colaboración del Tomador en este proceso, no libera a **La Compañía** de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al Asegurado de buena fe.

Ningún intermediario de seguros está autorizado para cambiar o enmendar esta póliza, para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el período para el pago de primas, ni comprometer de modo alguno los derechos u obligaciones de **La Compañía**.

Ninguna modificación hecha o convenida a esta póliza será válida a menos que tal modificación conste por escrito en un Addendum firmado por un funcionario autorizado de **La Compañía**, o mediante notificación escrita a ese efecto, firmada por el Contratante y por **La Compañía** en señal de aceptación.

Ningún Addendum que se le añada o adhiera a esta póliza subsistirá luego de que la misma se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa, sin perjuicio de los derechos que subsistan entre las partes por motivo de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

Condiciones Generales:

Cualquier modificación que afecte las Condiciones Generales de esta póliza y que sea aplicable a todas las pólizas, se efectuará conforme al proceso establecido en la regulación para la presentación y registro de los productos de seguros ante la Superintendencia General de Seguros.

f. Cambios de Plan

Los cambios de PLAN que desee hacer el Contratante y que impliquen mayores coberturas solo podrán solicitarse con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de prórroga anual, y éstos se considerarán vigentes cuando **La Compañía** lo haya informado por escrito al Contratante.

g. Diferencias y Conflictos

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un proceso de arbitraje, si lo consideran conveniente a sus intereses.

h. Notificaciones

Cualquier notificación o aviso que desee dar **La Compañía** al Contratante y/o Asegurado, deberá ser por escrito y podrá ser entregada personalmente; enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del Intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brindar un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal; desde que sea depositado en las oficinas del correo; o bien, desde que se compruebe la recepción de la comunicación generada a distancia, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse a partir de esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a **La Compañía** conforme a esta Póliza, deberá cumplir con la misma regla establecida anteriormente siempre que sea realizada en las direcciones de contacto establecidas en las Condiciones Particulares o Certificados individual de seguros.

El Contratante y/o Asegurado Principal, por este medio podrá autorizar a **La Compañía** a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal, siempre que se respalde fehacientemente dicha autorización.

i. Legislación aplicable

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

j. Certificado individual de seguro

La Compañía emitirá un Certificado Individual y una Tabla de Beneficios para entregar a cada Asegurado. La entrega al Asegurado del Certificado Individual y Tabla de Beneficios podrá efectuarse a través del Contratante, o bien, en el domicilio del Contratante o por los medios de comunicación a distancia permitidos, en el plazo de diez (10) días hábiles a partir de la inclusión del Asegurado en la Póliza o de la aceptación del riesgo por parte de **La Compañía**. En caso que el Asegurado solicite copia de las condiciones generales y particulares del seguro contratado, dicha copia se le entregará en el mismo lugar y plazo establecido para la entrega del Certificado Individual.

k. Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, las solicitudes o los consentimientos firmados por los miembros de la agrupación asegurable, en caso que aplique, y los reportes de inclusión y exclusión que conforme a esta póliza deban efectuarse, **La Compañía** elaborará un Listado de Asegurados para el periodo del seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, los beneficios contratados, la prima y la fecha de la cobertura efectiva con respecto a cada Asegurado. La periodicidad del reporte será realizado según se haya pactado con el Contratante a través de las Condiciones Particulares o Especiales.

La Compañía entregará al Contratante, previo al vencimiento de la póliza el reporte completo de los datos de los asegurados que conforman el Grupo Asegurado, la periodicidad de entrega será pactada con el Contratante a través de las Condiciones Particulares o Especiales; el Contratante tendrá, a su vez, la obligación de validar dicho informe.

La información estipulada deberá ser proporcionada por el Contratante o Asegurado Principal.

l. Nacimientos

Si la madre cumplió con el período de espera para el Beneficio de Maternidad, a partir del décimo día natural, el recién nacido podrá ser inscrito en la póliza como Familiar Asegurado, mediante la

presentación de la Solicitud de Inclusión de Dependientes que provee **La Compañía** y quedará automáticamente sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la misma, sin pasar por requisitos de asegurabilidad.

Esta Solicitud de Inclusión deberá presentarse a **La Compañía** en un plazo máximo de un (1) mes, contado a partir de la fecha de nacimiento del bebé.

Si la madre no tiene derecho al Beneficio de Maternidad para el alumbramiento de dicho embarazo, **La Compañía** se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes y con base en estas pruebas dejará constancia por escrito de posibles exclusiones, limitaciones o declinación de la Solicitud de Inclusión en esta póliza.

m. Matrimonios

El Asegurado Principal que contraiga matrimonio dentro de la vigencia de la póliza, podrá solicitar la inclusión de su cónyuge, si es elegible y mediante presentación de declaración de salud, dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes al acontecimiento. La cobertura la confirmará **La Compañía** por escrito una vez recibido el certificado matrimonial correspondiente.

n. Reporte de Exclusiones e Inclusiones

El Contratante se obliga a reportar por escrito los movimientos de inclusión y exclusión de miembros del grupo Asegurado y de sus Familiares Asegurados, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que ocurran dichos movimientos. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante o del Intermediario de Seguros, según sea el encargado, les acarrearán responsabilidades en caso de eventos que por su responsabilidad deban ser pagados por **La Compañía** debido, por ejemplo, personas asegurables que actuando de buena fe debieron ser incluidos en la Póliza de Seguros pero no fueron reportados oportunamente para ser Asegurados.

El retiro de familiares de la póliza tendrá efecto únicamente a partir del mes de seguro inmediatamente siguiente al aviso correspondiente, a la Oficina Principal de **La Compañía**.

Los familiares que no se incluyan en la póliza desde el momento en que son asegurables, sólo podrán hacer la solicitud de inclusión treinta (30) días naturales antes de la fecha de prórroga anual de la póliza, y mediante presentación de pruebas de asegurabilidad. Su cobertura y fecha de vigencia serán confirmadas por **La Compañía** por escrito.

La Compañía se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente, y con base en estas pruebas, dejará constancia de posibles exclusiones o limitaciones al Seguro.

La aceptación o rechazo de la inclusión de nuevos Asegurados o aumentos de valor debe ser dada a conocer por **La Compañía** al Asegurado Principal a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días naturales siguientes a la presentación de la solicitud por escrito.

o. Edad

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados.

En caso de que el Asegurado Principal hubiere declarado inexactamente su edad o la de cualquiera de sus Familiares Asegurados bajo la póliza, pero la edad real se encuentre dentro de los límites de aceptación, se adoptarán las siguientes medidas:

- a) Si se hubiese pagado una prima mayor a la que correspondiera a la edad real del Asegurado, **La Compañía** devolverá al Contratante, el porcentaje que corresponda de la prima del año en curso pagada en exceso, una vez descontados los gastos de la empresa. El nuevo monto de la prima se fijará entonces de acuerdo a la edad real del Asegurado.
- b) Si se hubiere pagado una prima inferior a la que correspondiera a la edad real del asegurado, **La Compañía** tendrá un (1) mes a partir de que conoció la situación para proponer al Contratante la modificación del contrato respecto a ese Asegurado. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince (15) días hábiles después de la notificación, **La Compañía**, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, podrá dar por terminada la cobertura de ese Asegurado conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

En caso de que el Asegurado Principal declare inexactamente su edad o la de cualquiera de sus Familiares Asegurados cubiertos bajo la póliza y la edad real se encuentre fuera de los límites de aceptación, el contrato quedará nulo y sin valor alguno y **La Compañía** devolverá al Contratante el porcentaje que corresponda de la prima del año en curso pagada en exceso, una vez descontados los gastos de la empresa y cuando el Asegurado haya recibido ya servicios por el uso del seguro, deberá devolver el monto erogado por **La Compañía** dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su notificación.

p. Reclamaciones

Cuando la atención médica se haya realizado a través de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos en forma coordinada, el Asegurado no realizará reclamación alguna ya que los gastos en que se incurra serán pagados directamente al proveedor por **La Compañía** hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza. En este caso el Asegurado solo realizará el Copago que corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios.

Cuando la atención se realice fuera de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos, las reclamaciones que efectúe el Asegurado al amparo de esta Póliza, deberán ser presentadas dentro de un plazo de **noventa (90) días naturales** contados a partir de la fecha de inicio del tratamiento médico ambulatorio u hospitalario. Para presentar dicho reclamo el Asegurado debe proporcionar a la compañía lo siguiente:

- Formulario de Reclamación. El mismo debe estar correctamente completado y firmado por el asegurado. Además debe ser completado, firmado y sellado por el médico tratante.
- Originales de prescripciones y recetas de medicinas, ordenes de laboratorio o exámenes de diagnóstico.
- Originales de facturas de todos los procedimientos médicos indicados.
- Resultados de exámenes y otros procedimientos realizados
- Copia de expediente clínico
- Pre-autorización aprobada por **La Compañía**.

Los gastos serán reembolsables directamente al Asegurado Principal.

Todos los comprobantes por los gastos indemnizables deberán ser originales y reunirán los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Estos documentos quedarán en poder de **La Compañía** una vez pagada la indemnización correspondiente.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes y datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que **La Compañía** practique, especialmente, la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a ésta de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

q. Pago de Reclamaciones

Cuando el gasto médico se realice con proveedores no afiliados a la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos de **La Compañía**, ésta pagará la indemnización que proceda mediante reembolso al Asegurado o a quién legalmente lo represente, después de descontar el Copago, Coaseguro o Deducible correspondiente establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha en que **La Compañía** haya recibido a satisfacción toda la información requerida para analizar o evaluar el reclamo.

Cuando la atención se haya realizado a través de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos de **La Compañía**, todos los pagos que procedan conforme a esta póliza se harán directamente a la Red. Si procede, el Asegurado deberá pagar directamente al proveedor de los servicios médicos únicamente el Copago o Coaseguro que corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios adherida a las Condiciones Particulares de la póliza, en la fecha de la prestación del servicio.

r. Seguros Coexistentes

El Asegurado Principal queda obligado a informar a **La Compañía**, en el momento de presentar la reclamación, sobre la existencia de cualquier seguro coexistente, con indicaciones de quién está asegurado como Asegurado Principal, como Familiares Asegurados y sobre la Suma Asegurada de cada uno. El incumplimiento de manera dolosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a recibir beneficios bajo esta póliza. En caso que de buena fe se incumpla con el deber de informar y **La Compañía** paga al Asegurado una indemnización mayor a la que le correspondería, se considerará que el pago fue indebido pudiendo **La Compañía** recuperar lo pagado en exceso. El Tomador o el Asegurado, según corresponda, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle a **La Compañía** los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha del efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

Cuando existan varios seguros la indemnización será asumida en orden de antigüedad por **La Compañía** que emitió la póliza en la fecha más antigua y así sucesivamente si existen más de dos contratos.

En ningún caso, el pago acumulativo hecho por ambas compañías podrá exceder del monto total de gastos incurridos por el Asegurado.

s. Prescripción de derechos

Los derechos derivados de un contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contado a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

t. Subrogación

Por subrogación se entenderá el derecho de **La Compañía** de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de las obligaciones surgidas de esta póliza, por lesiones recibidas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones.

La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los aseguradores de éstos. En igual forma lo podrá hacer del Asegurado, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación: **La Compañía** pagará al Asegurado Principal o a quien éste señale, el beneficio de la póliza, sujeto a que el Asegurado:

- Firme el finiquito respectivo y subroguen en **La Compañía** todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula.
- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar el ejercicio por parte de **La Compañía** de los derechos subrogados.
- Cooperen y asistan a **La Compañía** en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

u. Valoración

En caso de existir desacuerdo entre **La Compañía** y el Asegurado respecto al costo razonable o acostumbrado de un bien o servicio utilizado por el Asegurado bajo las coberturas de la presente póliza, el Asegurado puede solicitar se realice una revisión del mismo. **La Compañía** está en la obligación de analizar dicho gasto incurrido por el Asegurado. Esta revisión podrá ser realizada por uno o más peritos nombrados uno por cada parte, quienes en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer perito. El dictamen del tercer perito, cuando fuere necesario, se mantendrá dentro de la determinación del costo razonable y acostumbrado que consideran las partes, ni menos ni más. El Asegurado y **La Compañía** pagarán respectivamente los honorarios de sus propios peritos y compartirán en partes iguales los demás gastos y honorarios del tercer perito. A falta de acuerdo se estará a lo dispuestos en el Código Procesal Civil sobre el particular.

IV. SUMA ASEGURADA –ANUAL RENOVABLE–

Se trata de una Suma Asegurada –Anual Renovable– con varias opciones según se revela en la **Tabla de Beneficios**.

La Suma Asegurada –Anual Renovable– consiste en la obligación máxima de **La Compañía** durante la vigencia anual del contrato de seguro, por todas las reclamaciones de los padecimientos amparados con base en la cobertura contratada, siempre que dichos padecimientos ocurran durante esa vigencia.

Esta Suma Asegurada es la obligación máxima de **La Compañía** durante la vigencia anual del contrato de seguro. La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente en cada prórroga anual que se realice del contrato de seguro. La Suma Asegurada de cada Asegurado aplica en forma independiente para cada cobertura, padecimiento y/o accidente con sus secuelas y complicaciones.

V. TABLA DE BENEFICIOS

Participación del Asegurado

En cada reclamación, el Asegurado participará con un copago, deducible y/o coaseguro, de acuerdo con el padecimiento y/o servicio de que se trate, según se indique en la Tabla de Beneficios que se presenta a continuación. En todos los casos aplica primero el deducible y después el coaseguro.

El valor del copago, deducible y coaseguro es elegido por el contratante de cada póliza, en el entendido de que cada uno de ellos se utiliza de manera general en los conceptos de la Tabla de Beneficios para los que se indique su aplicación.

a) Copago

El importe de copago puede ser elegido entre \$ 5 USD y \$ 50 USD.

b) Deducible

El monto de deducible puede ser escogido entre \$ 50 USD y \$ 500 USD.

c) Coaseguro

El porcentaje de coaseguro puede ser seleccionado entre 2.5 % y 40 %.

TABLA DE BENEFICIOS

Suma Asegurada	
Beneficio	Cobertura
Suma Asegurada.	Opciones de \$ 50,000 a \$ 1,000,000 USD

I. Beneficios de Hospital	
Paciente Interno	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos	
Habitación Estándar.	Monto máximo por día con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Aplica Coaseguro
Cuidados Intensivos.	Monto máximo por día con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Aplica Coaseguro
Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos	
Medicamentos, Servicios Misceláneos del Hospital, Imagenología, Laboratorios, Patología.	Aplica Coaseguro
Honorarios de Médico y Anestesiólogo.	Monto máximo con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Anestesiólogo monto máximo 35 % del honorario del cirujano Aplica Coaseguro

Honorarios Asistente Quirúrgico.	<p>Requiere Pre-autorización</p> <p>Monto máximo 25 % del honorario del cirujano</p> <p>Aplica Coaseguro</p>
Consultas Intra-hospitalarias.	Monto máximo por día con base en el costo usual, razonable y acostumbrado

II. Beneficios Quirúrgicos y No Quirúrgicos	
Paciente Externo	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Servicios Hospitalarios	
Procedimiento Quirúrgico y No Quirúrgico.	Aplica Coaseguro
Medicamentos/ Misceláneos y/o Materiales.	
Honorarios Médicos	
Por Cirugía Ambulatoria.	Aplica Coaseguro
Por Anestesiología.	<p>Aplica Coaseguro</p> <p>Monto máximo 35 % del honorario del cirujano</p>

III. Otros Beneficios	
Con Pre autorización del Área de Reclamos	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Quimioterapia y Radioterapia.	Aplica Deducible
Diálisis.	Aplica Coaseguro
Rehabilitación y Terapia.	<p>Monto máximo anual de \$ 1,500 USD</p> <p>Aplica Coaseguro</p>
Prótesis y Órtesis.	Aplica Coaseguro
Trasplante de Órganos.	Aplica Coaseguro
Fisioterapia.	<p>Monto máximo anual de \$ 1,500 USD</p> <p>Aplica Coaseguro</p>
Inhaloterapia.	50 % del costo del nebulizador con base en el costo usual, razonable y acostumbrado

IV. Otros Beneficios	
Con Pre autorización del Área de Reclamos y Pago Vía Reembolso	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Tratamiento de Acupuntura.	Monto máximo anual de \$ 300 USD Aplica Coaseguro
Salpingectomía.	Monto máximo por de \$ 500 USD Aplica Coaseguro
Vasectomía.	Monto máximo por evento de \$ 300 USD Aplica Coaseguro
SIDA - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.	15 % de la suma asegurada con monto máximo de \$ 50,000 USD Periodo de espera de 12 meses Aplica Coaseguro
Botas Ortopédicas.	Monto máximo por par de \$ 60 USD Se cubren dos (2) pares al año Aplica Coaseguro

V. Urgencias por Accidente	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Cubre lesiones sufridas accidentalmente dentro de las primeras 48 horas. Incluye la atención en el cuarto de urgencias y los honorarios del médico especialista.	Monto máximo para consulta de especialista con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Cobertura 100 %

VI. Urgencias por Enfermedad	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Incluye la atención en el cuarto de urgencias y los honorarios del médico especialista, atención dentro de las 48 horas de aparición de los síntomas (Enfermedad crítica detallada).	Monto máximo para consulta de especialista con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Cobertura 100 % Aplica Copago

<p>Enfermedades Críticas Detalladas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma en crisis. • Cefaleas intensas • Choque (shock) o estado de coma de cualquier clase excepto por alcohol o drogas ilícitas • Convulsiones • Crisis y/o emergencias hipertensivas • Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorios, circulatorio, urológico o gastrointestinal • Deshidratación severa • Dolor abdominal (incluye cólico renal, biliar) • Embolismo pulmonar, Trombosis venosa profunda • Enfermedad vascular cerebral • Gastroenteritis aguda severa • Hemorragia (digestiva, urinaria, pulmonar, otorrinolaringológica) • Insuficiencia respiratoria • Intoxicación severa • Neumonía, neumotórax • Otagia severa • Pérdida de conocimiento • Reacciones alérgicas agudas • Retención aguda de orina • Síndrome coronario agudo (angina de pecho, infarto agudo de miocardio) 	
<p>Ambulancia Terrestre.</p>	<p>Monto máximo por evento con base en el costo usual, razonable y acostumbrado</p> <p>Servicio 24/7 (veinticuatro horas siete días a la semana)</p> <p>Aplica Coaseguro</p>
<p>Ambulancia Aérea Local e Internacional</p>	<p>Monto máximo por evento con base en el costo usual, razonable y acostumbrado</p> <p>Servicio 24/7 (veinticuatro horas siete días a la semana)</p> <p>Aplica Coaseguro</p>

VII. Consulta en Sala de Urgencias	
Beneficio	Características y/o Condiciones
<p>Aplica únicamente para consultas con médico de turno.</p>	<p>Monto máximo por consulta de especialista con base en el costo usual, razonable y acostumbrado</p>

	<p>Aplica Coaseguro</p> <p>Atención en emergencia</p>
--	---

VIII. Urgencias en el Extranjero	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Incluye la atención en el Cuarto de Urgencia y los Honorarios del Médico Especialista. Pago vía reembolso.	Monto máximo con base en el costo usual, razonable y acostumbrado
Copago por Atención.	No aplica Copago en accidente

IX. Consulta Externa							
Beneficio	Características y/o Condiciones						
Consultas Médicas Externas (General y Especialistas).	<p>Monto máximo por consulta con base en el costo usual, razonable y acostumbrado</p> <p>Aplica Copago por consulta</p> <p>Consultas con médicos fuera de red Pago vía reembolso</p>						
Pruebas de Alergia.	<p>Monto máximo anual con base en el costo usual, razonable y acostumbrado</p> <p>Aplica Coaseguro</p> <p>Pago vía reembolso</p>						
Asesoría Nutriológica. Debe haber referencia por un médico y que sea necesario por diagnóstico.	<p>Máximo seis (6) consultas al año</p> <p>Aplica Copago por consulta</p> <p>Pago vía reembolso</p>						
Psiquiatría (Desórdenes Mentales y Nerviosos).	<p>Máximo 20 consultas al año</p> <p>Aplica Copago por consulta</p> <p>Pago vía reembolso</p>						
<p>Laboratorios e Imagenología.</p> <p>Se requiere que el diagnóstico médico se encuentre detallado en la orden de los exámenes.</p> <p>Se excluyen en esta cobertura los ultrasonidos por maternidad.</p>	<table border="1"> <tr> <td>Proveedores de red</td> <td>Proveedores fuera de red</td> </tr> <tr> <td>Aplica Coaseguro</td> <td>Aplica Coaseguro</td> </tr> <tr> <td>Pago directo</td> <td>Pago vía reembolso</td> </tr> </table>	Proveedores de red	Proveedores fuera de red	Aplica Coaseguro	Aplica Coaseguro	Pago directo	Pago vía reembolso
Proveedores de red	Proveedores fuera de red						
Aplica Coaseguro	Aplica Coaseguro						
Pago directo	Pago vía reembolso						

X. Farmacia	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Medicamentos Prescritos.	<p>Aplica Deducible anual local</p> <p>Aplica Deducible anual internacional</p> <p>Aplica Coaseguro</p>

XI. Maternidad y Beneficios del Recién Nacido	
Los límites particulares incluyen consultas ginecológicas, ultrasonidos, medicinas, gastos de hospital y honorarios médicos.	
Periodo de espera de 3, 6 o 12 meses (aplica lo especificado en la Póliza)	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Consultas Ginecológicas (Copago para médico especialista)	<p>Máximo nueve (9) consultas al año</p> <p>Aplica Copago por consulta</p>
Imagenología, Laboratorio, Patología y Medicamentos	<p>Máximo tres (3) ultrasonidos por embarazo</p> <p>Aplica Coaseguro</p>
Gastos de Hospital	
Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos (Paciente Interno o Paciente Externo): Pérdidas o abortos legales, complicaciones resultantes del embarazo.	Aplica Coaseguro
Gastos de Hospital: Parto Normal o Cesárea.	Aplica Coaseguro
Honorarios Ginecobstetricia: Parto Normal o Cesárea.	
Honorarios Anestesiólogo.	
Honorarios Asistente Quirúrgico.	<p>Con pre autorización</p> <p>Aplica Coaseguro</p>
Límites Particulares	
Cesárea y/o Parto Múltiple	Monto máximo de \$ 6,000 USD
Parto	Monto máximo de \$ 5,000 USD
Legrado	Monto máximo de \$ 2,500 USD
Aborto Espontáneo	Monto máximo de \$ 2,000 USD
Gastos de Recién Nacido	

Gastos de Hospital y Honorarios Neonatología, incluye la circuncisión al momento del nacimiento (0 a 9 días)	Monto máximo de \$ 3,000 USD Máximo nueve (9) días de hospitalización Aplican condiciones de la póliza a partir del día 10
Nacimientos Prematuros y Enfermedades Congénitas	
Nacimientos Prematuros y Enfermedades Congénitas	A partir del día 10 de nacido Monto máximo 20 % de la suma asegurada Aplican condiciones de la Póliza

XII. Programa del Niño Sano	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Consultas Médicas	
Costo usual, razonable y acostumbrado.	Monto máximo por consulta con base en el costo usual, razonable y acostumbrado
	Aplica Copago por consulta
	Cobertura desde el nacimiento hasta los 6 años de edad
	Control quincenal: edad menor a 1 mes
	Control mensual: edad de 1 a 11 meses
	Control semestral: edad de 1 a 2 años
	Control anual: edad de 2 a 6 años

XIII. Programa de Detección Oportuna Aplica Coaseguro	
Centros incluidos en la Red Médica y Pago Vía Reembolso	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Estudios de Detección de Cáncer Mamario.	Un examen al año
	Mujeres mayores de 40 años
	Pago vía reembolso fuera de red
Estudios de Detección de Cáncer Prostático.	Un examen al año
	Hombres mayores de 40 años

	Pago vía reembolso fuera de red
Estudios de Detección de Cáncer Cérvico Uterino.	Un examen al año Examen de Papanicolaou Pago vía reembolso fuera de red
Estudios de Detección de Diabetes.	Un examen al año Asegurados mayores de 40 años Examen de glucosa Pago vía reembolso fuera de red
Esquema Básico Oficial de Vacunación aprobado por el Ministerio de Salud Pública.	Niños hasta 6 años de edad Monto máximo con base en el costo usual, razonable y acostumbrado Pago vía reembolso
Tabla de Vacunas	
BCG. Nacimiento.	Monto máximo con base en el costo usual, razonable y acostumbrado
DPT (Difteria, Tétano, Tosferina). Al segundo, cuarto, sexto, décimo quinto mes de nacido, cuatro (4) a seis (6) años.	
Hepatitis B. Nacimiento, segundo y sexto mes de nacido.	
Influenza Tipo B. Al segundo, cuarto, sexto, décimo quinto mes de nacido	
Neumococo 13 Valente. Al segundo, cuarto, décimo quinto mes de nacido.	
Pentavalente (Hepatitis B., Hemophilus y DPT).	
Polio Oral. Al segundo, cuarto, sexto, décimo quinto mes de nacido.	
Rotavirus. Al tercero y quinto mes de nacido.	
SRP (Sarampión, Rubeola y Paperas). Al décimo quinto, cuatro (4) a seis (6) años, una vez.	
Varicela. 15 meses.	

XIV. Servicios Dentales Aplica Coaseguro	
Pago Vía Reembolso	
Beneficio	Características y/o Condiciones
RX Periapical (sólo molares impactadas).	Sólo muelas del juicio

	Pago vía reembolso
Extracciones Simples (sólo molares impactadas).	Monto máximo para cada extracción con base en el costo usual, razonable y acostumbrado
	Pago vía reembolso

XV. Servicios Dentales	
Pago Vía Reembolso	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Atención por Accidente.	Cobertura 100 % Monto máximo por evento con base en el costo usual, razonable y acostumbrado No aplica Copago

XVI. Servicios Oftalmológicos	
Pago Vía Reembolso	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Chequeo Oftalmológico Anual Opcional.	Monto a elegir de \$ 100 a \$ 250 USD

XVII. Chequeo Médico Anual	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Opcional.	Monto a elegir de \$ 100 a \$ 250 USD

XVIII. Cobertura Opcional Adicional	
Beneficio	Características y/o Condiciones
Servicios Odontológicos de Emergencia y Prevención.	Exámenes orales, extracciones simples (excepto molares impactadas), extracciones quirúrgicas, anestesia, periodoncia y endodoncia

VI. PADECIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON PERÍODO DE ESPERA

La Póliza cubrirá a partir del inicio del décimo tercer mes de cobertura continua del Asegurado en la Compañía, contado a partir de la fecha de cobertura efectiva, los gastos resultantes de los siguientes padecimientos y procedimientos quirúrgicos:

- a)** Circuncisión.
- b)** Cirugía de piso perineal, matriz u ovarios.
- c)** Cirugía funcional de nariz.
- d)** Endometriosis, dolor pélvico.
- e)** Enfermedades ano rectales.
- f)** Enfermedades de las amígdalas y adenoides.
- g)** Hernioplastías y eventraciones, cualquiera que sea su causa (incluyendo hernia hiatal y hernia de disco intervertebral).
- h)** Lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
- i)** Manejo quirúrgico o fragmentación de cálculos por litotripsia.
- j)** Padecimientos prostáticos.
- k)** Procedimientos quirúrgicos de columna vertebral.
- l)** Procedimientos quirúrgicos de vesícula y vías biliares.
- m)** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- n)** Tratamiento quirúrgico de tumoraciones mamarias.
- o)** Tratamiento quirúrgico de várices.

Una vez transcurrido el periodo de doce (12) meses, estos padecimientos y procedimientos estarán sujetos a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza. Este periodo de espera se puede modificar según como sea indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las condiciones o padecimientos preexistentes declarados en la solicitud que no se encuentren excluidos permanentemente, se cubrirán de acuerdo con el periodo de espera ininterrumpido establecido por la Compañía.

VII. VIGENCIA DEL SEGURO

1. Vigencia de la Póliza

Este contrato tiene una vigencia de un año, contado a partir de la fecha de vigencia que se expresa en las Condiciones Particulares de esta póliza y su periodo de cobertura es sobre la base de ocurrencia.

2. Cobertura Efectiva

Las coberturas especificadas en esta póliza surtirán efecto respecto a cada Asegurado, a partir de las doce horas del medio día de la fecha de Cobertura Efectiva indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. Derecho de Prórroga

Esta póliza podrá ser prorrogada por períodos anuales y permanecerá vigente, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma.

Las prórrogas de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que **La Compañía** convenga a la fecha de prórroga, con una previa solicitud del Contratante y mediante la aceptación clara y expresa de **La Compañía** dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de cada periodo. Deberá cumplirse con el mecanismo de comunicación previsto en estas Condiciones Generales para informar a los Asegurados.

El certificado de prórroga correspondiente, autorizado y expedido por **La Compañía**, será la prueba de la prórroga para el Contratante.

4. Indisputabilidad de la Póliza

La cobertura de los Asegurados será disputable únicamente durante los primeros dos (2) años de vigencia; sin embargo, siempre será disputable por declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado o Contratante, actuando con dolo.

El periodo de disputabilidad se iniciará:

- a) En la fecha en que se otorga la cobertura de cualquier Asegurado.
- b) Si la cobertura del Asegurado hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

5. Terminación de la Cobertura del Asegurado

Los beneficios que se conceden en virtud de esta póliza terminarán automáticamente al presentarse cualquiera de las causas enumeradas a continuación:

- a. Cuando el Asegurado Principal pierda su condición de tal, de acuerdo a las definiciones de esta póliza, en este caso, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado Principal como para los Familiares Asegurados inscritos en esta póliza.
- b. Cuando el Familiar Asegurado pierda su calidad de tal, de acuerdo a las definiciones y edades de esta póliza, en este caso, los beneficios del seguro terminarán para la persona que pierde su calidad de Familiar Asegurado de acuerdo a los términos de esta póliza.
- c. Por participación del Asegurado o Familiar Asegurado en actividades delictivas o presuntamente delictivas, o por las cuales el Asegurado o Familiar Asegurado sea privado de su libertad, o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido.
- d. Cuando el Contratante o el Asegurado incurran en omisiones y/o falsas declaraciones intencionales.
- e. Cuando sea aplicada la nulidad del contrato o de la cobertura para un Asegurado específico.
- f. Cuando ocurra la cancelación de la póliza.

6. Terminación de la póliza

Esta Póliza y todas sus coberturas terminarán el día que se declare la ocurrencia de cualquier de las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima por parte del Contratante de la Póliza al término del Período de Gracia, por lo tanto, la Compañía deberá aplicar el proceso que se describe en la cláusula “**PERIODO DE GRACIA**” mediante el cual deberá dar por terminado el contrato o mantener vigente el contrato y cobrar la prima por la vía ejecutiva, según lo indicado en esta cláusula.

- b. En los casos indicados en el apartado Declaración Inexacta u Ocultamiento
- c. Cuando en el aniversario de la Póliza ocurre una Colectividad Reducida, es decir, el número de Asegurados Principales en el contrato es menor a la base mínima de diez (10) asegurados titulares, y en el caso en que el Contratante comunique la no aceptación de la modificación tarifaria o no se manifestara dentro del plazo de diez (10) días hábiles, contado a partir del recibo de la propuesta de modificación de tarifa, se procederá con la terminación del contrato de seguro colectivo, en cuyo caso **La Compañía** lo notificará por escrito al Contratante y a los Asegurados bajo el mecanismo de comunicación previsto con el fin de no verse afectados en sus intereses.
- d. Cuando el Contratante, por su parte, decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de **La Compañía**, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza, previa aplicación del mecanismo de comunicación previsto para los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses.

En todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el Contratante, bajo su responsabilidad y dentro del plazo de treinta (30) días naturales previo a la terminación de la póliza, deberá comunicarlo a los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses. **La Compañía** verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizada por los asegurados.

7. LIMITACIONES

Los padecimientos congénitos, malformaciones o enfermedades congénitas estarán limitados al monto expresado en la Tabla de Beneficios. La suma de todos los servicios en ningún momento excederá el límite estipulado.

VIII. PRIMAS

1. Monto de las Primas

El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale **La Compañía** por concepto de prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. Forma y Frecuencia de pago

Las primas de esta póliza serán pagaderas por el Contratante en la oficina de **La Compañía** en la fecha de vencimiento del recibo, de acuerdo a la forma y frecuencia de pago estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso que la frecuencia de pago sea menor al año, se aplica una tasa de financiamiento por fraccionamiento de primas de la siguiente manera:

Periodicidad	Tasa de Financiamiento
Semestral	4%
Cuatrimstral	5%
Trimestral	6%
Bimestral	7%
Mensual	8%

3. Tarifas

Las tarifas están establecidas de acuerdo a la clase de riesgo, entendiéndose por clase los asegurados de una misma categoría o tipo, incluyendo pero no limitado a: beneficios, deducibles, grupos de edades, tipo de plan, o combinación de cualesquiera de ellos.

Cuando ocurra una Colectividad Reducida, es decir, que el número de Asegurados Principales en la Póliza de Seguro sea menor al mínimo de diez (10) asegurados titulares establecidos para la Colectividad Asegurada, **La Compañía**, podrá modificar la tarifa durante esa vigencia para que no se constituyan primas insuficientes y darle continuidad a la cobertura.

En todo caso, **La Compañía** podrá modificar la tarifa o prima a cobrar por este seguro en función de un estudio técnico que confirme con base en sus estadísticas o cálculos actuariales que las mismas son insuficientes o que adolecen de falta de equidad entre las diversas categorías de asegurados. El comunicado de **La Compañía** al Contratante y a los Asegurados deberá realizarse con al menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del contrato a efectos de que sus intereses no se vean afectados.

Cuando se trate de ajustes generales para todas las pólizas, los mismos estarán técnicamente sustentados ante la Superintendencia General de Seguros.

La Compañía podrá, mediante notificación escrita al Contratante con treinta (30) días naturales de anticipación a la prórroga del seguro, cambiar la tarifa que utilizará en lo sucesivo para calcular las primas por los beneficios detallados en las Condiciones Particulares, según se expresa a continuación:

- a) En el primer aniversario de la póliza siguiente a su fecha efectiva o en cualquier fecha de prórroga de la póliza,
- b) En cualquier fecha de vencimiento de modificación de la póliza.

La Compañía no tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, más de una vez durante el mismo período de doce meses consecutivos.

4. Periodo de Gracia

A partir de cualquier fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente, según la periodicidad de pago pactada en la Póliza, el Contratante gozará de un Período de Gracia de diez (10) días hábiles para pagar la Prima pactada. Si la prima no se recibe en **La Compañía** al final del Período de Gracia, ésta podrá tomar una de las dos siguientes acciones:

- a. Dar por terminado el contrato, quedando liberada **La Compañía** de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Contratante, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,
- b. Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, **La Compañía** será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Contratante 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 Contratante, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguiente a la fecha de caducidad.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al Contratante, cualquiera que ella sea.

5. Rehabilitación

Esta póliza podrá rehabilitarse bajo las siguientes condiciones:

- El Asegurado Principal deberá completar y firmar la Solicitud de Rehabilitación que provee la Compañía.
- La Solicitud de Rehabilitación y el pago de las primas atrasadas se recibirán en La Compañía en un plazo máximo de noventa (90) días naturales contados a partir de la fecha de caducidad de la póliza.
- La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha Solicitud de Rehabilitación.

En caso de no cumplir con cualquiera de los requisitos anteriores no se rehabilitará la póliza. Para ponerla nuevamente en vigor deberá seguir los trámites como si se tratara de una póliza nueva.

IX. BENEFICIOS CUBIERTOS

El Asegurado recibirá la atención médica de acuerdo al Plan Médico de la Compañía que el Contratante haya establecido, mismo que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y se detalla en la Tabla de Beneficios.

Los Servicios que el Contratante podrá adquirir y que se especificarán en las Condiciones Particulares de la Póliza son los que a continuación se establecen:

COBERTURAS BÁSICAS: Servicios proporcionados con sujeción a las Condiciones Particulares de la Póliza

1. Hospitalización

El Asegurado tendrá derecho a los siguientes servicios en caso de que sufra una Enfermedad amparada o un Accidente amparado. En la fecha de la atención, el Asegurado efectuará el Copago o Coaseguro que corresponda según lo estipulado en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza.

- A) Servicios Hospitalarios Paciente Interno.
 - Por Procedimiento Quirúrgico.
 - Por Procedimiento no Quirúrgico.
 - Unidad de Cuidados Intensivos.
 - Medicamentos.
 - Suministros y Materiales.
- B) Estudios de Diagnóstico Paciente Interno.
 - Laboratorio.
 - Imagenología.
 - Patología.
- C) Honorarios Médicos Paciente Interno.
 - Consultas Médicos de Cuidados Primarios.
 - Consultas de Médicos Especialistas.
 - Consultas en Cuidados Intensivos.
 - Por cirugía.
 - Por asistente quirúrgico.

- Por Anestesiología.
- D) Servicios Hospitalarios Paciente Externo.
 - Procedimiento Quirúrgico.
 - Procedimiento No Quirúrgico.
 - Medicamentos.
 - Suministros y Materiales.
- E) Estudios de Diagnóstico Paciente Externo.
 - Laboratorio.
 - Imagenología.
 - Patología.
- F) Honorarios Médicos Paciente Externo.
 - Por Cirugía incluyendo asistente quirúrgico.
 - Por Anestesiología.
- G) Servicios de Emergencia.
 - Cuarto de Urgencias (por Accidente, por Enfermedad y/o en el Extranjero).
 - Consulta en Sala de Urgencia.
 - Ambulancia Terrestre.
- H) Otros.
 - Quimioterapia y radioterapia.
 - Diálisis.
 - Rehabilitación y terapia.
 - Prótesis y órtesis (autorización previa de la Compañía).
 - Trasplantes de órganos (médula ósea autóloga, médula ósea orogénica, riñón, córnea, corazón, pulmón, páncreas e hígado).
 - Fisioterapia.
 - Inhaloterapia.

2. Prevención y Mantenimiento de la Salud

La Compañía proporcionará los Cuidados y Mantenimiento de la Salud a través de la Red de Proveedores. El Asegurado realizará el Copago o Coaseguro correspondiente en la fecha de la consulta o del servicio de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios que se otorgarán serán los siguientes:

A) Programa del Niño Sano.

Tiene por objetivo controlar y atender al menor de edad para detectar oportunamente cualquier problema que pueda poner en riesgo su salud. Contempla controles médicos e inmunizaciones básicas.

Desde el nacimiento y hasta la edad de 6 años.

- Control quincenal cuando la edad sea menor a 1 mes.
- Control mensual cuando la edad sea de 1 a 11 meses.
- Control semestral cuando la edad sea de 1 a 2 años.
- Control anual cuando la edad sea de 2 a 6 años.

A) Programas de Detección Oportuna.

Se le practicarán al asegurado estudios de rutina para detectar oportunamente los siguientes padecimientos:

- Aseguradas con edad mayor a 18 años: Aplicación del Papanicolau para la detección del Cáncer Cérvico Uterino (uno por año).
 - Asegurados con edad mayor a 40 años: Aplicación del Antígeno Prostático para la detección del Cáncer de próstata. Aplicación de Mamografía y Ultrasonido mamario para la detección de Cáncer de mama (uno por año en cada caso).
 - Asegurados con edad mayor a 40 años: Para la detección de la Diabetes se realizará el examen de glucosa.
- B) Aplicación de Inmunizaciones Básicas en Niños hasta 6 años únicamente.

3. Consulta Externa

El Asegurado realizará el Copago o Coaseguro correspondiente en la fecha de la consulta o del servicio, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios a los que tendrá derecho el Asegurado son los siguientes:

- A) Honorarios de Médicos.
- Consulta Médico de Cuidados Primarios (Familiar, General, Pediatra o Ginecólogo).
 - Consulta de Especialistas.
 - Cirugía en Consultorio
 - Pruebas de Alergia.
- B) Asesoría Nutriológica.
- C) Psiquiatría (Beneficio de Desórdenes Mentales y Nerviosos)
Se amparan los tratamientos psiquiátricos de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios, contado a partir de la fecha de la primera sesión y/o consulta, si a juicio del Médico Tratante el Asegurado requiere este servicio. d
- D) Auxiliares de Diagnóstico. Incluye los siguientes servicios:
- Imagenología.
 - Laboratorio.
 - Patología.

4. Farmacia

La Compañía reembolsará al Asegurado por los medicamentos prescritos en exceso del deducible pactado, hasta el límite establecido en la Condiciones Particulares de la póliza. El Asegurado participará en coaseguro de acuerdo al porcentaje establecido la Tabla de Beneficios adherida a esta póliza.

5. Servicios Dentales

El Asegurado tendrá el derecho a los siguientes servicios **sólo en caso de molares impactadas**. El Asegurado realizará el Coaseguro que corresponda en la fecha de recibir el servicio.

- RX Periapical.
- Extracciones Simples.

6. Embarazo y Maternidad

Solamente tendrá derecho al beneficio de maternidad la Asegurada Principal o Cónyuge inscrita en la póliza, según sea el caso, siempre y cuando el embarazo se inicie una vez transcurrido el periodo de carencia acordado, contado desde la fecha de su inclusión en la póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.

Para todos los efectos de este contrato, se incluirá bajo el término embarazo, todos los gastos médicos prenatales, el alumbramiento, gastos posparto, pérdidas o abortos legales, complicaciones resultantes del mismo, y en general cualquier atención médica que se requiera como consecuencia del mismo.

Cualquier complicación resultante del embarazo se considerará como un caso diferente a maternidad, siempre que hayan transcurrido treinta (30) días naturales a partir de la fecha de terminación del embarazo.

En caso tal de que esta póliza establezca la cobertura del Recién Nacido en la Tabla de Beneficios Máximos, la misma estará sujeta al límite máximo establecido en dicha tabla, siempre y cuando esta póliza esté en vigor y la madre esté amparada por el Beneficio de Embarazo y Maternidad conforme a esta cláusula.

En la fecha de la atención, la Asegurada efectuará el Copago o Coaseguro que corresponda según lo estipulado en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios a los que tendrá derecho la Asegurada serán los que a continuación se indican

- Consulta Ginecólogo.
- Laboratorio.
- Imagenología.
- Patología.
- Hospital Parto Normal.
- Hospital Parto Cesárea.
- Medicamentos y Materiales.
- Honorarios Ginecobstetricia Parto Normal.
- Honorarios Ginecobstetricia Parto Cesárea.
- Honorarios Neonatología.
- Honorarios Anestesiólogo,
- Honorarios Asistente Quirúrgico

COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL): Servicios proporcionados con sujeción a las Condiciones Particulares de la Póliza

7. Servicios Odontológicos Adicionales

A opción del Tomador se proporcionarán otros servicios odontológicos los cuales representan un cobro de prima adicional.

Estos servicios no tienen periodo de carencia ni pre-existencia y serán proporcionados por terceros (proveedores). Esta cobertura se divide en servicios odontológico denominados “Cobertura de Prevención” y servicios odontológicos denominados “Emergencias”.

a) Cobertura de Prevención

Í. Medicina Bucal. Examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento)

- ii. Periodoncia.** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- iii. Prevención.** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- iv. Restauradora y Operatoria.** Amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores, resinas fotocuradas en dientes posteriores y vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- v. Endodoncia.** Tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multirradiculares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capielos.
- vi. Cirugía.** Exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- vii. Radiografías.** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.
- viii. Ortodoncia.** Consulta inicial, modelo de estudio (cefalograma, Rx panorámica, foto de frente y perfil en yeso blanco), aparatología y colocación de la misma.

b) Emergencias

La atención de emergencias incluye el tratamiento inicial y medicación en los casos que se indican a continuación.

- i. Emergencias Endodónticas.** Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- ii. Emergencias Periodontales.** Curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- iii. Emergencias Protésicas.** Cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en los casos de estomatitis subprotésica.

Los tratamientos utilizados para atender las Emergencias son los indicados en la Cobertura de Prevención.

X. EXCLUSIONES

Esta Póliza en ningún caso cubrirá los gastos médicos ocasionados directa o indirectamente a consecuencia de:

- 1. Algún tratamiento o servicio que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.**
- 2. Padecimientos preexistentes no declarados en la solicitud de seguros.**

3. **Cualquier servicio o suministro que no sea, a juicio de la Compañía, médicamente necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión accidental.**
4. **Cualquier lesión o enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado afectado esté en servicio como miembro de cualquier fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**
5. **Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos .**
6. **Cualquier lesión o enfermedad en que el Asegurado participe por culpa de él mismo. Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable y/o sea participante el Asegurado.**
7. **Accidentes sufridos por el Asegurado mientras participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia y/o velocidad. La práctica profesional de cualquier deporte; participación en competiciones o exhibiciones de cualquier tipo; uso de Go-Karts, vuelo sin motor y ultraligeros, rapel y cualquier otro tipo de práctica de salto en caída libre o similares; artes marciales, box, motociclismo, lucha libre o grecorromana, aún de carácter amateur u ocasional.**
8. **Accidentes sufridos en viajes aéreos salvo que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado se encuentre viajando como pasajero.**
9. **Tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que no sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la vigencia de la póliza, salvo los especificados en las Condiciones Particulares de la póliza.**
10. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.**
11. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.**

- 12. Curas de reposo o descanso, controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vacunaciones, certificaciones médicas, así como cualquier otro examen que no haya sido previamente autorizado por La Compañía.**
- 13. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o en vías de experimentación.**
- 14. Tratamiento por Deficiencia o Sobreproducción de Hormona de Crecimiento, con excepción de Enanismo Deformante, siempre y cuando el Asegurado Principal o Familiar Asegurado que tenga esta condición haya nacido con la cobertura de esta póliza.**
- 15. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones auto inflingidas por el Asegurado o intento de suicidio; mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 16. Hospitalización por trastornos mentales o por desórdenes nerviosos funcionales.**
- 17. Enfermedades o Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas, tóxicos, drogas, narcóticos, estupefacientes o psicotrópicos y cuando dicho estado influya directamente para la realización del evento. Tratamientos contra el alcoholismo y otras toxicomanías, así como sus complicaciones. Se considera que el Asegurado está bajo los efectos del alcohol cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre o más, y bajo los efectos de tóxicos, drogas, narcóticos, estupefacientes o psicotrópicos cuando ha ingerido cualquier cantidad.**
- 18. Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la agudeza visual y los trastornos de la refracción visual. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el Estrabismo.**
- 19. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie; así como tratamiento cosmético o cirugía plástica, salvo la de tipo reconstructivo por accidente ocurrido estando esta póliza en vigor o por enfermedad cubierta por esta Póliza.**
- 20. Tratamiento médico o quirúrgico contra la obesidad. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, cirugía o tratamientos relacionados con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad o por cualquier otro diagnóstico.**

- 21. Abortos y legrados uterinos punibles.**
- 22. Tratamientos médicos o quirúrgicos para procurar la procreación, control de la natalidad, así como para la impotencia sexual, salvo que la impotencia sexual sea a consecuencia directa de un evento cubierto. Tratamientos o cirugía por Gigantomastia.**
- 23. Transplante de órganos ni sus consecuencias, salvo los amparados en esta póliza. En caso de que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se excluye cualquiera gratificación o remuneración que el donante reciba.**
- 24. Se excluye cualquier gasto efectuado por tratamiento o intervención quirúrgica a consecuencia de una enfermedad o padecimiento cubierto por esta póliza que se origine al participar el Asegurado Principal o Familiar Asegurado como donante.**
- 25. Medicinas sin prescripción facultativa.**
- 26. Terapias recreacionales o educacionales.**
- 27. Enfermedades de transmisión sexual, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- 28. Lesiones y/o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva o nuclear, salvo las derivadas por el tratamiento de un evento cubierto.**
- 29. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o intervención quirúrgica de los padecimientos, lesiones o afecciones, que no fueron indemnizadas ni amparadas dentro de la vigencia del presente Contrato y de las expresamente excluidas en esta póliza.**
- 30. En ningún caso se cubrirán la renta o compra aparatos auditivos.**
- 31. Las Enfermedades o Malformaciones Congénitas de hijos del Asegurado no nacidos durante la vigencia de la póliza.**
- 32. Cualquier gasto realizado fuera de la vigencia de la póliza.**
- 33. Tratamientos naturistas y vegetarianos, así como tratamientos médicos con base a hipnotismo y tratamientos experimentales con sustancias químicas**

para reducir o eliminar las placas artero-escleróticas y/o controlar el exceso de lípidos en la sangre por quelaciones o tratamientos similares.

34. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales por enfermedad, que no sean expresamente autorizados por La Compañía.
35. Tratamientos de quiropodista o de pedicuro, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, arco débil, plantillas especiales, tratamientos o cirugías por Hallux Valgus o "juanetes" y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos.
36. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje y déficit atencional; apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica a consecuencia del tabaquismo, alcoholismo, obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en esta póliza.
37. Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, cónyuge) del Asegurado o el mismo Asegurado, hasta el segundo grado de consanguinidad.
38. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en la clínica u hospital, excepto cama extra, así como el gasto de los acompañantes en el traslado del asegurado como paciente.
39. Cirugía o tratamiento alveolar, gingival, dental o Maxilofacial, así como el Síndrome temporo-mandibular excepto los cubiertos por accidente.
40. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentenas y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

XI. PAGO DE RECLAMOS

Las obligaciones que asume **La Compañía** conforme a este Contrato, sus cláusulas y Beneficios contenidos en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en el Certificado Individual, se harán efectivas de acuerdo con las siguientes bases:

1. Periodo de Pago de Gastos

La obligación de **La Compañía** terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
- b) Al agotarse el beneficio máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
- c) Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio,
- d) Al prescribir el gasto según lo establecido en la Ley.

El aviso escrito de cualquier enfermedad, padecimiento o lesión en que se base la reclamación deberá presentarse a **La Compañía** a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la incapacidad que produjo la enfermedad. La prueba de tal lesión o enfermedad de le debe suministrar a **La Compañía** a más tardar a los noventa (90) días naturales después de haberse terminado el período por el cual los beneficios son pagaderos bajo esta Póliza.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza, sujetos a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días naturales después de haberse recibido y aprobado toda la documentación requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caso que la documentación aportada no estuviese completa o fuese defectuosa, **La Compañía** comunicará por escrito por una única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos, lo cual suspenderá el plazo de resolución del reclamo. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, **La Compañía** contará con el remanente del plazo original para resolver el reclamo y hacer el pago de la indemnización.

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

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

2. Pago de Reclamos

Los eventos atendidos se cubrirán directamente a los proveedores.

a) Determinación del importe del pago

La Compañía realizará el pago directamente al prestador de servicios y el Asegurado cubrirá el Copago o Coaseguro, según sea aplicable, directamente al prestador de servicios.

El importe del costo por la prestación de los servicios médicos en conjunto no será superior al Beneficio Máximo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) Honorarios Médicos

- i. Como máximo se cubrirá una consulta externa diaria por Médico y dos en hospitalización.
- ii. Los honorarios por ínter consulta de Médico Especialista se cubrirán siempre que la consulta haya sido autorizada por el médico tratante.

c) Otros

- i. La cirugía reconstructiva, no estética, se cubrirá siempre que sea médicamente necesaria a consecuencia de un accidente.

- ii. Se cubrirán los gastos que se realicen por el Donador a causa del Trasplante dentro del Hospital o Clínica, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios.
- iii. Transporte en Ambulancia Terrestre: este servicio se proporcionará para una urgencia médica hacia o desde un hospital. La indemnización máxima por este concepto se establece en la Tabla de Beneficios.

3. Restitución

El Contratante y los Asegurados se obligan solidariamente a restituir a **La Compañía** cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o inoportunidad de los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta póliza y a la Ley.

XII. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía, se efectuarán en Dólares de los Estados Unidos de América. En caso que se realice en moneda distinta a la contratada, se realizará al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

XIII. LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico,

financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

En testimonio de lo cual se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



FIRMA AUTORIZADA

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(los) registro(s) número P20-64-A05-509 de fecha 30 de mayo de 2019.