# PÓLIZA COLECTIVA DE SALUD (DOLARES)

## ALLYIS TECHNOLOGY SOLUTIOS S.R.

**Lugar de Emisión: Escazú, San José**
**Fecha de Emisión: 01 de julio de 2023**
**Número de Póliza: CRSC000001129**
**Vigencia: 01 de julio de 2026 hasta 30 de junio de 2027**
**Nombre del Tomador: ALLYIS TECHNOLOGY SOLUTIOS S.R**
**Número de Cédula Jurídica: 3-102-773538**
**Modalidad: No Contributiva**
**Correo: josseline@allyis.com**
**Dirección: San José, Pavas, Central**

---

### 1. PERSONAS ASEGURADAS

Para los efectos de esta póliza se entenderá como Asegurados a todos los miembros del Grupo que conforman **ALLYIS TECHNOLOGY SOLUTIOS S.R** Que:

**1.1.** Sea una persona física.

**1.2.** Haya sido reportada por el Tomador y aceptada por la Compañía.

**1.3.** Por la cual se paguen las primas.

| CUADRO DE CLASIFICACION | |
|---|---|
| PLAN 1 | PLAN TRADICIONAL $100.000 |

### 3. IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO O INTERÉS ASEGURADO

#### 3.1. COBERTURAS



**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

BMI - Internal

## TABLA DE BENEFICIOS

| SEGURO COLECTIVO SALUD | PLAN TRADICIONAL $100.000 |
|---|---|
| Cobertura | **Local** |
| Tipo de cobertura | **Fuera y Dentro del Hospital** |
| Límite Máximo, por Año Póliza, por persona | $100.000 |
| Límite de coaseguro Local (Excedente al 100%. Solamente aplican gastos por hospitalización.) | $2.500 |
| **Dentro de Red con Pre-autorización** | **80% - 20%** |
| **Dentro Red sin Pre-autorización, de los Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados que la Compañía hubiera pagado dentro de la Red de Proveedores si se hubiera pre-autorizado.** | **80% - 20%** |
| **Fuera de Red, de los Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados que la Compañía hubiera pagado dentro de la Red de Proveedores.** | **70% - 30%** |
| **Sin Pre-autorización Fuera del País de Residencia** | **50% - 50%** |
| **Tipo de Red** | **General BMI** |
| **Programa SIPTAL (Aplica únicamente bajo SIPTAL, con Pre-Autorización)** | **80% - 20%** |
| **Hospital Clínica Bíblica y Hospital Cima, de los Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados que la Compañía hubiera pagado dentro de la Red de Proveedores** | **70% - 30%** |
| Periodos de espera | 30 días después de la Fecha de Inicio de la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas. |
| Condiciones Preexistentes | Periodo de espera ininterrumpido de 12 meses, de acuerdo con la evaluación de la solicitud de seguros |
| **MAXIMO DEDUCIBLE AGREGADO 3 POR FAMILIA** | |
| Deducible por año Póliza Local | $100 |
| **COBERTURAS AL 100% - SIN APLICAR DEDUCIBLE** | **PLAN TRADICIONAL $100.000** |
| Emergencia Médica Por Accidente | En la Sala de Urgencias. 100% de los cargos elegibles las primeras 24 horas luego de ocurrido el Accidente. Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados.<br><br>**Máximo consulta Médico General $100**<br>**Máximo consulta Médico Especialista $165** |
| **COBERTURAS AL 90% - SIN APLICAR A DEDUCIBLE** | **PLAN TRADICIONAL $100.000** |
| Atención Médica Primaria | Cobertura únicamente en la República de Costa Rica. Servicios de atención médica al 90%. Sólo en Red de Proveedores: Hospital Metropolitano, Hospital La Católica, Blue Medical, Centro Médico San Joaquín, Hospital Universal Cartago, Centro Médico La Asunción, Centro Médico Jackson Memorial, Hospital Cooperativo, Hospital Unibe. |
| **CONSULTAS AMBULATORIAS (MÉDICO GENERAL Y ESPECIALISTA)** | **PLAN TRADICIONAL $100.000** |
| Consultas ambulatorias (Médico general y Especialista) **(Hasta $80)** | **Dentro de la Red de Proveedores**, con pre-autorización:<br>No aplica Deducible, ni Coaseguro, ni Copago.<br><br>**Fuera de la Red de Proveedores**, o sin pre-autorización:<br>Aplica Deducible, no Aplica Coaseguro, ni Copago. |


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

| COBERTURAS AL COASEGURO - SIN APLICAR DEDUCIBLE | PLAN TRADICIONAL $100.000 |
|---|---|
| Emergencia Médica por Enfermedad | Aplica al coaseguro de la póliza.<br>Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados.<br><br>**Máximo consulta Médico General $100**<br>**Máximo consulta Médico Especialista $165** |
| * Lista de enfermedades: hemorragias, convulsiones, dolor pre-cordial en sus primeras doce (12) horas o infarto del miocardio, dolor abdominal agudo, insuficiencia respiratoria severa, estados de shock, episodios neurológicos agudos, deshidratación, crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, trombosis, fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento o confusión, intoxicación aguda, cólico renoureteral o biliar, vómito y diarrea severas, reacción alérgica aguda, retención aguda de orina, así como cualquier otra enfermedad definida como emergencia médica o urgencia. | |
| Medicamentos Ambulatorios | Únicamente en Farmacias La Bomba, Farmavalue y Santa Lucía |

| COBERTURAS AL COASEGURO - DESPUÉS DEL DEDUCIBLE | PLAN TRADICIONAL $100.000 |
|---|---|
| Cuarto y Alimento diario por día (Local) | $400 |
| Unidad de cuidados intermedios por día (Local) | $500 |
| Unidad de Cuidados Intensivos por día (Local) | $1.000 |
| Máxima Estadía Hospitalaria | Ilimitado. |
| Trasplante de Órganos | Límite Máximo Vitalicio $100.000 |
| Honorarios de Cirujano | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |
| Honorarios de Anestesiólogo | 30% del Cirujano Principal. |
| Honorarios de Cirujano Asistente | 20% del Cirujano Principal (alta complejidad) |
| Servicios Médicos y Quirúrgicos dentro del hospital | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados |
| Consultas Médicas Intrahospitalarias | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados |
| Medicamentos Hospitalarios | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. (Se cubrirán los medicamentos al momento del Alta Médica por un máximo de 10 días de tratamiento). |
| Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados |
| Prótesis Quirúrgicas | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados |
| Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Hospitalizado (Hospitalización de un Dependiente Menor de 18 años) | $100 diarios - Máximo 6 días por año póliza |
| Práctica recreativa de deportes | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |
| Servicio de Ambulancia Local | $200 por evento |
| Transportación Aérea de Emergencia Médica (Por evento) | Vuelo interno $1.500<br>Vuelo internacional según área de cobertura contratada $10.000 |
| Servicios Ambulatorios | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |
| Cirugía Ambulatoria | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |
| Exámenes de imagenología ambulatorios | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados |
| Exámenes de laboratorio ambulatorios | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados |
| Medicamentos Ambulatorios | Cobertura al coaseguro. La pre-autorización fuera del país de residencia es obligatoria. La falta de pre autorización resultará en una reducción del 50% en los gastos elegibles que se hubiesen pagado dentro de la Red. |
| Terapia **(Máximo 50 sesiones al año) Solo con Pre-autorización.** | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |
| Cobertura Dental de emergencia por Accidente | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |
| Extracción de Terceras Molares impactadas | $175 por c/u, se cubren los RX |
| Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos | Limite máximo de $1.000 |
| Tratamiento de Alergias | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. |



**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

| | |
|---|---|
| Pruebas de Alergias | Limite máximo de $300 |
| Cobertura por VIH – SIDA | Límite Máximo Vitalicio $15.000 |
| Tratamiento de Enfermedades Sexualmente Transmisibles | $1.000 Dentro de la Red, **con pre-autorización.** |
| Cirugía Reconstructiva | Médicamente necesarias, según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados, producto de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, con pre-autorización, en la red de proveedores. |
| Consulta Nutricional | Médicamente necesarias, según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados, producto de una enfermedad cubierta por esta póliza, recetado por el médico tratante, con pre-autorización, en la red de Proveedores. |
| Tratamiento por Alcohol y drogas **(Límite Máximo $300)** | Médicamente necesarias, según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados, recetado por el médico tratante, con preautorización, en la red de proveedores. |
| Atención y prevención de la patología músculo esquelética y de columna vertebral | Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. Dentro de SIPTAL, con pre-autorización. |

## MEDICINA PREVENTIVA

| COBERTURAS AL COASEGURO - DESPUÉS DEL DEDUCIBLE | PLAN TRADICIONAL $100.000 |
|---|---|
| Papanicolau | Aplica a la asegurada titular y cónyuge. Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. Incluye examen y consulta, una vez por año póliza. |
| Mamografía | Aplica a la asegurada titular y cónyuge (mayores de 40 años). Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. Un examen al año. |
| Salpingectomía | (Ligadura de trompas) Aplica a la asegurada titular y cónyuge. **Cobertura límite de $600.** |
| PSA (Antígeno Prostático Específico) | Aplica al asegurado titular y cónyuge (mayores de 40 años). Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados. Incluye examen y consulta, una vez por año póliza. |
| Vasectomía | Aplica al asegurado titular y cónyuge. **Cobertura límite de $300** |

| COBERTURAS AL 50%- 50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE | PLAN TRADICIONAL $100.000 |
|---|---|
| Consultas Psicológicas y Consultas Psiquiátricas | Se cubren únicamente consultas médicamente necesarias, **Límite máximo por consulta $60.** **Límite máximo de $1.800 por año póliza.** |
| Calzado Ortopédico | **Límite máximo de $100** (máximo 2 al Año) |
| Inhaloterapias | Límite máximo de $75 al año |
| **MATERNIDAD NO APLICA AL LÍMITE DE COASEGURO** | |
| **COBERTURAS AL COASEGURO - DESPUÉS DEL DEDUCIBLE** | **PLAN TRADICIONAL $100.000** |
| Parto Normal * | $2.500 |
| Cesárea * | $2.500 |
| Complicaciones de Maternidad ** | $20.000 |
| Aborto Espontáneo | $2.500 |
| Control de Niño Sano | $350 (Hasta los 6 años de edad). Aplica solamente local. Máximo por año póliza para consulta y vacunas que indica el Ministerio de Salud. Contra Reembolso. |
| Enfermedades del Recién Nacido | $15.000 (Cobertura los 15 primeros días de nacidos y con maternidad cubierta. (Incluye cualquier enfermedad, condiciones médicas o desórdenes diagnosticados antes de que el Asegurado cumpla los quince (15) días naturales de nacido). Vitalicio |
| * Incluye los gastos de recepción de recién nacido, atención de parto por gineco obstreta, asistente en caso de cesárea, anestesia general o epidural) | |



**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

**Se consideran Complicaciones de Maternidad, las que a continuación se indican: Embarazo ectópico; Edema y proteinuria gestacionales (inducidos por el embarazo) sin hipertensión; Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo); Preeclampsia y Eclampsia; Hemorragia precoz del embarazo; Amenaza de aborto; Infección de las vías genitourinarias en el embarazo; Diabetes mellitus que se origina con el embarazo; Atención materna por desproporción conocida o presunta; Atención materna por isoinmunización Rhesus; Atención materna por muerte intrauterina; Atención materna por déficit del crecimiento fetal;Atención materna por crecimiento fetal excesivo; Polihidramnios; Oligohidramnios; Ruptura prematura de las membranas; Placenta previa; Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae);Parto prematuro; Hemorragia postparto; Retención de la placenta o de las membranas; Sepsis puerperal; Infecciones de la mama asociadas con el parto.

## Coberturas Adicionales Opcionales

| COBERTURAS AL 100% - SIN APLICAR DEDUCIBLE | PLAN TRADICIONAL $100.000 |
|---|---|
| **Chequeo Preventivo Anual** (Aplica Titular) | $150 Consulta y Examen (1 por año póliza, dentro de la Red con Pre-autorización) |
| **Beneficio Óptico:** Según Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados, Consulta y Examen o costo de aros, lentes y lentes de contacto, medicamente necesarios por referencia de un oftalmólogo o un optometrista. **(Aplica Titular)** | $100 Consulta y Examen (1 por año póliza, dentro de la Red con pre-autorización). |

## Nota:

- Los chequeos anteriormente mencionados cuentan con un periodo de espera de 12 meses.

## Coberturas de Servicios

| | Aplica para titular y dependientes |
|---|---|
| **Tarjeta Más Colectivo** | Copago por evento: **₡8.000 + IVA**<br>Orientación Médica Telefónica \| Ilimitada y gratuita. No aplica copago<br>Visita de Médico General \| Ilimitada.<br>En caso de ser necesario el médico aplicará la primera dosis de tratamiento sintomático y realizará la prescripción de la continuidad del tratamiento si amerita.<br>Servicio de Ambulancia de Soporte Avanzado dentro del GAM \| Ilimitada. Previa coordinación del médico que realiza la visita. No aplica copago<br>Consulta de Medicina General vía Telemedicina Ilimitada.<br>Segunda Opinión Médica Internacional a Distancia.<br>Tarifas y Descuentos Especiales en servicios entre los que se<br>incluyen, pero no se limita solamente a:<br>servicios oftalmológicos, servicios estéticos y de spa, descuentos en laboratorios, bancos de células madre, servicios dentales, entre otros, consultar en página web www.segurosbmicr.com o a través del número 4001-5256. |
| Cobertura Opcional de Servicios Odontológicos (Aplica Titular Solo) | **Plan Emergencias Completa** |



**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

**SIGMA DENTAL**
**PLAN DE EMERGENCIA COMPLETA**

| Coberturas |
|---|
| **Emergencias:** Endodónticas, Periodontales, Protésicas. |
| **Radiografías** |
| **Tratamiento:** Medicina Bucal, Periodoncia, Restauradora y Operativa, Endodoncia, Cirugía |

**CONDICIONES ESPECÍFICAS**
**CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN**

- Los beneficios que se establecen en la tabla de beneficios, detallada en este documento. Para más información sobre las condiciones de este contrato por favor refiérase a la documentación contractual que integran este producto que están registrados ante la Superintendencia General de Seguros.
- Quedan excluidos de cobertura todos los tratamientos con medicamentos biológicos indicados para el manejo, control o tratamiento del diagnóstico Psoriasis.
- Se otorgan las siguientes condiciones a los Asegurados de nuevo ingreso o con menos de 12 meses de haber sido incluidos en la Póliza:

  - Aplica el periodo de espera de 30 días correspondiente en la Póliza.
  - Aplica el periodo de espera correspondiente a 12 meses para Chequeo Médico Preventivo.
  - Aplica el periodo de espera correspondiente a 12 meses para Beneficio Óptico.
- Se cubren maternidades en curso siempre y cuando el Asegurado venga de un seguro anterior, de acuerdo con la siguiente tabla:

| MATERNIDADES EN CURSO | |
|---|---|
| **Período de gestación** | **Cobertura** |
| Menos de 180 días de gestación | 80% del monto contratado |
| Más de 180 días de gestación | 50% del monto contratado |

- Se cubren enfermedades preexistentes según términos y condiciones de la Póliza después de pasado el periodo de espera ininterrumpido de 12 meses correspondiente.
- Cobertura para Preexistencias y Enfermedades Graves de nuevas inclusiones (periodo de espera ininterrumpido de 12 meses): las nuevas inclusiones deberán llenar Solicitud de Seguros e indicar si padece o ha padecido de: Accidentes graves, Artritis, Enfermedades Autoinmunes, Enfermedades genéticas, Cáncer, Cirugía mayor, Enfermedades de la sangre, Enfermedades mentales, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA), Alcoholismo, Bronquitis Crónica Obstructiva, Cirrosis , Cisticercosis, Demencia, Diabetes Insulina Dependiente, Diabetes Juvenil, Diálisis, Enanismo, Encefalomielitis, Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Crohn, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad Fibroquística del Páncreas, Enfisema, Esclerosis Múltiple, Esquizofrenia , Hemiplejia / Cuadriplejia , Hemofilia , Hepatitis Crónica , Hidrocefalia , Leucemia , Lupus Eritematoso , Neurosis , Pancreatitis Crónica, Parálisis Cerebral, Paranoia, Psicosis , Riñón Poliquístico, Síndrome de Down, Tumor Cerebral General, Enfermedades del Corazón y de los Vasos Sanguíneos,


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

enfermedades de la Columna y Enfermedades, Neurodegenerativas. En caso de que se declare alguna de estas condiciones estas serán analizadas en la suscripción.

- Las nuevas inclusiones de asegurados con edad mayor o igual a 50 años deberán llenar Solicitud de Inscripción para la Póliza de Seguro Colectivo de Salud (ampliada), y declarar estado de salud.
- En caso de que un Propuesto Asegurado cuente con una Póliza de seguro anterior, deberá presentar a la Compañía de Seguros el último certificado de seguro que evidencie la cobertura, así como el detalle de la siniestralidad presentada en años anteriores, con la fecha hasta la cual estuvo Asegurado. La Compañía de Seguros evaluará el caso y podrá hacer excepciones en cuanto a la inclusión a la Póliza de dicho Propuesto Asegurado. En caso de que no se adjunte dicho documento se considerará Asegurado nuevo.
- Aquellos Asegurados que no ingresaren al grupo siendo elegibles al momento de la emisión de la Póliza o que no soliciten ingresar al grupo asegurable dentro de los 30 días posteriores a su fecha elegible, o que habiéndolo hecho se hayan retirado del mismo, podrán ingresar a la Póliza previa aceptación expresa de la Compañía de Seguros, la misma que tiene la facultad de negar, limitar o condicionar dicho ingreso. La Compañía de Seguros podrá evaluar el riesgo y se reserva la facultad de otorgar o no la cobertura de condiciones preexistentes, sean éstas declaradas o no. Se define Entrante Tardío a aquel Asegurado que a pesar de ser elegible no ingresó a la Póliza dentro de los primeros 30 días continuos desde la emisión de esta, sino que lo hace posteriormente.
- Para los dependientes que ingresen a la Póliza en una fecha diferente a la fecha de ingreso del titular, deberán completar la Solicitud de Seguros y se realizará la evaluación de salud correspondiente.
- Se aplican los siguientes periodos de espera para los tratamientos descritos:

| | |
|---|---|
| Neoplasma Maligno, Tumor Maligno o Cáncer de cualquier tipo | 12 meses |
| Catarata | 12 meses |
| Procedimiento sobre las amígdalas o adenoides, cornetes, senos paranasales, cavidad nasal, paladar blando, faringe y asma | 12 meses |
| Enfermedades de la Tiroides | 12 meses |
| Vesícula y Vías Biliares | 12 meses |
| Litiasis del Sistema Urinario | 12 meses |
| Padecimientos Prostáticos | 12 meses |
| Tumores de útero, trastornos del piso pélvico e incontinencia urinaria, enfermedades de las glándulas mamarias | 12 meses |
| Padecimientos Ano Rectales | 12 meses |
| Hernias de cualquier tipo (internas y externas), ya sea por enfermedad o accidente | 12 meses |
| Cirugía de rodilla excepto la ocasionada por un accidente cubierto por la Póliza | 12 meses |
| Várices | 12 meses |
| Hipertensión Arterial | 12 meses |
| Artritis de cualquier tipo, lupus eritematoso sistémico, fibromialgia y gota | 12 meses |
| Padecimientos crónicos y degenerativos osteoarticulares, incluyendo columna vertebral | 12 meses |
| Condiciones relacionadas con el colesterol y elevación de otros lípidos en sangre y de la glucosa | 12 meses |


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

- Cada nuevo Asegurado debe de presentar su respectiva “Solicitud de Inscripción”.
- La Compañía de Seguros se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier riesgo sujeto a estudio en un plazo de 30 días naturales, después de recibida la información de emisión completa por parte del tomador.
- La Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar a los Asegurados cualquier examen médico que se considere necesario para la evaluación del riesgo en el proceso de inclusión del Propuesto Asegurado en la Póliza.
- Cualquier cambio en el censo y/o reporte de siniestros, genera una reevaluación de la propuesta por parte de la Compañía de Seguros.
- Las primas de renovación estarán sujetas a estudio de siniestralidad e inflación médica.
- Si al momento de la renovación o en cualquier fecha de la Póliza el número de Asegurados es menor al setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad de Asegurados en la fecha de emisión de la Póliza, o de la cantidad de Asegurados elegibles para el seguro, la Compañía de Seguros podrá cancelar la Póliza notificando al Tomador con al menos 30 días calendarios antes de la fecha efectiva de cancelación.
- Cuando el seguro es de modalidad Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos elegibles para el seguro.
- Una vez transcurrido el periodo de dos (2) años a partir del perfeccionamiento del contrato, salvo cuando la persona Asegurada hubiera actuado con dolo, la Compañía de Seguros no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas. También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.


San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### Red Médica de Proveedores

Es administrada por nuestro Third Party Administrator (TPA), Total Travel Services (TTS), cuya misión es ofrecer a sus clientes la coordinación de los servicios médicos y la administración de los reclamos. Para cumplir con este objetivo la empresa cuenta con una amplia red de proveedores en Costa Rica, Centroamérica y otros países de Latinoamérica. Nuestra principal tarea consiste en ofrecer a los Asegurados el acceso más oportuno a una selecta y completa red de hospitales, clínicas, médicos, centros de diagnóstico, laboratorios, farmacias, médicos, paramédicos y otros profesionales de la salud, con tarifas Usuales, Razonables y Acostumbradas, negociadas de previo.

La Red Médica de Proveedores está conformada por:

- 19 hospitales principales del país.
- Más 600 Profesionales de la salud.
- 120 sedes de Laboratorios.
- 60 centros Médicos.
- 20 centros de Diagnósticos.
- Cadena de farmacias con servicio express.
- Otros (proveedor de traslado aéreo y terrestre, equipo médico, etc.)

Para las asistencias médicas, ponemos a la disposición de los Asegurados los siguientes canales 24/7: Teléfono: (+506) 4001-5256 / asistencia@bmicos.com

Para efectos de esta Oferta, aplica la Red indicada en la Tabla de Beneficios.

### Promesa de Pago de Reclamos

Se realiza por transferencia electrónica a nuestros Asegurados en un plazo de 5 días hábiles, siempre y cuando se presente la documentación completa solicitada para este proceso.

### Procedimiento de Reembolso

En el caso de que el Asegurado solicite un pago por reembolso, esto se realizará según las condiciones que indica la Tabla de Beneficios con los siguientes pasos:

1. Recopilar la documentación que compone un reclamo:
   a. Formulario de Reclamación

   Solicita tu Reembolso

   b. Respaldo de los gastos (facturas electrónicas desglosadas)
   c. Información Médica
2. Generar un nuevo trámite a través del siguiente canal:
   a. Enviar un correo con toda la documentación recopilada a la dirección: reclamossaludcr@bmicos.com (Hasta 5mb)


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

   b. A través del Formulario en línea: https://www.bmicos.com/reclamos/reclamos-salud/reclamos-por-reembolso/
3. Recibirá un correo de confirmación con el número de caso.
4. En caso de que se solicite información adicional o complementaria se debe responder sobre el mismo correo con el número de caso.
5. Recibirá una notificación con la resolución del reclamo:
   a. Pagado por transferencia
   b. Pagado por cheque
   c. Aplicado al deducible
   d. Denegado
6. Una vez recibida la notificación de la resolución, el Asegurado estará recibiendo en un plazo máximo de 48 horas el dinero en la cuenta bancaria proporcionada.
7. Se cierra el reclamo.
8. En caso de no estar de acuerdo con la resolución del reclamo, o dudas sobre el mismo, se habilita el siguiente correo de servicio al cliente: reclamoscr@bmicos.com (**notar que es diferente al correo de nuevo trámite**). En este correo puede consultar sobre:
   a. Solicitud de Comprobantes de Pago
   b. Solicitud de Revaloración de Reclamos
   c. Estado del Deducible
   d. Reportes de Siniestralidad
   e. Consultas sobre estatus de reclamos
   f. Apelaciones.

### Pago Directo Farmacias

Pago directo ya sea para entrega a domicilio o despacho en la sucursal en las siguientes farmacias (una vez que el Asegurado ya haya superado su deducible):

- Farmacias Fischel en sus 50 sucursales ubicadas en todo el país.
- Farmacias La Bomba ubicadas en todo el país.
- Farmacia La Botica en sus 9 sucursales.
- Todas las sucursales de FarmaValue.
- Farmacia Especializada en sus 3 sucursales: en esta farmacia solo aplica para compra de medicamento en la sucursal.

El procedimiento es el siguiente:

1. El Asegurado debe hacernos llegar la receta médica y el formulario de reclamos debidamente lleno por el médico tratante, ya sea por correo electrónico o bien adjuntándolos al formulario del siguiente código QR:

   Solicita tu Asistencia

2. El departamento médico evalúa la cobertura y de aprobarse se notifica al Asegurado y se envía carta de garantía al proveedor.


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

3. Si es entrega a domicilio el proveedor se comunica con el Asegurado para coordinar la entrega, si es despacho en sucursal el Asegurado acude a la sucursal indicada una vez que la compra fue aprobada.
4. El Asegurado debe pagar en el momento de la entrega lo correspondiente a coaseguro.

### Atención Médica Primaria (AMP)

Es un sistema de atención integral de la salud para nuestros Asegurados de pólizas colectivas, en condiciones ambulatorias (consulta externa) que no tengan más de dos días desde su aparición, dentro de las instalaciones de hospitales, clínicas y centros médicos de mediana y alta complejidad a través de Médicos Generales. Lo anterior garantiza un acceso oportuno, sencillo y directo a servicios médicos de alta calidad dentro de una red de proveedores de AMP, que permite resolver problemas de salud a través de un médico general, ya que por la naturaleza de la condición no requieren de atención con médico especialista, ni atención en sala de urgencia ni de observación. No deberá utilizarse para consultas por múltiples diagnósticos, tampoco aplica para el seguimiento de la condición atendida.

En los centros de atención de la red de proveedores de AMP, los médicos del sistema de AMP cuentan con protocolos médicos específicos para cada condición médica o patología que se presente, estos protocolos pueden incluir servicios de apoyo tales como laboratorios básicos, radiografía de tórax o abdomen y ultrasonido de abdomen.

Los medicamentos recetados para uso ambulatorio relacionados con el motivo de consulta en atención medica primaria, tendrán cobertura bajo este esquema hasta un máximo de 5 días de tratamiento y deberán ser exclusivamente medicamentos genéricos, en caso de que existan. En el caso de los antibióticos prescritos que superen los 5 días de tratamiento, se aplicará las condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios de la Póliza.

El acceso al sistema AMP se lleva a cabo mediante la programación por parte del Asegurado, de una cita directamente con el centro médico. En todos los casos, la Compañía de Seguros debe autorizar el servicio y se hará cargo del pago al proveedor de salud (no aplica por reembolso). La Compañía de Seguros cubrirá los servicios de AMP al 90% (no aplica deducible ni copago), a menos que se indique lo contrario en la Tabla de Beneficios.

Los casos complejos que requieran observación, exámenes de alta complejidad, hospitalización, referencias a terapias o atención por parte de un médico especialista, serán remitidos a la Red de Proveedores BMI, y se aplicarán las condiciones de la Póliza.

| Proveedores de Atención Médica Primaria | |
|---|---|
| HOSPITAL METROPOLITANO | Teléfono: 2521-9675 Ext:2<br>Correo: preautorizaciones@metropolitanocr.com<br>Horario: L-V: 7am-4pm / S: 7am-12md<br>Sucursales:<br>Hospital Metropolitano Cariari 3<br>Hospital Metropolitano Lindora<br>Hospital Metropolitano Lincoln Plaza<br>Hospital Metropolitano Huacas<br>Hospital Metropolitano San Carlos<br>Hospital Metropolitano Quepos<br>Hospital Metropolitano Liberia |


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

| | |
|---|---|
| HOSPITAL LA CATÓLICA | Teléfono: 2246- 3525<br>Correo: atenciónprimaria@hospitallacatolica.com<br>Horario: L-V: 8am-4pm / S: 8am-11am<br>Dirección: San Antonio de Guadalupe, Goicoechea, San José frente a los Tribunales de Justicia. |
| Blue Medical | Teléfono: 4031-4000<br>Horario: L-V: 7am-8pm / S: 7am-6pm<br>Correo: autorizacionescr@mibluemedical.com<br>Dirección: San José, Escazú, San Rafael, 200mts sur de la entrada principal de Multiplaza Escazú. Centro Comercial Boulevard.<br><br>Teléfono: 4031-4000<br>Horario: L-V: 7am-8pm / S: 7am-6pm<br>Correo: autorizacionescr@mibluemedical.com<br>Dirección: C3 Cariari Corporate Center (Antiguo Real Cariari). Cariari, Heredia.<br><br>Teléfono: 4031-4000<br>Horario: L-V: 7am-8pm / S: 7am-4pm<br>Correo: autorizacionescr@mibluemedical.com<br>Dirección: Radial Francisco J. Orlich, Provincia de Alajuela, Alajuela, Centro Comercial City Mall, entre piso 2, local 126. |
| CENTRO MÉDICO SAN JOAQUÍN | Teléfono: 2265-3147 WhatsApp 7010-8167<br>Horario: L-V: 8am-6pm / S: 8am-3pm<br>Correo: info@centromedicosanjoaquin.com<br>Copiar a: preautorizaciones@centromedicosanjoaquin.com<br>Dirección: Heredia. San Joaquín de Flores. 600mts oeste del Banco Nacional. |
| HOSPITAL UNIVERSAL CARTAGO | Teléfono: 4052-5700 / 8681-1360<br>Horario: L-V: 7am a 7pm / S: 8am a 12md<br>Correo: seguros@hospitaluniversal.com<br>info@hospitaluniversal.com<br>Dirección: 75 metros sur de Emergencias del Hospital Max Peralta. |
| LA ASUNCIÓN CENTRO MÉDICO | Teléfono: 2272-0808 ext 102<br>Horario: L-V: 7am a 6pm / S: 7am a 4pm<br>Correo: info@centromedicoasuncion.com<br>Dirección: Curridabat. 700 metros oeste de la Municipalidad |



**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

| | |
|---|---|
| JACKSON'S MEMORIAL CENTRO MÉDICO | Teléfono: 2447-0050 WhatsApp: 8722-0502<br>Horario: L-D: 8am a 6pm<br>Correo: cmjacksonmemorial@gmail.com<br>Dirección: San Ramón de Alajuela. 100mts sur del Hospital de San Ramón. |
| Consalud R.L. Hospital Cooperativo | Teléfono: 2460-1080 WhatsApp: 8537-0796<br>Horario: L-S 7am a 7pm<br>Correo: convenios@hospitalcooperativo.com<br>Dirección: Alajuela. San Carlos, Ciudad Quesada. Barrio El Carmen, 50mts oeste de la entrada del Hospital Público de San Carlos. |
| HOSPITAL UNIBE | Teléfono: 2297-6300 Ext: 5115<br>Horario: 24/7<br>Correo: secretariashospital@unibe.ac.cr<br>Dirección: 200 metros al Este del ICE, Ruta Nacional Secundaria 102, San José, San Juan.<br><br>Teléfono: 2297-6300 Ext 8100<br>Horario: L-V: 8am-6pm<br>Correo: secretariashospital@unibe.ac.cr<br>Dirección: La Granja, del antiguo Higuerón, 50 metros sur y 25 metros oeste.<br><br>Teléfono: 2297-6300 Ext 4100<br>Horario: L-V: 7am-5pm<br>Correo: secretariashospital@unibe.ac.cr<br>Dirección: Ultrapark. |



**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

# PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

1. **El asegurado debe elegir un proveedor de la red que tenga este servicio disponible.**
2. **Comunicarse directamente con el proveedor para solicitar la cita, mediante llamada o correo electrónico, suministrando los siguientes datos:**
   - *Nombre completo*
   - *Teléfono de contacto*
   - *Motivo de la consulta*
   - *Nombre de la empresa*
   - *Correo Electrónico*
3. **El proveedor asignará la cita al asegurado y se comunicará con BMI para tramitar la cobertura correspondiente.**
4. **El asegurado asiste a la cita recibiendo los servicios respectivos.**
5. **En caso de tratarse de una condición grave que requiera cuarto de urgencias, o si el Asegurado es referido con un médico especialista, o si requiere un examen de mayor complejidad, procede la coordinación bajo las condiciones normales de la Póliza.**
6. **Los medicamentos recetados para uso ambulatorio relacionados con el motivo de consulta en atención médica primaria, hasta un máximo de 10 días de tratamiento y deberán ser exclusivamente medicamentos genéricos.**

* Importante: Si el servicio de Atención Médica Primaria es denegado, se le comunicará al asegurado el motivo y podrá hacer uso de la Red de Proveedores de BMI bajo las condiciones de póliza establecida.



**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

### Sistema Integral para la Prevención y Tratamiento de Trastornos del Aparato Locomotor (SIPTAL)

Es un programa que reúne a los mejores profesionales avocados a la atención y la prevención de la patología músculo esquelética y de columna vertebral en forma integral, con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros Asegurados a través de medidas costo efectivas, utilizando lo más reciente del conocimiento científico y tecnología de punta. Los servicios van desde la valoración diagnóstica en consultorio, la realización de estudios de radio imágenes y pruebas funcionales, hasta el conjunto de mecanismos terapéuticos que permitan la búsqueda de una solución a problemas de salud relacionados con huesos, músculos, articulaciones, tendones y ligamentos, mediante una red exclusiva de médicos generales, fisiatras, ortopedistas, neurocirujanos, fisioterapeutas y otros especialistas, con costos controlados, donde el Asegurado deberá asistir previa coordinación con la Compañía de Seguros. Las patologías músculo esquelética y de columna vertebral serán cubiertas según las condiciones indicadas en la Tabla de Beneficios.

Para utilizar SIPTAL el procedimiento es el siguiente:

1. El Asegurado debe hacer llegar a Compañía de Seguros la receta médica y el formulario de reclamos debidamente lleno por el médico tratante, ya sea por correo electrónico o bien adjuntándolos al formulario del siguiente código QR:

   Solicita tu Asistencia

2. El departamento médico evalúa la cobertura y de aprobarse se notifica al Asegurado y se envía carta de garantía al proveedor.
3. El Asegurado debe pagar en el momento de la entrega lo correspondiente al deducible si aplica y el coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios.

## COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Ponemos a su disposición el correo: atencionclientecorporativo@bmicos.com para gestionar cualquier consulta que tenga relación con sus beneficios, facturación y demás temas referentes a su Póliza.

Para el ingreso de quejas y recepción de estas, se han previsto los siguientes mecanismos.

1. Teléfono directo de nuestras oficinas (+506) 2228-6069.
2. Directamente en nuestras oficinas.
3. Instancia de Atención al Consumidor de Seguros de BMI www.segurosbmicr.com

La información incluida en la base de datos suministrada para dicha cotización es considerada confidencial, conforme a lo que se establece en el artículo 6 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653, así como lo establecido en la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968.

La información sobre este producto que corresponde a Condiciones Generales, Red Médica y formularios se encuentran ingresando a la página www.segurosbmicr.com


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

### 3.2. EXCLUSIONES

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

1. Todo tratamiento relacionado con Condiciones Preexistentes no declaradas y aquellas específicamente excluidas, según consta en el Certificado de Seguro del Asegurado, si las hubiese a menos que sea enmendado o que se estipule lo contrario en las Condiciones Particulares.
2. Cualquier tratamiento durante los primeros treinta (30) días naturales después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosa.
3. Cualquier tratamiento que requiera ser certificado o preautorizado, pero que no haya sido certificado o preautorizado por la Compañía de Seguros, a menos que se indique lo contrario en el apartado 1.56. Preautorización de la Cláusula 1. Definiciones.
4. Cualquier tratamiento que exceda los límites de cobertura.
5. Todo gasto donde se compruebe que el Tomador y/o Asegurado omitió información o hizo declaraciones falsas o incorrectas de forma intencional.
6. Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo necesario, razonable y acostumbrado por ese servicio en esa zona.
7. Exámenes de Chequeo Médicos o exámenes preventivos excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura de Chequeo Médico o la Cobertura Adicional de Chequeo Médico Preventivo Anual o la Cobertura Adicional de Cuida tu Salud que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura.
8. Vacunas, excepto a como se define en esta Póliza.
9. Expedición de certificados médicos, testificaciones médicas con propósitos de viajes o de obtención de empleos.
10. Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista, así como todo tipo de aparatos para sordos (quirúrgicamente implantados o no quirúrgicamente implantados), los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión, a menos que se indique lo contrario en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y Certificado de la Póliza.
11. Exámenes de Chequeo rutinario de la vista, los costos de anteojos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión. Asimismo, los tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría), excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura Adicional de Beneficio Óptico que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura. Lentes intraoculares excepto como parte del tratamiento de cataratas, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la Póliza.
12. Todo examen o tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal, a menos que sea requerido como consecuencia de un accidente durante la vigencia de la Póliza. A menos que se haya contratado alguna de las Coberturas opcionales de Servicios Odontológicos detallados en la cláusula 3. Ámbito de Cobertura.
13. Toda lesión de piezas dentales sucedidas durante el acto de masticación.
14. Equipos Médicos Duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física u ocupacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro Equipo Médico Duradero exceptuando a como se define en esta Póliza.
15. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto a como se define en esta Póliza.
16. Costos por aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

17. Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, condiciones del espectro autista; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas, excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura de Consultas Psiquiátricas que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura de esta Póliza.
18. La cirugía plástica o cosmética, así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de Lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.
19. Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por Accidente o trauma. Evidencia de trauma tendrá que ser confirmado radiográficamente (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).
20. Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, intento de suicidio, abuso de alcohol, tabaquismo, abuso o adicción a drogas y/o a estupefacientes, así como los originados por delitos o faltas a la ley, aun cuando la persona no hubiera estado en uso de sus facultades mentales. Accidentes en que el Asegurado conduzca un vehículo terrestre, marítimo o aéreo y no cuente con la licencia habilitante para hacerlo.
21. Accidente o enfermedad por uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, así como las originadas en delitos o faltas a la ley.
22. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con el accidente o la enfermedad.
23. Tratamiento de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo, si el mismo es adquirido por una causa diferente a una transfusión sanguínea recibida o de una Lesión o Accidente de trabajo sufrido, después de la inclusión del Asegurado en la Póliza. La causa del contagio debe de ser demostrada por el Asegurado.
24. Tratamientos por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas. No se cubrirán los gastos médicos y/o quirúrgicos de toda índole si el Asegurado tiene una relación comercial con el representante legal, miembro, socio, propietario u otro del proveedor del servicio médico prestado.
25. Costo y adquisición de Trasplante de Órgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes cubiertos según se define en esta Póliza.
26. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivo mono o biventriculares.
27. Gastos de cualquier criopreservación y la implantación o re-implantación de células vivas.
28. Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena (aislamiento) dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

29. Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas, incluyendo personal que labore como guardia de seguridad.
30. Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.
31. Medicina complementaria o alternativa, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, capacitación en auto atención, auto cuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina Oriental incluyendo acupuntura; reiki, terapias holísticas; terapia de quelación; tratamientos quiroprácticos, masaje y terapias herbales. Todo tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o que se considere experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.
32. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo o asilos de ancianos.
33. Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y

tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.

34. Todo método anticonceptivo cuyo fin sea el control de la natalidad. Todo gasto para la esterilización masculina (vasectomía) o femenina, inversión de la esterilización, excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura de Consultas de Vasectomía y/o Salpingectomía que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura de esta Póliza.
35. Todo gasto para cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuación sexual y/o enfermedades sexualmente transmisibles, excepto como se define en esta Póliza.
36. Maternidades y Cuidados Neonatales como consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso que el embarazo dure menos de treinta y dos (32) semanas.
37. Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento relacionado con talla corta, delgadez, sobrepeso, obesidad o el control de peso en general, a menos que se haya contratado la cobertura Consulta Nutricional indicada en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura, y se muestre en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.
38. Toda forma de suplemento alimenticio, vitaminas, inmuno estimulantes y tratamientos para la prevención de enfermedades.
39. Cuidados podiátricos incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, hallux valgus, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma. Con excepción del Calzado Ortopédico, si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.
40. Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.
41. Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.
42. Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craniomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que


**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación, excepto lesiones ocasionadas por accidentes cubiertos por la Póliza.

43. Prescripciones Facultativas o Medicinas de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Prescripciones Facultativas no recetadas; Prescripciones Facultativas excepto como se define bajo esta Póliza. En Costa Rica "venta libre" significa aquellos medicamentos descritos en el decreto vigente referente a la Declaratoria de Medicamentos de Venta Libre al Consumidor emitido por el Ministerio de Salud.
44. Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, como resultado de Enfermedades, Accidentes o Maternidades durante el período de Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido renovada.
45. Tratamiento para lesiones resultando de la participación en competencias demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.
46. Enfermera privada dentro o fuera del hospital. Excepto aquellas descritas en esta Póliza como enfermera en el hogar si aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
47. Gastos médicos por concepto de tratamientos que ocurran con posterioridad a la expiración o terminación de este Contrato y/o termine el beneficio individual de cada titular y dependiente.
48. Enfermedades que sean declaradas epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud Pública o por autoridad competente o por organización mundial reconocida.
49. Gastos ocasionados por trastornos relacionados con el sueño, alopecia.

## 4. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato está suscrito bajo la siguiente modalidad: No Contributiva.

## 5. MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN

### 6.1. La Compañía:

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

**Sucursal**
**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069 * Tel. USA (786) 536-3651**
E-mail:
segurosbmi@bmicos.com
Web:
www.segurosbmicr.com

### 6.2. El Tomador:

Correo: josseline@allyis.com
Dirección: San José, Pavas, Central

## 6. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Puede acceder a la información contractual, a la Red de Proveedores de BMI, a la información completa de la Aseguradora y de todos los productos que ofrece la misma, a través de la página web de la aseguradora (www.segurosbmicr.com).

## 7. TEMAS ADICIONALES

### 8.1. MONEDA

La moneda en la que se realiza este contrato es el dólar de los Estados Unidos de Norte América.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A10-660 de fecha 6 de enero de 2016."

Presidente

| | | |
|---|---|---|
| Firma del Representante Legal<br>Best Meridian Insurance Company<br>Sucursal Costa Rica | Firma<br>Best Meridian Insurance Company | Firma el Representante Legal<br>ALLYIS TECHNOLOGY<br>SOLUTIOS S.R. |



**San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica**
**Tel. CR (506) 2228-6069**
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

# Best Meridian Insurance Company
# PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO

## ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA ..... 3
CONDICIONES GENERALES ..... 4
CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES ..... 4
CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA ..... 13
CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA ..... 13
3.1. RIESGOS CUBIERTOS ..... 13
3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS ..... 13
3.3. EXCLUSIONES ..... 26
3.4. LÍMITES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS ..... 30
CLÁUSULA 4.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO ..... 32
CLÁUSULA 5.- PRIMA ..... 33
5.1. PAGO DE LA PRIMA ..... 33
5.2. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA ..... 34
5.3. PERÍODO DE GRACIA ..... 34
5.4. DEVOLUCIONES ..... 34
CLÁUSULA 6.- AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS ..... 34
CLÁUSULA 7.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES ..... 35
CLÁUSULA 8.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS ..... 36
8.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN ..... 36
8.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN ..... 36
8.3. PAGOS DE RECLAMACIONES ..... 37
8.4. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN ..... 37
8.5. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS ..... 37
8.6. VALORACIÓN ..... 38
8.7. PROGRAMAS DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN ..... 38
CLÁUSULA 9.- VIGENCIA ..... 39
9.1. VIGENCIA ..... 39


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

9.2. TÉRMINO DE PÓLIZA Y/O SUS ADITAMENTOS ..... 39
9.3. TÉRMINO DE LA PÓLIZA Y SUS ADITAMENTOS PARA LOS ASEGURADOS ..... 40
9.4. DISPOSICIONES SOBRE PRORROGACIÓN ..... 40
CLÁUSULA 10.- CONDICIONES VARIAS ..... 41

10.1. CONTRATO TIPO ..... 41
10.2. ELEGIBILIDAD ..... 41
10.3. REGISTRO DE ASEGURADOS ..... 42
10.4. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN ..... 42
10.5. COMISIÓN DE COBRO ..... 42
10.6. REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN ..... 42
10.7. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA ..... 42
10.8. MODIFICACIÓN DEL CONTRATO ..... 42
10.9. DERECHO A COPIA DE LAS CONDICIONES GENERALES ..... 43
10.10. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA ..... 43
10.11. CANCELACIÓN O NO PRÓRROGA DE LA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO ..... 43
10.12. MONEDA ..... 43
10.13. PLURALIDAD DE SEGUROS ..... 44
10.14. EXÁMENES FÍSICOS ..... 44
10.15. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD ..... 44
10.16. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES ..... 44
10.17. PRESCRIPCIÓN ..... 44
10.18. NORMAS SUPLETORIAS ..... 44
10.19. INDISPUTABILIDAD ..... 45
10.20. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES ..... 45
CLÁUSULA 11.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS ..... 45

CLÁUSULA 12.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES ..... 45

12.1. JURISDICCIÓN, ASUNTOS JURÍDICOS E IDIOMA ..... 46

COBERTURAS ADICIONALES (si hubiesen) ..... 47


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

# COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-0805-2012 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada "La Compañía", emite la siguiente Póliza de Seguro Colectivo de Salud – Contrato Tipo. La Póliza consiste en la Solicitud y el Examen Médico (si aplica), el Certificado de Seguro, el presente documento, las Condiciones Particulares y cualquier enmienda o endoso que se emita al respecto, en su defecto regirá la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653), la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956) y toda legislación vigente aplicable.

Esta Póliza de Seguro Colectivo de Salud – Contrato Tipo cuya cobertura básica es un seguro de gastos médicos, ofrece coberturas opcionales que pueden ser adquiridas mediante el pago de una prima adicional.

Si el contenido de este Contrato o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar su rectificación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega al Tomador de un ejemplar firmado por la Compañía. Como prueba de aceptación el Tomador deberá devolver a la Compañía este Contrato debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.

El Seguro Colectivo de Gastos Médicos, Póliza de Seguro Colectivo de Salud – Contrato Tipo, se rige mediante un contrato de adhesión que permite un margen de negociación de las partes en las cláusulas y términos indicados en las presentes Condiciones Generales.

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

La Compañía se compromete a pagar los gastos médicos Usuales, Razonables y Acostumbrados tal y como se define en esta Póliza, en los que se hayan incurrido con carácter necesario como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad o dolencia de que se trate, conforme a los términos y condiciones indicados en esta Póliza, en las Condiciones Particulares, el Certificado de Seguro, así como cualquier enmienda o endoso que se emita con respecto a esta Póliza.

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

Firma Presidente

Firma Representante Legal

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

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

# CONDICIONES GENERALES

## CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, las palabras, términos y frases que a continuación se indican, tendrán el significado que siguiente:

**1.1. ACCIDENTE.-** Suceso violento, imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado, que ocurra dentro del período del Año Póliza, provocado por un agente externo, que produzca daños o lesiones corporales. Esta Póliza no considera que exista Accidente cuando en el evento hubiere intervenido el Asegurado bajo el efecto de consumo de alcohol y/o de cualquier sustancia estupefaciente o psicotrópica.

**1.2. ALTA MÉDICA.-** Situación por la cual el Asegurado, una vez finalizado el tratamiento por enfermedad o accidente, puede incorporarse nuevamente a sus ocupaciones habituales o queda en estado de invalidez permanente por las secuelas incapacitantes residuales.

**1.3. AÑO PÓLIZA.-** Significa el periodo de cobertura de un Asegurado comenzando en la Fecha de Inicio Original y terminando en el doce (12) mes aniversario del mismo; y cualquier período posterior subsiguiente de doce (12) meses para cualquier prórroga de esta Póliza.

**1.4. ÁREA DE COBERTURA.-** Esta Póliza provee tratamiento por Accidentes y Enfermedades, de tal manera que el área puede ser:

**a.** **LOCAL**: Cuando el tratamiento médico se proporciona en cualquier lugar del mundo según los Gastos Médicos Necesarios Razonables y Acostumbrados de Centroamérica y Panamá o del país(es) de Latinoamérica y el Caribe que se indique(n) en las condiciones particulares y certificado de seguro.

**b.** **INTERNACIONAL**: Cuando el tratamiento médico se proporciona en cualquier lugar del mundo según los Gastos Médicos Necesarios Razonables y Acostumbrados del país donde dichos servicios sean proporcionados.

El Área de Cobertura se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro del Asegurado.

**1.5. ASEGURADO.-** Persona física que en sí misma está expuesta al riesgo, forma parte del Grupo Asegurado, tiene relación con el Tomador y está protegida bajo esta Póliza por haber sido aceptada por la Compañía y por haber recibido la Compañía el pago de la prima correspondiente.

**1.6. CERTIFICADO DE SEGURO.-** Constancia emitida por la Compañía en la que se acredita la inclusión de uno o varios riesgos para su aseguramiento en la Póliza colectiva emitida. Es el documento expedido por la Compañía a favor del Asegurado Titular adherido a un contrato de seguro en modalidad colectiva.

**1.7. CIRUGÍA AMBULATORIA.-** Es cualquier cirugía practicada en la sección de servicios ambulatorios de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas. Este beneficio está disponible únicamente a través de la Red de Proveedores, después la pre-autorización de la Compañía.

**1.8. COASEGURO.-** Porcentaje de gastos cubiertos con el que participa el Asegurado, luego de descontado el Deducible, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado de la Póliza.

El Coaseguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro,


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

Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

a. **LÍMITE DE COASEGURO.-** Es el desembolso máximo anual que realiza el Asegurado, luego de descontar el Deducible, equivalente al porcentaje de Coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios de la Póliza que asume el Asegurado por los gastos médicos incurridos en el año póliza y amparados por este contrato. Una vez alcanzado el Límite de Coaseguro, cesará la participación del Asegurado en el pago del Coaseguro.

**1.9. CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ.-** Se refiere a la Repúblicas de Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala y Panamá, donde los beneficios que otorga la póliza están calculados de acuerdo a los gastos usuales, razonables y acostumbrados de dicha área geográfica.

**1.10. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD.-** Para efectos de esta Póliza, se consideran Complicaciones de Maternidad, las indicadas en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura, 3.2.1. Coberturas de Gastos Médicos, apartado “o” de esta Póliza.

**1.11. CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN.-** Aquellas condiciones que rigen la relación entre la Compañía, Contratante y Asegurado, prevista en el presente documento.

**1.12. CONDICIONES PARTICULARES.-** Aquellas condiciones especiales que rigen la relación entre la Compañía, Contratante y Asegurados, previstas en el documento denominado Condiciones Particulares del Contrato.

**1.13. CONDICIONES PRE-EXISTENTES. -** Cualquier alteración de estado de salud, aguda o crónica, que haya sido manifestada, diagnosticada o tratada con anterioridad a su inclusión en la póliza o que por sus características o síntomas no haya podido pasar desapercibida para el asegurado antes de contratar la póliza o que por la historia natural de la enfermedad conocida por la ciencia, pueda llegarse a la conclusión de que tuvo su origen antes del aseguramiento.

**1.14. CONTRATANTE O TOMADOR.-** Persona física o jurídica que, por cuenta ajena, contrata el seguro a la Compañía. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

**1.15. COPAGO.-** Monto de los gastos cubiertos que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos antes de recibir los servicios prestados, según se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares para alguna cobertura específica.

**1.16. ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO.-** Esta cobertura abarca los gastos por tratamientos médicos necesarios por Enfermedad, condiciones médicas o desórdenes diagnosticados hasta el día en que el niño cumpla quince (15) días de nacido, hasta un Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, por hijo. Las Enfermedades del Recién Nacido quedarán cubiertas solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza. Se pagará aplicando deducible y coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

**1.17. DEDUCIBLE ANUAL.-** Es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos. El Deducible Anual consta en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y se aplica hasta un máximo de tres (3) deducibles por familia, por Año Póliza.

**1.18. DEPENDIENTE.-** Significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en unión de hecho con el Titular de Póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de Póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Titular de Póliza,


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

dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando dichos hijos no tengan más de dieciocho (18) años de edad a la Fecha de Inclusión de la cobertura o de la Fecha de Vencimiento o Prórroga. En el caso de que dichos hijos sean solteros, estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Titular de la Póliza, podrán estar cubiertos hasta que cumplan veinticinco (25) años. Cuando esta póliza otorgue derechos o imponga obligaciones al cónyuge, deberán entenderse éstos otorgados o impuestos a la pareja de hecho. Los Dependientes deberán ser establecidos como tales en la Solicitud de Seguros del Asegurado Titular.

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

**1.20. DESORDENES CONGÉNITOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS.-** Son trastornos estructurales o funcionales de la etapa intrauterina, o que se manifiesten desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios, que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades, sistemas o bien alteraciones funcionales.

**1.21. DOMICILIO DEL ASEGURADO.-** Dirección de residencia de los Asegurados.

**1.22. DOMICILIO DEL CONTRATANTE O TOMADOR**.- Dirección legalmente establecida del Contratante o Tomador dentro de la República de Costa Rica.

**1.23. EDAD.-** Cualquier referencia al cumplimiento de una edad determinada se refiere a la edad del Asegurado en la fecha en que la Compañía emita la póliza, realice la inclusión del Asegurado o cuando se proceda a realizar el trámite de prórroga.

**1.24. EMERGENCIA.-** Condición aguda de comienzo repentino o inesperado que requiere tratamiento médico inmediato dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas y de naturaleza tal que es necesario proporcionar tratamiento inmediato caso contrario se pone en riesgo la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales o de un órgano o deje secuelas permanentes.

**1.25. ENFERMEDAD.-** Se define como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inclusión del Asegurado a la Póliza y durante el Año Póliza.

**1.26. ENFERMEDAD INFECCIOSA.-** Es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

**1.27. EPICRISIS.-** Documento médico realizado al momento del alta médica del paciente, el cual contiene un resumen del estado actual, diagnósticos médicos finales, exámenes realizados, tratamiento y plan posterior al alta.

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

**1.29. FECHA DE INCLUSIÓN.-** Es la fecha de entrada en vigor de un Asegurado a la Póliza la que se especifica en el Certificado de Seguros, y no la fecha de la Solicitud de Seguros. La fecha de inclusión será definida por la Compañía, una vez que las pruebas de asegurabilidad (de ser solicitadas) sean aceptadas por la Compañía.

**1.30. FECHA DE INICIO ORIGINAL.-** Significa la primera fecha en que esta Póliza es emitida, como se refleja en el Certificado de Seguro para dicho Año Póliza, y no es la fecha de la Solicitud o la fecha de prórroga para cualquier Año Póliza subsiguiente.


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

**1.31. FECHA DE VENCIMIENTO.-** Es la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

**1.32. GASTOS AMBULATORIOS.-** Gastos ocasionados por atenciones médicas que no requieran hospitalización, siempre y cuando el Asegurado no esté registrado como un paciente de cama, proporcionadas por un médico o profesional de la salud, a consecuencia de accidente o enfermedad determinada mediante diagnóstico médico. Incluye cirugía ambulatoria, medicamentos y tratamiento médico.

**1.33. GASTOS HOSPITALARIOS.-** Gastos ocasionados por atenciones médicas que necesaria y médicamente requieren internación en una clínica u hospital por más de veinte y cuatro (24) horas, ordenadas y aprobadas por un médico.

**1.34. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.-** Gastos usuales, razonables y acostumbrados, incurridos por el Asegurado, ordenado por un Médico, como consecuencia de un Accidente o de una Enfermedad determinada mediante diagnóstico médico, dentro de los límites estipulados en estas Condiciones Generales y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza, con excepción de aquellos incurridos por las causas o condiciones indicadas en la Cláusula 3.- Ámbito de Cobertura, apartado 3.3. Exclusiones, de esta Póliza.

**1.35. COSTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO.-** Costos Usuales Razonables y Acostumbrados: Son los costos de los servicios u honorarios facturados por los proveedores médicos, por procedimientos iguales o similares, a causa de enfermedades o lesiones consideradas análogas por su naturaleza y severidad. La Compañía determinará el monto máximo a pagar por los servicios y honorarios basados en los costos Usuales Razonables y Acostumbrados. Para el ámbito de cobertura internacional, se aplicarán los costos usuales, razonables y acostumbrados según el área geográfica donde recibió la atención o servicio. Los costos de los servicios u honorarios por tratamientos o suministros inusuales o poco frecuentes o que no estén disponibles según el área geográfica, serán determinados por la Compañía tomando en consideración la complejidad y tipo de especialidad requerido."

**1.36. GRUPO ASEGURABLE.-** Grupo de personas físicas relacionadas con el Contratante y sobre la cual se hace la oferta de seguro colectivo. Deberá estar constituido por un mínimo de diez (10) Titulares que tengan relación con el contratante según como se establece en esta Póliza.

**1.37. GRUPO ASEGURADO.-** Grupo de personas físicas que pertenecían al Grupo Asegurable y fueron aceptadas por la Compañía. Deberá estar constituido por un mínimo de diez (10) Titulares que tengan relación con el contratante según como se establece en esta Póliza.

**1.38. HISTORIA CLÍNICA.-** Descripción sistemática de los acontecimientos médicos y psicosociales de la vida de un paciente, circunstancias familiares, ambientales y de sus ascendientes que puedan tener relación con su estado de salud.

**1.39. HONORARIOS MÉDICOS.-** Gastos usuales, razonables y acostumbrados resultantes de los servicios prestados por el Médico tratante.

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

**1.41. LESIÓN.-** Es el daño corporal causado por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.


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

**1.42. LÍMITE MÁXIMO.-** Es el monto máximo de beneficios a que tiene derecho cada Asegurado mientras se encuentre amparado por esta Póliza. Todo beneficio está dentro del Límite Máximo contratado:

a. **LÍMITE MÁXIMO POR AÑO PÓLIZA.-** Es la suma máxima asegurada indemnizable por esta póliza a que tiene derecho el Asegurado durante el Año Póliza, para todas las Enfermedades o Accidentes atendidos dentro o fuera del Hospital. El límite está determinado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. **De ningún modo, implica que las coberturas descritas en las Condiciones Particulares pueden extenderse o superar el monto estipulado.**

b. **LÍMITE MÁXIMO VITALICIO.-** Implica que la cobertura cesará una vez alcanzado el monto estipulado, sin importar las prórrogas de la presente póliza o contrato de tal forma que de ningún modo mientras exista la Póliza o sus prórrogas el valor cubierto al amparo del mismo superará el señalado límite, sin tener en cuenta si la cobertura del Asegurado fue interrumpida o no.

**1.43. MEDICAMENTE NECESARIO.-** Se refiere a la condición de cualquier tratamiento, servicio, o suministro médico que la Compañía determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. **Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:**

a. **Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la Familia de éste o del proveedor;**

b. **No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;**

c. **Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnostico o tratamiento adecuado;**

d. **No se le reconoce médicamente ni científicamente;**

e. **Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos;**

f. **Se considera como experimental y no aprobado por las autoridades sanitarias de Costa Rica.**

g. **Se refiere a un procedimiento meramente estético.**

**1.44. MEDICINAS.-** Referirse a la definición de MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

**1.45. MÉDICO.-** Es cualquier persona legalmente habilitada y no impedida para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su licencia y entrenamiento. Para el caso de Costa Rica, el Médico deberá estar incorporado y habilitado en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. **No puede ser el Asegurado o miembro de la familia de este**.

**1.46. MIEMBRO DE FAMILIA.-** Cónyuge o compañero (a) en unión de hecho, padre, madre, hermano (a), hijo (a), nieto (a), suegro (a), tío (a) del Asegurado.

**1.47. MODALIDAD CONTRIBUTIVA.-** El Asegurado contribuye en todo o en parte de la prima, que debe ser pagada por el Tomador a la Compañía.

**1.48. MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA.-** El Asegurado no contribuye en nada con la prima; es el Tomador quien de sus recursos paga la prima a la Compañía.

**1.49. NOTIFICACIÓN.**- Es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Compañía, llamando al número telefónico que aparece en el Certificado de Seguro del Asegurado.

**1.50. PAÍS DE RESIDENCIA.-** Se refiere a (1) la República de Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala o Panamá, o (2) el país donde reside el Asegurado la


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

mayor parte de cualquier año natural o Año Póliza, o (3) donde el Asegurado haya residido más de ciento ochenta (180) días naturales durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días naturales mientras la Póliza esté en vigor. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado o Tomador deberá notificar a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales de dicho cambio.

**1.51. PERÍODOS DE CARENCIA O DE ESPERA.** - Tiempo comprendido entre la Fecha de Inclusión del Titular y/o sus dependientes a la Póliza y el momento en que entran en vigor las coberturas descritas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Durante este período la Compañía no está obligada a cubrir los gastos originados por cualquier Enfermedad.

**1.52. PERÍODO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.-** El plazo máximo será de noventa (90) días naturales contados a partir de la fecha en la que el Asegurado incurra en el primer Gasto Médico Cubierto. El incumplimiento del plazo establecido en esta Póliza por parte del Asegurado no conllevará efecto adverso alguno a sus intereses económicos derivados de su solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión indemnizatoria. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

**1.53. PRE-AUTORIZACIÓN.-** Es un proceso mediante el cual la Compañía otorga la aprobación para cualquier procedimiento médico que requiera el Asegurado que esté cubierto por esta Póliza.

La Pre-autorización deberá ser solicitada a la Compañía por el Tomador, Asegurado Titular, o proveedor de servicios médicos dentro de la Red de Proveedores, con anterioridad a la prestación del servicio para que la Compañía tenga la oportunidad de evaluar la cobertura del servicio. En específico, para el caso de Servicios Hospitalarios, deberá ser solicitada por lo menos con tres (3) días hábiles de anticipación.

**En el caso de que el Tomador o Asegurado no haya solicitado la Pre-autorización requerida en los tiempos estipulados, se aplicará el porcentaje de Coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares para procedimientos Fuera de la Red de Proveedores.**

**La Pre-autorización no es una Garantía de Pago.**

**La pre-autorización para cobertura o tratamiento fuera del país de residencia y en los Estados Unidos de América es obligatoria. La falta de pre-autorización resultará en una reducción del cincuenta (50%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiesen pagado conforme a los términos y condiciones de esta Póliza.**

En caso de Emergencia no se requerirá Pre-autorización.

**1.54. MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. –** Son medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico con licencia y no incluyen artículos que se pueden comprar sin receta médica. Los Medicamentos por Prescripción Médica, los cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertos cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

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

Los Medicamentos por Prescripción Médica al momento del alta médica serán cubiertos al coaseguro contratado luego de cubrir el deducible, por un período máximo de 10 días inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital o Cirugía Ambulatoria.

Los Medicamentos por Prescripción Médica recetados como Quimioterapia, no


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

incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertos según como se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, y (3) cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Aseguradora. El plan de tratamiento deberá adherirse estrictamente a las directrices de la FDA para el tipo de cáncer, estadio y ubicación.

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

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

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

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

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


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

administrado en las siguientes circunstancias:

1. durante la hospitalización; y
2. mientras se encuentre fuera del Hospital durante un máximo de 30 días inmediatamente después del alta del Hospital o de Cirugía Ambulatoria.

Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización, este tratamiento estará sujeto a los límites especificados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y Certificado de esta Póliza, en Medicamentos Ambulatorios.

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

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

**1.55. RED MÉDICA O RED DE PROVEEDORES.-** Grupo de proveedores incluyendo clínicas, hospitales, laboratorios clínicos y de imagen, farmacias y otros proveedores médicos. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores, la Compañía tiene que coordinar o Pre-autorizar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias. La consulta actualizada a los proveedores inscritos en dicha red es posible a través de los números telefónicos, correos electrónicos o página web de la Compañía, http://www.segurosbmicr.com.

**Los Asegurados que utilicen Proveedores que no formen parte de la Red de Proveedores de la Compañía, deberán pagar por el servicio prestado, y posteriormente solicitar el reembolso, el cual, si es elegible, será pagado al porcentaje de coaseguro para los casos fuera de Red de Proveedores indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.**

**Para el Área de Cobertura Internacional, en los Estados Unidos de América solo tendrán cobertura los beneficios pagaderos por servicios prestado dentro de la Red de Proveedores Plan Azure. Dicha Red está disponible en la página web de la Compañía.**

**1.56. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.-** Si un Asegurado tiene programado alguna cirugía o tratamiento médico efectivo (que no sea de emergencia), tendrá que notificar a la


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

Compañía por lo menos tres (3) días hábiles antes del procedimiento programado. A opción de la Compañía se podrá exigir una segunda opinión de un Médico elegido por la Compañía respecto al tratamiento médico programado. Solo están cubiertas las segundas opiniones médicas que exija y haya coordinado la Compañía. En caso de que la segunda opinión médica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía o tratamiento médico, la Compañía también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Compañía. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía o tratamiento médico, los beneficios de cirugía o tratamiento médico se pagarán de acuerdo con esta Póliza. **Si la Compañía solicita una segunda opinión y la cirugía o tratamiento médico se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Compañía, la Póliza en ese caso no cubrirá el procedimiento médico ni sus secuelas.**

**1.57. SEGURO COLECTIVO.-** Es el suscrito entre un Contratante o Tomador y la Compañía con el propósito de cubrir, mediante un solo contrato o póliza de seguro, a múltiples asegurados que tengan una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.

**1.58. SERVICIO DE AMBULANCIA.-** Es la transportación médica de Emergencia a un Hospital local por medio de transporte terrestre.

**1.59. SERVICIOS AMBULATORIOS.-** Son todos los servicios recibidos en un centro médico, que no ameritan hospitalización y son atendidos en la unidad de atención ambulatoria del hospital o clínica, siempre y cuando el Asegurado no esté registrado como un paciente de cama.

**1.60. SERVICIOS HOSPITALARIOS.-** Son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicio Ambulatorio y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de veinticuatro (24) horas, o por un período de menos de veinticuatro (24) horas solamente cuando exista una operación programada o cuando el Asegurado pase la noche en el hospital. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Cuarto y Alimento Diario, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

**1.61. SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMAGEN.-** Análisis de laboratorio e investigación de radiografía y de medicina nuclear, utilizados en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o accidentes. Los servicios de laboratorio clínico e imagen se consideran como parte del tratamiento realizado por especialistas, cuando éstos proveen dichos servicios u ordenen el proceso de su ejecución.

**1.62. SOLICITUD DE SEGURO DEL ASEGURADO.-** Significa el formulario proporcionado por la Compañía al Asegurado, y todas las respuestas y declaraciones hechas por el Asegurado en el mismo y en respuesta sobre el Asegurado y/o su(s) dependiente(s), y que son utilizados por la Compañía para decidir si aceptar el riesgo, modificar la cobertura ofrecida o rechazar el riesgo. La Solicitud incluye todos los documentos, cuestionarios, y materiales escritos presentados a la Compañía por el Asegurado o en nombre del Asegurado y/o de su(s) dependiente(s), incluyendo, pero no limitado a cualquier Examen Médico. Todas las Solicitudes de Seguro del Asegurado están sujetas a evaluación por parte de la Compañía.

**1.63. SUMA ASEGURADA.**- Será aquella que conste en el Certificado y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

**1.64. TABLA DE BENEFICIOS.-** La Tabla de Beneficios máximos detalla todos los gastos médicos que serán indemnizados de


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

acuerdo al presente Contrato. Esta tabla se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza. **De ningún modo, implica que las coberturas descritas en las Condiciones Particulares pueden extenderse o superar el respectivo Límite Máximo estipulado**.

**1.65. TITULAR DE LA PÓLIZA.-** Asegurado designado como tal en esta Póliza y en Certificado de Seguros. Todos los demás Asegurados que aparezcan en el Certificado de Seguros serán considerados como Dependientes.

**1.66. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE.-** Es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes sanos perdidos o dañados en un Accidente, suministrado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de sufrido el Accidente. En el caso que el problema no sea a consecuencia de un Accidente, tal y como se define en la Cláusula 1. Definiciones, literal 1.1. Accidente, el Asegurado será responsable por el total de los cargos incurridos. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

## CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

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

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

Cualquier solicitud, notificación o evidencia exigida bajo esta póliza debe ser por escrito. Debe ser enviada o entregada a la Compañía a una persona autorizada.

Las Condiciones Particulares de la Póliza, prevalecerán sobre las Condiciones Generales y cualquier Aditamentos que exista en la Póliza, así como sobre el Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

## CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

### 3.1. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía se compromete a pagar en el Área de Cobertura, los gastos usuales, razonables y acostumbrados en los que se hayan incurrido como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad o dolencia de que se trate, conforme los términos y condiciones indicados en esta Póliza y a lo especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los beneficios cubiertos serán pagados aplicando en primer lugar el Deducible y posteriormente una vez este se consuma se aplicará el Coaseguro. El detalle del Deducible y Coaseguro que se aplica a la presente Póliza están especificados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro y Solicitud de Seguro del Tomador.

La Compañía cuenta con una Red de Proveedores que prestarán los servicios médicos pertinentes según se define en la Cláusula 1. Definiciones, apartado 1.58. Red Médica o Red de Proveedores.

**La cobertura durante los primeros treinta (30) días naturales de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosa.**

### 3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS


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

### 3.2.1. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

Sin perjuicio de las eventuales negociaciones entre las partes del presente Contrato Tipo, conforme a la cobertura de esta Póliza, los Asegurados podrán gozar de los siguientes beneficios, sujetándose a los límites que sean aplicables y definidos en el apartado 3.4. Límites y a lo especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de esta Póliza:

**a. Servicios Médicos y Quirúrgicos dentro del Hospital:**

Gastos usuales, razonables y acostumbrados en que incurre el Hospital en la atención del Asegurado tales como sala de operaciones, sala de recuperación, material quirúrgico, anestésicos, oxígeno, insumos, exámenes de laboratorio, radiología, medicamentos, tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis, transfusiones y todos los demás servicios requeridos de acuerdo al diagnóstico del Asegurado, hasta el Límite Máximo por Año Póliza, Deducible y Coaseguro indicados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado, sujetos a los límites y exclusiones establecidos en las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer.

**b. Servicios Ambulatorios:**

Gastos usuales, razonables y acostumbrados en que el Asegurado incurre como resultado de atención médica que no requiere hospitalización, tales como, exámenes de laboratorio ambulatorios, exámenes de imagenología ambulatorios, consultas ambulatorias (médico general y especialista), cirugía ambulatoria, y todos los demás servicios requeridos de acuerdo al diagnóstico del Asegurado, hasta el Límite Máximo por Año Póliza, Deducible y Coaseguro indicados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado, sujetos a los límites y exclusiones establecidos en las Condiciones Generales y Particulares de esta Pólizas. Este servicio está limitado a cirugías y atención médica que no requieran hospitalización.

**c. Cuarto y Alimento Diario:**

Gastos usuales, razonable y acostumbrados en que incurre el Asegurado por concepto de habitación y alimentación, suministrados durante su permanencia por un período no menor a veinticuatro (24) horas en el Hospital, por cada día de internación, por persona, por Enfermedad o Accidente, hasta el límite de días y valor estipulados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. El Cuarto Diario podrá ser privado, semi-privado o múltiple, según se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**d. Unidad de Cuidados Intensivos:**

Gastos médicos incurridos por el Asegurado por los gastos usuales, razonable y acostumbrados, suministrados en un Hospital por concepto de cama, equipos, instalaciones, alimentación y demás servicios de hospital durante su permanencia en el área de cuidados intensivos, por cada día de internación, por persona, por Enfermedad hasta el límite de días y valor estipulados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. **No se considerará unidad de cuidados intensivos la adecuación del cuarto diario con equipos especiales.**


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

**e. Unidad de Cuidados Intermedios:**

Gastos médicos incurridos por el Asegurado por los gastos usuales, razonable y acostumbrados, suministrados en un Hospital por concepto de cama, equipos, instalaciones, alimentación y demás servicios de hospital durante su permanencia en el área de cuidados intermedios, por cada día de internación, por persona, por Enfermedad hasta el límite de días y valor estipulados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. **No se considerará unidad de cuidados intermedios la adecuación del cuarto diario con equipos especiales.**

**El costo por cuarto diario y por unidad de cuidados intensivos y/o intermedios no se pagará en un mismo día.**

**f. Honorarios Médicos:**

Se refiere a honorarios médicos de Cirujano, Anestesiólogo o Cirujano Asistente por gastos usuales, razonable y acostumbrados resultantes del cobro de los servicios prestados a causa de una Enfermedad o Accidente cubierto por esta Póliza. Para los Médicos anestesiólogos y/o ayudante, este último únicamente para cirugías laparoscópicas y cirugías de alta complejidad, que participen en procedimientos quirúrgicos se tomará en cuenta para el cálculo de la indemnización correspondiente, el treinta (30%) y el veinte (20%) por ciento, respectivamente, de los honorarios del cirujano principal para cada uno de ellos. Así mismo, tendrá cobertura bajo esta Pólizas las consultas médicas intrahospitalarias según Gastos usuales, razonable y acostumbrados y los términos de esta Póliza.

**g. Emergencia Médica por Accidente:**

Es el tratamiento medicamente necesario a consecuencia de lesiones accidentales, suministrado dentro de las veinticuatro (24) horas inmediatas al Accidente. Se pagarán los gastos usuales, razonable y acostumbrados sin aplicar Deducible ni Coaseguro, hasta el Límite Máximo por Año Póliza detallado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que no se convierta en un tratamiento hospitalario, en cuyo caso se aplicará Deducible y Coaseguro de la Póliza**. No se considera Accidente cuando el evento hubiere sido causado por el propio Asegurado estando o no en uso de capacidades mentales o bajo el efecto de consumo de alcohol y/o de cualquier sustancia estupefaciente o psicotrópica.**

**h. Emergencia Médica por Enfermedad:**

Es el tratamiento medicamente necesario a consecuencia de una de las siguientes condiciones médicas: hemorragias, convulsiones, dolor pre-cordial en sus primeras doce (12) horas o infarto del miocardio, dolor abdominal agudo, insuficiencia respiratoria severa, estados de shock, episodios neurológicos agudos, deshidratación, crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, trombosis, fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento o confusión, intoxicación aguda, cólico renoureteral o biliar, vómito y diarrea severas, reacción alérgica aguda, retención aguda de orina, así como cualquier otra enfermedad definida como emergencia médica o urgencia.

Se pagarán bajo los gastos usuales, razonable y acostumbrados aplicando el Coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares hasta el Límite Máximo por Año Póliza, no aplica deducible, siempre que no se convierta en un tratamiento hospitalario, en cuyo caso se aplicará el deducible y Coaseguro de la Póliza indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.


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

En caso de que la condición médica atendida no califique dentro del presente listado o en la definición de Emergencia del presente contrato, el Asegurado deberá cancelar el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos por la atención médica recibida, y solicitar posteriormente a la Compañía el correspondiente reembolso que será con base a los gastos usuales, razonables y acostumbrados, aplicando el Deducible y Coaseguro de un servicio Fuera de la Red indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado, hasta el Límite Máximo por Año Póliza establecido.

**i. Máxima Estadía Hospitalaria:**

Es el tiempo máximo durante el cual el Asegurado por razones médicamente necesarias requiere permanecer internado en el Hospital. Está limitado al tiempo en que el médico tratante establezca. La Compañía se reserva el derecho de determinar la necesidad del tiempo planteado.

**j. Trasplante de Órganos:**

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

Este beneficio está limitado a lo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza, por Asegurado, de por vida para Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea o páncreas. Ningún otro Trasplante es cubierto.

Este beneficio incluye:

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

B. Estudios pre-operatorios incluyendo, pero no limitado a, Exámenes de Laboratorio y Servicios de Diagnostico como las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros;

C. El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano;

D. El procedimiento de Trasplante del órgano;

E. Cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el Trasplante, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y Médicamente Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de Trasplante, sea directa o indirectamente consecuencia del Trasplante. Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.

F. Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermera (por ejemplo, cuidado de la herida, infusión, evaluación, etc.) transportación de emergencia, atención médica, visitas de oficina o clínica, transfusiones,


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

suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

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

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

**k. Medicamentos Hospitalarios:**

Son aquellos medicamentos necesarios administrados al Asegurado mientras se encuentre hospitalizado y que están relacionados al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado. Quedarán cubiertas bajo los gastos usuales, razonables y acostumbrados aplicando el Deducible y Coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Se cubrirán medicamentos al momento del Alta Médica por un máximo de diez (10) días naturales de tratamiento. Los medicamentos recetados que superen los 10 días de tratamiento deberán ser procesados como Medicamentos Ambulatorios.

**l. Medicamentos Ambulatorios:**

Son aquellos medicamentos necesarios recetados al Asegurado por su Médico tratante (Medicamentos por Prescripción Médica) relacionadas a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza. Se debe presentar a la Compañía una copia de la receta médica y el recibo original desglosado acompañando el reclamo. Quedarán cubiertas bajo los gastos usuales, razonable y acostumbrados aplicando el Deducible y Coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

**La pre-autorización fuera del país de residencia y en los Estados Unidos de América es obligatoria. La falta de pre-autorización resultará en una reducción del cincuenta (50%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiese pagado conforme a los términos y condiciones de esta Póliza.**

**m. Servicio de Ambulancia Local:**

Son los gastos usuales, razonable y acostumbrados incurridos por el Asegurado en la transportación médica de emergencia a un Hospital vía terrestre. Dicho servicio será cubierto hasta el monto indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**n. Transportación Aérea de Emergencia Médica:**

Significa los gastos de Transportación Aérea de Emergencia Médica para transportar al Asegurado en condiciones críticas, desde un Hospital donde no exista la atención apropiada, hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado. En el caso de este tipo de emergencia, la Compañía debe ser notificada previo a dicha transportación aérea para la aprobación y los arreglos de la Transportación Aérea de Emergencia Médica. La Compañía, después de


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

consultar con el Médico del Asegurado, decidirá si la transportación es medicamente necesaria, y de serlo, el lugar a donde el Asegurado deberá ser transportado. En el caso que la opinión del Médico del Asegurado contradiga la decisión de la Compañía sobre si la transportación aérea es medicamente necesaria o la localización a donde el Asegurado deberá ser transportado, a opción de la Compañía, se podrá exigir una segunda opinión de un médico elegido por la Compañía para confirmar la necesidad médica y localización del centro hospitalario para la transportación aérea. En el caso que la segunda opinión confirme que sea necesaria la transportación aérea, los beneficios serán pagados de acuerdo a lo estipulado en la Póliza. En el caso que la transportación aérea no sea aprobada o sea aprobada pero el Asegurado sea trasladado a un centro hospitalario no aprobado por la Compañía, los gastos de transportación serán la responsabilidad del Asegurado.

Transportación Aérea de Emergencia Médica incluirá así mismo los costos razonables de transportación de un acompañante que sea Miembro de la Familia del Asegurado durante la transportación hasta el Hospital.

El Asegurado acuerda mantener a la Aseguradora y a cualquier compañía afiliada con la Aseguradora libre de responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de tales servicios, o por demoras, o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, o por restricciones gubernamentales, o por el piloto o la aerolínea, o debido a condiciones operacionales o climáticas, o por cualquier otra causa ajena al control de la Compañía.

**o. Maternidad:**

Esta cobertura incluye los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos a causa de parto normal, cesárea y todos los gastos prenatales de la madre, desde el momento de la concepción hasta cuarenta (40) días naturales después del parto, incluyendo los gastos de recepción del recién nacido. El beneficio se pagará si la maternidad estuviere cubierta de conformidad con las condiciones de esta Póliza. Esta cobertura se pagará de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Este beneficio está disponible únicamente para la Titular o para la cónyuge o compañera en unión de hecho del Titular, siempre que haya tenido cobertura bajo la presente Póliza.

El Límite Máximo de esta cobertura se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y aplica por cada embarazo.

Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

La cobertura está limitada a embarazos en los que la fecha del parto ocurra según lo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**Este beneficio no está disponible si la Maternidad es excluida bajo cualquier otra provisión de esta Póliza.**

**p. Complicaciones de Maternidad:**

Para efectos de esta Póliza, se consideran Complicaciones de Maternidad, los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos por las causas que a continuación se indican: Embarazo ectópico; Edema y proteinuria gestacionales (inducidos por el embarazo) sin hipertensión; Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo); Preeclampsia y Eclampsia; Hemorragia precoz del embarazo; Infección de las vías genitourinarias en el embarazo; Diabetes mellitus que se origina con el embarazo; Atención materna por desproporción conocida o presunta; Atención materna por isoinmunización Rhesus; Atención materna por muerte intrauterina; Atención materna por déficit del crecimiento fetal; Atención materna por crecimiento fetal excesivo;


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

Polihidramnios; Oligohidramnios; Ruptura prematura de las membranas; Placenta previa; Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae); Parto prematuro; Hemorragia postparto; Retención de la placenta o de las membranas; Sepsis puerperal; Infecciones de la mama asociadas con el parto.

Las Complicaciones de Maternidad serán cubiertas solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza. Este beneficio está limitado a lo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares por embarazo.

**Para propósitos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea previa, no son consideradas Complicaciones de Maternidad.** Maternidades que no se consideren como Complicaciones de Maternidad estarán limitadas al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**q. Aborto Espontaneo:**

Gastos usuales, razonable y acostumbrados en que incurre el Asegurado por concepto de la atención de un aborto espontaneo o amenaza de aborto, siempre y cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza y se indique en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio está limitado al Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**r. Enfermedades del Recién Nacido:**

Monto hasta por el cual tiene derecho el hijo recién nacido para todos los tratamientos médicos necesarios por Enfermedad, condiciones médicas o desórdenes diagnosticados hasta el día en que el niño cumpla quince (15) días naturales de nacido. Esta cobertura se brinda según los gastos usuales, razonables y acostumbrados y de acuerdo al Límite Máximo Vitalicio especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se reconoce aplicando Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Agotado el monto de la cobertura no está sujeto a nuevo otorgamiento y cesa toda responsabilidad de la Compañía. Esta cobertura aplicará únicamente si el beneficio de Maternidad para la Titular de la Póliza, la cónyuge o compañera en unión de hecho del Titular haya tenido cobertura bajo el presente contrato. El hijo Recién Nacido deberá ser incluido en la póliza en los primeros quince (15) días naturales de nacido para seguir disfrutando del beneficio hasta el Límite Máximo Vitalicio estipulado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, en el caso de no ser incluido en ese tiempo el beneficio bajo esta cobertura cesará al cumplir los quince (15) días naturales de nacidos.

**La Compañía no asumirá ninguna responsabilidad ni obligación en exceso al monto fijado para este beneficio de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza.**

**s. Control de Niño Sano:**

El Control de Niño Sano abarca las consultas médicas y vacunas que indica el Ministerio de Salud de la República de Costa Rica, hasta el Límite Máximo por Año Póliza por niño indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Este beneficio se otorgará siempre que la Póliza esté vigente.

Los niños nacidos de una maternidad cubierta bajo esta Póliza gozarán de esta cobertura de manera automática si son incluidos en la póliza en los primeros quince (15) días naturales de nacido, y si esta cobertura aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**t. Cobertura Dental:**


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

**s.1. Cobertura Dental de Emergencia por Accidente:**

Gastos usuales, razonable y acostumbrados en que incurre el Asegurado por concepto del tratamiento necesario para restituir o reemplazar sólo piezas dentales naturales, perdidas o dañadas, en un accidente cubierto bajo las condiciones de la Póliza, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de sufrido el accidente. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

**s.2. Extracción de Terceras Molares Impactadas:**

De acuerdo al Límite Máximo, deducible y coaseguro establecido en Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, tendrá cobertura solo el costo de la cirugía por la extracción de terceras molares y los rayos X, si se encuentran impactadas. Se requiere pre-autorización por parte de la Compañía para la cual se solicitarán radiografías. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

**u. Terapia:**

Tratamiento de terapia física, terapia de lenguaje y/o terapia ocupacional prescritas por el médico tratante del Asegurado y necesarias como consecuencias de una enfermedad o accidente cubierto bajo esta póliza, cubiertas bajo los gastos usuales, razonable y acostumbrados aplicando el Deducible y Coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Esta cobertura se brinda de acuerdo al Límite Máximo por año Póliza especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**v. Condiciones Pre-existentes:**

El Período de Espera y el Límite Máximo por año póliza de este beneficio, estará establecido en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes Declaradas serán cubiertas después de la fecha de inclusión en la Póliza para el Asegurado hasta el Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Periodo de Espera aplicable a esta cobertura e indicado en la Tabla de Beneficios haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en el Certificado de Seguro.

**Bajo esta Póliza, no se encuentran cubiertos los tratamientos por Condiciones Pre-existentes no declaradas. Adicionalmente, las Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada a la Compañía podrá resultar en la negación de un reclamo. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.**

**w. Cobertura para Desórdenes Congénitos**:

El beneficio máximo para cobertura de Desórdenes Congénitos diagnosticados antes de que el Asegurado cumpla los quince (15) días naturales de nacidos será hasta el Límite Máximo Vitalicio para Cuidados del Recién Nacido especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**x. Cobertura por VIH - SIDA:**

Estarán cubiertos los gastos usuales, razonable y acostumbrados en que se proporcionan al Asegurado a consecuencia del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo. El tratamiento será cubierto solamente cuando la Enfermedad haya sido adquirida únicamente como resultado de una transfusión sanguínea recibida o de una Lesión o Accidente de trabajo sufrido, después de la inclusión del Asegurado en


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

la Póliza, siempre y cuando esta cobertura se indique en el Certificado y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. El Límite Máximo Vitalicio de esta cobertura se encuentra indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**y. Papanicolaou:**

Si el Asegurado es una mujer se cubrirán los gastos usuales, razonable y acostumbrados en que incurra por concepto de la ejecución de la prueba diagnóstica que consiste en recoger una muestra de células del cérvix o cuello del útero y del canal cervical para enviarlas al laboratorio y someterlas a estudio. Este beneficio está limitado a una vez por año póliza, solo para el Titular o Cónyuge Asegurado si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto solo por reembolso según costo razonable y acostumbrado.

**z. Mamografía:**

Si el Asegurado es una mujer se cubrirán los gastos usuales, razonable y acostumbrados en que incurra por concepto de la ejecución de un tipo de imagen médica especializada que utiliza un sistema de dosis baja de rayos X para visualizar el interior de las mamas. Este beneficio está limitado a una vez por año póliza, solo para la Titular o Cónyuge asegurado, mujer mayor a cuarenta (40) años de edad, si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto solo por reembolso según costo razonable y acostumbrado.

**aa. Salpingectomía:**

Si el Asegurado es una mujer se cubrirán los gastos usuales, razonable y acostumbrados en que incurra por concepto de la ejecución del método de esterilización femenina que consiste en cortar las trompas de Falopio. Este beneficio tiene un límite de por vida, solo para el Titular o Cónyuge asegurado si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

**bb. PSA: (Antígeno Prostático Específico)**

Gastos usuales, razonable y acostumbrados en que incurre el Asegurado por concepto de la ejecución de un examen de sangre para determinar niveles alterados de PSA. El PSA es una sustancia proteica sintetizada por células de la próstata. Es una glicoproteína cuya síntesis es exclusiva de la próstata. Este beneficio está limitado a una vez por año póliza, solo al Titular o Cónyuge hombre mayor a 40 años de edad, según se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica deducible y coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto solo por reembolso según costo razonable y acostumbrado.

**cc. Vasectomía:**

Si el Asegurado es un hombre se cubrirán los gastos usuales, razonable y acostumbrados en que incurra por concepto de la ejecución del procedimiento quirúrgico para la esterilización masculina y/o control de natalidad permanente en el cual los conductos deferentes, los


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

conductos que llevan los espermatozoides de un hombre, son ligados y cortados para prevenir que los espermas entren al flujo seminal. Este beneficio tiene un límite de por vida según se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro y es solo para el Titular o Cónyuge Asegurado. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

**dd. Consultas Psiquiátricas:**

Este beneficio está limitado a Consultas Psiquiátricas ambulatorias y a medicamentos prescritos por el Médico tratante que sean médicamente necesarios y proporcionadas por un Médico psiquiatra legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud, bajo las condiciones indicadas en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. **Ningún otro tratamiento psiquiátrico estará cubierto bajo esta Póliza.** Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

**ee. Consultas Psicológicas:**

Este beneficio está limitado a Consultas Psicológicas ambulatorias que sean médicamente necesarias y proporcionadas por un psicólogo legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud, bajo las condiciones indicadas en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. **Ningún otro tratamiento psicológico estará cubierto bajo esta Póliza.** Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

**ff. Calzado Ortopédico:**

El Calzado Ortopédico se utiliza para corregir las malformaciones de las piernas o de los pies, dichas malformaciones deben ser diagnosticadas por un Médico legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud. Este beneficio se otorga una vez al año si aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro y tendrá cobertura hasta el límite indicado en dichos documentos. Aplica deducible y coaseguro. Esta cobertura aplica únicamente contra reembolso. Siempre y cuando el Tomador haya pagado la prima adicional correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares Certificado de Seguro.

**gg. Tratamiento de Enfermedades Sexualmente Transmisibles:**

Se define como los servicios y costos médicos que se proporcionan al Asegurado a consecuencia de Enfermedad Sexualmente Transmisible. El Tratamiento será cubierto solamente cuando la enfermedad haya sido adquirida después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza. **Las siguientes enfermedades no están cubiertas bajo este beneficio:**

a. **Herpes (todo tipo)**
b. **Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Esta cobertura se brinda de acuerdo al Límite Máximo por año Póliza especificado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

**hh. Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos**

La cobertura de este beneficio queda sujeta a que el Equipo Médico Duradero sea necesario y razonable para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o para ayudar a corregir el mal funcionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará


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

necesario cuando se espere que su contribución hacia el tratamiento de la enfermedad o lesión sea significativa o cuando este contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aquellos aparatos que receta un médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Para efectos de cobertura, los Equipos Médicos Duraderos deberán ser recetados por un Médico autorizado, deberán soportar el uso repetido, servir un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y que su propósito principal no sea el de asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Aunque un producto pudiera clasificar como un Equipo Médico Duradero, este no necesariamente será cubierto en todos los casos. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Compañía y los mismos deberán ser provistos por la Compañía o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Compañía si los hubiera comprado a sus proveedores. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Compañía. Este beneficio tendrá cobertura si aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares.

**ii. Chequeo Médico:**

Exámenes médicos de rutina realizados por profesionales de la salud legalmente habilitados y no impedidos para el control de la salud, incluyendo, pero no limitados a, consulta, exámenes de laboratorio y gabinete realizados en centros médicos especializados. Este beneficio podrá ser aplicado una sola vez durante el año Póliza y caducará una vez que este finalice. El chequeo médico aplicará siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima que corresponda y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio será cubierto solo bajo la Red de Proveedores. El período de espera de esta cobertura se establecerá en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza.

La contratación de la presente cobertura imposibilita la contratación del Aditamento Cuida tu Salud y del Aditamento de Chequeo Preventivo Anual, por lo que no se podrán contratar a la misma vez.

**jj. Atención Médica Primaria**

Es un sistema de atención integral de la salud, en condiciones ambulatorias (consulta externa), dentro de las instalaciones de hospitales, clínicas y centros médicos de mediana y alta complejidad, que forman parte de la Red de Proveedores, a través de Médicos Generales, que permite resolver problemas de salud agudos o crónicos, que por su naturaleza no requieren de atención con médico especialista. La condición podrá ser atendida mediante la Atención Médica Primaria siempre y cuando esta no pueda ser catalogada dentro de alguna otra cobertura de la Póliza con algún sub-límite, o cuando no sea una condición detallada en la lista de Emergencia por Enfermedad, o bien no requiera sala de urgencias. Cualquier atención producto de una Maternidad será atendida bajo la cobertura de Maternidad o Complicaciones de Maternidad si aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de la Póliza y hasta el sub-límite contratado. En caso de que se determine medicamente que una condición atendida bajo la cobertura de Atención Médica Primaria requiera atención especializada o de Emergencia por la gravedad o tipo de condición, se aplicaran las condiciones de la Póliza referentes a


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

sub-límites, deducible, coaseguro y copago según aplique. Este beneficio tendrá cobertura si aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio está disponible solo en Costa Rica.

**kk. Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Hospitalizado:**

Son los gastos usuales, razonable y acostumbrados, incurridos e incluidos en la cuenta del Hospital por la estadía nocturna de un Acompañante durante la hospitalización de un Dependiente Menor de 18 años limitados y hasta un máximo de días hospitalarios indicados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se aplica Deducible y Coaseguro indicado en las Condiciones Particulares.

**ll. Consulta Nutricional**

Consulta nutricional realizada por un Nutricionista legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud. Este beneficio se otorga bajo los límites establecidos en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima por persona correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio será cubierto solo bajo la Red de Proveedores.

**mm. Pruebas de Alergias**

Pruebas realizadas para la detección de alergias, incluyendo, pero no limitadas a, pruebas cutáneas, sanguíneas y de secreciones, realizadas por médicos y/o laboratorios especializados y legalmente habilitados y no impedidos para el control de la salud. Este beneficio se otorga según los gastos usuales, razonable y acostumbrados bajos los límites establecidos en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio será cubierto solo bajo la Red de Proveedores.

**nn. Enfermera en el Hogar**

Son los servicios Necesarios, Razonables y Acostumbrados de un profesional de enfermería habilitado y no impedido para el ejercicio de su profesión, en el hogar del Asegurado, prescritos por un Médico y relacionados directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto bajo las condiciones de esta Póliza, sujeto a los límites específicos indicados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima que corresponda y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

Los cuidados de Enfermera en el Hogar deben ser aprobados por la Aseguradora.

**Por tratarse de un contrato tipo, la Compañía y el Tomador podrán negociar, los beneficios aplicables así como la ampliación o limitación del alcance de estos.**

### 3.2.2. COBERTURAS ADICIONALES

Sin perjuicio de las eventuales negociaciones entre las partes del presente Contrato Tipo, son coberturas opcionales que el Tomador de la Póliza puede adquirir mediante el pago de la prima adicional que corresponda y estarán vigentes si aparecen en el Certificado de Seguro de esta Póliza y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**Por tratarse de un contrato tipo, la Compañía y el Tomador podrán negociar las coberturas adicionales, así como la ampliación, modificación o limitación del alcance de estas.**


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

Las Coberturas Adicionales son las siguientes:

**a. Chequeo Preventivo Anual:**

Exámenes médicos de rutina realizados por profesionales de la salud legalmente habilitados y no impedidos para el control de la salud, incluyendo, pero no limitados a, consulta, exámenes de laboratorio y gabinete realizados en centros médicos especializados. Este beneficio podrá ser aplicado una sola vez durante el año Póliza y caducará una vez que este finalice. El Chequeo Preventivo Anual aplicará siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio será cubierto solo bajo la Red de Proveedores.

La contratación de la presente cobertura imposibilita la contratación del Aditamento Cuida tu Salud y del Aditamento de Chequeo Preventivo Anual, por lo que no se podrán contratar a la misma vez.

El aditamento correspondiente a esta cobertura adicional se adjunta a esta póliza en el caso de que sea contratado.

**b. Beneficio Óptico:**

Están cubiertos los gastos usuales, razonables y acostumbrados en que incurre el Asegurado por concepto de medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular, también están cubiertos el costo de aros, lentes y lentes de contacto, en caso de ser medicamente necesarios por referencia de un oftalmólogo o un optometrista. Este beneficio se otorga una sola vez por año Póliza, siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. Este beneficio será cubierto bajo la Red de Proveedores.

El aditamento correspondiente a esta cobertura adicional se adjunta a esta póliza en el caso de que sea contratado.

**c. Renta Diaria por Hospitalización:**

Siempre que la Hospitalización sea medicamente necesaria, se indemnizará al Asegurado Titular por cada día que se encuentre hospitalizado a causa de Enfermedad o Accidente cubierto por esta póliza y hasta el máximo de días indicados en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Que la Póliza y este Aditamento se encuentren vigentes y que el Aditamento aparezca en el Certificado y en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Superar las cuarenta y ocho (48) horas de período de espera o carencia.
- Que la hospitalización sea medicamente necesaria y consistente con el diagnóstico del médico tratante.

La Compañía pagará la Renta Diaria durante el máximo de días consecutivos que se establezcan en las Condiciones Particulares y a consecuencia de un mismo accidente o enfermedad.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza y/o sus Aditamentos, por lo que no se realizará ninguna disminución de la suma o sumas aseguradas otorgados por otros Aditamentos que formen parte de la Póliza.

El aditamento correspondiente a esta cobertura adicional se adjunta a esta póliza en el caso de que sea contratado.

**d. Asistencia Viajera:**

Los beneficios estarán disponibles cuando se indique en el Certificado de Seguro y en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. Para tener derecho a estos beneficios, el Asegurado deberá pre-autorizar a la Compañía llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación.

Bajo esta cobertura adicional tendrán cobertura las emergencias médicas por enfermedad o


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

accidente durante viajes al exterior, **siempre y cuando el viaje no exceda treinta (30) días consecutivos y con un máximo de sesenta (60) días anuales**. Esta cobertura también ofrece: transportación aérea de emergencia médica, transportación para acompañante, repatriación médica, centro de operaciones a disposición, desplazamiento de un acompañante fuera del país de residencia, estancia para acompañante, transportación personalizada, arreglos de alojamiento en hoteles seleccionados, repatriación de restos mortales, otras asistencias médicas, regreso de menores de edad en caso de muerte del Titular e información médica a familiares y/o Tomador.

El aditamento correspondiente a esta cobertura adicional se adjunta a esta póliza en el caso de que sea contratado.

**e. Cuida tu Salud:**

Exámenes médicos de rutina realizados por profesionales de la salud legalmente habilitados y no impedidos para el control de la salud, incluyendo, pero no limitados a, consulta, exámenes de laboratorio y gabinete realizados por centros médicos especializados de la Red de Proveedores, previamente definidos y acordado con el Tomador de la Póliza. Este beneficio podrá ser aplicado una sola vez durante el año Póliza y caducará una vez que este finalice. Este beneficio aplicará siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente y aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza. Este beneficio será cubierto solo bajo la Red de Proveedores y solo bajo la coordinación de la Compañía en la sede del Tomador de la póliza o donde se haya acordado previamente. La cobertura Cuida tu Salud será establecido según lo solicitado por el Tomador previo a la contratación del seguro donde se definirán los exámenes de laboratorio, examen médico que conformará el paquete contratado.

La contratación del presente aditamento imposibilita la contratación del Aditamento Chequeo Médico y del Aditamento de Chequeo Preventivo Anual, por lo que no se podrán contratar a la misma vez.

El aditamento correspondiente a esta cobertura adicional se adjunta a esta póliza en el caso de que sea contratado.

### 3.2.3. COBERTURAS DE SERVICIOS

Mediante el pago de la prima adicional que corresponda y sin perjuicio de las eventuales negociaciones entre las partes del presente Contrato Tipo, el Tomador puede adquirir una Cobertura Opcional de Servicios Odontológicos, Asistencia Salud, Asistencia Hogar, Asistencia Médica Integral, Asistencia Salud Plus, Multiasistencia Hogar, Multiasistencia Salud, Plan Bienestar, Plan Bienestar Mental Tarjeta MAS Colectivo y/o Tarjeta MAS Colectivo Plus. Estas coberturas de servicios estarán vigentes si aparecen en el Certificado de esta Póliza y Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

El aditamento correspondiente a la cobertura de servicios se adjunta a esta póliza en el caso de que sea contratado.

**Por tratarse de un contrato tipo, la Compañía y el Tomador podrán negociar las coberturas y servicios aplicables, así como la ampliación o limitación del alcance de estas.**

## 3.3. EXCLUSIONES

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

1. **Todo tratamiento relacionado con Condiciones Pre-existentes no declaradas y aquellas específicamente excluidas, según consta en el Certificado de Seguro del Asegurado, si las hubiese a menos que sea enmendado o que se estipule lo contrario en las Condiciones Particulares.**
2. **Cualquier tratamiento durante los primeros treinta (30) días naturales después de la Fecha de Inicio Original de**


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

**la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosa.**

3. **Cualquier tratamiento que requiera ser certificado o pre-autorizado, pero que no haya sido certificado o pre-autorizado por la Compañía, a menos que se indique lo contrario en el apartado 1.56. Pre-Autorización de la Cláusula 1. Definiciones.**
4. **Cualquier tratamiento que exceda los límites de cobertura.**
5. **Todo gasto donde se compruebe que el Tomador y/o Asegurado omitió información o hizo declaraciones falsas o incorrectas de forma intencional.**
6. **Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo necesario, razonable y acostumbrado por ese servicio en esa zona.**
7. **Exámenes de Chequeo Médicos o exámenes preventivos excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura de Chequeo Médico o la Cobertura Adicional de Chequeo Médico Preventivo Anual o la Cobertura Adicional de Cuida tu Salud que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura.**
8. **Vacunas, excepto a como se define en esta Póliza.**
9. **Expedición de certificados médicos, testificaciones médicas con propósitos de viajes o de obtención de empleos.**
10. **Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista así como todo tipo de aparatos para sordos (quirúrgicamente implantados o no quirúrgicamente implantados), los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión, a menos que se indique lo contrario en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y Certificado de la Póliza.**
11. **Exámenes de Chequeo rutinario de la vista, los costos de anteojos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión. Asimismo, los tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría), excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura Adicional de Beneficio Óptico que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura. Lentes intraoculares excepto como parte del tratamiento de cataratas, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.**
12. **Todo examen o tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal, a menos que sea requerido como consecuencia de un accidente durante la vigencia de la póliza. A menos que se haya contratado alguna de las Coberturas opcionales de Servicios Odontológicos detallados en la cláusula 3. Ámbito de Cobertura.**
13. **Toda lesión de piezas dentales sucedidas durante el acto de masticación.**
14. **Equipos Médicos Duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física u ocupacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro Equipo Médico Duradero exceptuando a como se define en esta Póliza.**
15. **Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto a como se define en esta Póliza.**
16. **Costos por aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.**
17. **Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, condiciones del espectro autista; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista**


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

**de salud mental; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas, excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura de Consultas Psiquiátricas que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura de esta Póliza.**

18. **La cirugía plástica o cosmética, así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de Lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.**
19. **Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por Accidente o trauma. Evidencia de trauma tendrá que ser confirmado radiográficamente (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).**
20. **Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, intento de suicidio, abuso de alcohol, tabaquismo, abuso o adicción a drogas y/o a estupefacientes, así como los originados por delitos o faltas a la ley, aun cuando la persona no hubiera estado en uso de sus facultades mentales. Accidentes en que el Asegurado conduzca un vehículo terrestre, marítimo o aéreo y no cuente con la licencia habilitante para hacerlo.**
21. **Accidente o enfermedad por uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, así como las originadas en delitos o faltas a la ley.**
22. **Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con el accidente o la enfermedad.**
23. **Tratamiento de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas la enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo, si el mismo es adquirido por una causa diferente a una transfusión sanguínea recibida o de una Lesión o Accidente de trabajo sufrido, después de la inclusión del Asegurado en la Póliza. La causa del contagio debe de ser demostrada por el Asegurado.**
24. **Tratamientos por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas. No se cubrirán los gastos médicos y/o quirúrgicos de toda índole si el Asegurado tiene una relación comercial con el representante legal, miembro, socio, propietario u otro del proveedor del servicio médico prestado.**
25. **Costo y adquisición de Trasplante de Órgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes cubiertos según se define en esta Póliza.**
26. **Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivo mono o biventriculares.**
27. **Gastos de cualquier criopreservación y la implantación o re-implantación de células vivas.**
28. **Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena (aislamiento) dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada**


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

**directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.**

29. **Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas, incluyendo personal que labore como guardia de seguridad.**
30. **Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.**
31. **Medicina complementaria o alternativa, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, capacitación en auto atención, auto cuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina Oriental incluyendo acupuntura; reiki, terapias holísticas; terapia de quelación; tratamientos quiroprácticos, masaje y terapias herbales. Todo tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o que se considere experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.**
32. **Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo o asilos de ancianos.**
33. **Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.**
34. **Todo método anticonceptivo cuyo fin sea el control de la natalidad. Todo gasto para la esterilización masculina (vasectomía) o femenina, inversión de la esterilización, excepto que en las Coberturas Particulares y en el Certificado de Seguro se indique que se ha contratado la Cobertura de Consultas de Vasectomía y/o Salpingectomía que se define en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura de esta Póliza.**
35. **Todo gasto para cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuación sexual y/o enfermedades sexualmente transmisibles, excepto como se define en esta Póliza.**
36. **Maternidades y Cuidados Neonatales como consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso que el embarazo dure menos de treinta y dos (32) semanas.**
37. **Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento relacionado con talla corta, delgadez, sobrepeso, obesidad o el control de peso en general, a menos que se haya contratado la cobertura Consulta Nutricional indicada en la Cláusula 3. Ámbito de Cobertura, y se muestre en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.**

37. 1**Toda forma de suplemento alimenticio, vitaminas, inmuno estimulantes y tratamientos para la prevención de enfermedades.**

38. **Cuidados podiátricos incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, hallux valgus, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma. Con excepción del Calzado Ortopédico, si se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones**


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

**Particulares y en el Certificado de Seguro.**

39. **Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.**
40. **Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.**
41. **Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craniomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación, excepto lesiones ocasionadas por accidentes cubiertos por la Póliza.**
42. **Prescripciones Facultativas o Medicinas de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Prescripciones Facultativas no recetadas; Prescripciones Facultativas excepto como se define bajo esta Póliza. En Costa Rica "venta libre" significa aquellos medicamentos descritos en el decreto vigente referente a la Declaratoria de Medicamentos de Venta Libre al Consumidor emitido por el Ministerio de Salud.**
43. **Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, como resultado de Enfermedades, Accidentes o Maternidades durante el período de Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido prorrogada.**
44. **Tratamiento para lesiones resultando de la participación en competencias demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.**
45. **Enfermera privada dentro o fuera del hospital. Excepto aquellas descritas en esta Póliza como enfermera en el hogar si aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.**
46. **Gastos médicos por concepto de tratamientos que ocurran con posterioridad a la expiración o terminación de este Contrato y/o termine el beneficio individual de cada titular y dependiente.**
47. **Enfermedades que sean declaradas como epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud Pública o por autoridad competente o por organización mundial reconocida.**
48. **Gastos ocasionados por trastornos relacionados con el sueño, insomnio, o alopecia.**

### 3.4. LÍMITES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza, en los apartados 1. Definiciones, 3. Ámbito de Cobertura y 3.3. Exclusiones:

- Todos los beneficios están sujetos al Deducible Anual según consta en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Todos los beneficios están sujetos al Coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Los beneficios otorgados por esta póliza están sujetos al Límite de Coaseguro especificado en el apartado 1.9.a. Límite de


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

Coaseguro de la Cláusula 1. Definiciones, que se indica en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

- Condiciones Pre-existentes quedarán cubiertas hasta el Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, siempre y cuando el período de espera aplicable haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en el Certificado de Seguro.
- Los Asegurados deberán solicitar pre-autorización para todos los procedimientos médicos según se indica en el apartado 1.56. Pre-Autorización de la Cláusula 1. Definiciones, exceptuando de las emergencias, como se indica en el apartado 3.2.1. Cobertura de Gastos Médicos.
- Cuarto y Alimento Diario en el Hospital será cubierto hasta el monto que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Unidad de Cuidados Intensivos será cubierta aplicando deducible y coaseguro hasta el monto que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Unidad de Cuidados Intermedios será cubierta aplicando deducible y coaseguro hasta el monto que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Máximo de estadía en el Hospital está limitado al tiempo en que médico tratante establezca por Enfermedad o Accidente o tratamiento relacionado a dicha Enfermedad o Accidente.
- Trasplante de Órgano está limitado por Asegurado, de por vida hasta el Límite Máximo Vitalicio que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Los Medicamentos Hospitalarios quedarán cubiertas bajo los gastos necesarios, razonables y acostumbrados aplicando el deducible y coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado. Se cubrirán medicamentos al momento del Alta Médica por un máximo de diez (10) días naturales de tratamiento.
- Los Medicamentos Ambulatorios quedarán cubiertas bajo los gastos necesarios, razonables y acostumbrados aplicando el deducible y coaseguro que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Servicio de Ambulancia Local está limitado por Asegurado, por Año Póliza, hasta el monto por evento indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares. La Cobertura Dental estará limitada a lo que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Transportación Aérea de Emergencia Médica.
- La Terapia estará limitada según a lo que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Enfermera en el Hogar, este beneficio está limitado a 30 días por Asegurado, por Año Póliza.
- Servicios Ambulatorios estará limitada según a lo que se indique en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Beneficios por Maternidad se cubrirá al aplicando deducible y coaseguro, limitado al monto indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares por embarazo.
- Complicaciones de Maternidad se cubrirá según la insta definida en estas Condiciones Generales aplicando deducible y coaseguro, limitado al monto indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.


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

- Aborto Espontaneo, este beneficio está limitado al Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Control de Niño de Sano, este beneficio está limitado al Límite Máximo indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Enfermedades de Recién Nacido limitado indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares por niño, de por vida durante los primeros quince (15) días de vida, si la madre cuenta con la cobertura de maternidad al momento del parto. Se aplica deducible y coaseguro indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.
- Cobertura por VIH-SIDA, el Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Papanicolaou, el Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Mamografía, el Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Salpingectomía, el Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- PSA (Antígeno Próstatico), el Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Vasectomía, el Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Consultas psiquiátricas, el Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Calzado Órtopedico, Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos, Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Chequeo Preventivo Anual, Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Atención Médica Primaria, Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Hospitalizado, Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Nutrición, Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.
- Pruebas de Alergia, Límite Máximo de este beneficio está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

**No obstante lo anterior, por tratarse de un contrato tipo, la Compañía podrá negociar a solicitud de Tomador los límites o restricciones de cobertura aplicables.**

## CLÁUSULA 4.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

El Tomador, se encuentra obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- El Tomador es responsable de pagar puntualmente la prima, como se explica en la Cláusula 5. Prima, de esta Póliza.
- El Tomador deberá suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro, exámenes médicos, y formularios de adición que apliquen, de los Asegurados.
- Si la modalidad es Contributiva, el Tomador deberá entregar a la Compañía el consentimiento de la persona Asegurada.
- El Tomador tiene el deber absoluto de notificar a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes de haber recibido esta Póliza si alguna de la información de esta Póliza, incluyendo


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

cualquier información en la Solicitud es incorrecta o está incompleta, si cualquier historial médico ha cambiado después de la fecha de la Solicitud y antes de la Fecha de Inicio Original, y/o si se ha omitido alguna información de la Solicitud.

- El Tomador deberá informar por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos del caso, en cuanto a:
  - Nuevas adiciones de dependientes;
  - Exclusiones de dependientes;
  - Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza;
  - Cambio de País de Residencia de los Asegurados;
  - Suscripción de nuevos contratos, según se indica en el apartado 10.8 Pluralidad de Seguros.
- Si en esta Póliza participa un intermediario de seguros, es obligación del Tomador informar a los asegurados sobre tal situación y, en el caso de las sociedades corredoras de seguros, aclarar si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el Tomador, y el detalle de sus obligaciones y responsabilidades.

En caso de incumplimiento, error u omisión del Tomador de las obligaciones antes descritas, que genere una afectación a un Asegurado o a sus Beneficiarios, provocará que el Tomador se encuentre obligado a resarcir al afectado los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de que la Compañía repare la afectación en primera instancia, en cuyo caso el Tomador deberá proceder con el reintegro a la Compañía.

El Asegurado, se encuentra obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- El Asegurado deberá declarar la edad exacta.
- El Asegurado se compromete a entregar al Tomador y este a someter a consideración de la Compañía, mediante el Formulario de Reclamación de la Compañía, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación, según se indica en la Cláusula 8. Notificación y Atención a Reclamos, de esta Póliza.
- El Asegurado deberá contactar a la Compañía por lo menos tres (3) días hábiles antes de cualquier hospitalización electiva. En caso de Servicios Ambulatorios la notificación deberá hacerse previo a la prestación del servicio para que la Compañía tenga la oportunidad de evaluar la cobertura del servicio. Si ocurriera un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Compañía en un plazo de siete (7) días hábiles de haber comenzado el tratamiento, según se indica en el apartado 8.1.

  Salvo que el Asegurado pueda comprobar que existió caso fortuito o de fuerza mayor, **la falta de notificación a la Compañía dentro del plazo exigido podrá ocasionar el atraso de la gestión indemnizatoria. En el caso de que hubiera ocurrido dolo o culpa grave, se producirá la pérdida al derecho de indemnización.**

## CLÁUSULA 5.- PRIMA

### 5.1. PAGO DE LA PRIMA

La Prima deberá ser pagada dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato. En la prórroga es pagadera en la Fecha de Vencimiento de la Póliza o dentro del Periodo de Gracia. El Tomador es responsable de pagar puntualmente la prima. Se envían avisos sobre el pago de la prima solo como cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Tomador no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de prórroga, debe contactar a la Compañía o su Sucursal. A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Aseguradora en su Casa Matriz, su Sucursal o la cuenta bancaria que al efecto se designe,


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

durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Aseguradora dará por terminado el contrato quedando liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, para lo cual notificará su decisión al Tomador dentro del plazo de cinco (5) días siguientes a la fecha en que se incurrió en mora, según lo establecido en el inciso a) del Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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

Los ajustes de prima originados por modificaciones a esta póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez (10) días naturales contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. En las Pólizas bajo la Modalidad No Contributiva, si el ajuste o la modificación origina un saldo a favor del Tomador, la Aseguradora realizará una nota de crédito a favor del Tomador el cual la podrá aplicar en el pago de la siguiente prima. En las Pólizas bajo la Modalidad Contributiva, si el ajuste o modificación origina un saldo a favor del Tomador y del Asegurado, la Aseguradora reintegrará al Tomador y al Asegurado el porcentaje de prima correspondiente.

### 5.2. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

Esta póliza no tiene recargo por fraccionamiento.

### 5.3. PERÍODO DE GRACIA

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

### 5.4. DEVOLUCIONES

Si un Asegurado o la Compañía anula la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido o prorrogado, notificando con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en que se dará por terminada la Póliza, la Compañía devolverá la porción no devengada de la prima. La porción no devengada de la prima está basada en trescientos sesenta y cinco (365) días, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada, deducido el treinta por ciento (30%) correspondiente a los gastos administrativos que genera el trámite y gestión de dicha devolución. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. La Compañía deberá efectuar la devolución en un plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la solicitud.

Si la modalidad de contratación es Contributiva, dicha devolución se efectuará al Tomador, y se distribuirá entre el Tomador y Asegurados proporcionalmente según se indica en el Certificado del Seguro.

En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la prima a ser devuelta se le pagará a la masa hereditaria del Asegurado de Póliza.

## CLÁUSULA 6.- AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS

La Compañía tendrá facultad para ajustar el precio de la prima, tomando en consideración, entre otros, los siguientes factores:

a) Resultados o experiencia de los últimos doce (12) meses y reclamos presentados en los últimos doce (12) meses en relación al plan de


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

seguros: Se revisan las primas actuales a través de un estudio sobre la siniestralidad registrada en los últimos doce 12 meses.

Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 400%.

c) Inflación estimada de los próximos (12) doce meses en los países donde se encuentran los principales proveedores de servicios médicos de la Compañía y publicada en fuentes oficiales y/o en informes de fuentes relevantes, confiables y especializadas en la materia:

Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 20%.

d) Desviaciones y/o cambios en los costos médicos y hospitalarios: Se analizarán los costos de los servicios médicos para aplicar ajustes en los beneficios de la póliza. La finalidad es asegurar que los beneficios se alineen con la realidad del sector médico, permitiendo así ofrecer coberturas más adecuadas a los asegurados.

Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 10%.

e) Modificaciones o incrementos en los beneficios de la póliza: La finalidad es asegurar que los beneficios se alineen con la realidad del sector médico, permitiendo así ofrecer coberturas más adecuadas a los asegurados.

Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 400%.

f) Cambio de edad de cualquier Asegurado: Se realizará un análisis colectivo de las características demográficas de los asegurados.

Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 20%.

g) Aumento en los costos de administración: Se analiza el comportamiento del gasto administrativo de la Póliza y del Plan de seguro en general para determinar si se requiere un ajuste en este recargo.

Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 20%.

**Por ser un contrato tipo, la Compañía puede acordar con el Tomador la modificación de los factores que se consideran para la modificación de las Primas, la forma en que se analizan y los posibles impactos en las tarifas, lo cual deberá quedar debidamente documentado en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

La Compañía notificará al Tomador cualquier cambio en el monto de la prima por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento del Año Póliza en que entre en vigencia la nueva prima. Se entenderá que el Tomador de la Póliza ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo estipulado.

## CLÁUSULA 7.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

### A.- RECARGOS

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

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

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

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

### B. DESCUENTOS


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

La Compañía podrá aplicar un descuento por volumen para determinados grupos de asegurados.

Los descuentos se aplicarán según el número de Asegurados del grupo, de acuerdo al siguiente cuadro:

| Número de Asegurados | Rango de Descuento |
|---|---|
| 20 - 100 | 0% a 5% |
| 101 - 300 | 0% a 7% |
| 301 - 600 | 0% a 10% |
| 601 o más | 0% a 15% |

El porcentaje de descuento otorgado se mantendrá por el año póliza.

La Compañía tendrá la facultad de revisar en la prórroga si el Grupo Asegurado cumple con las condiciones de volumen necesarias para la aplicación de dichos descuentos y se valorará si se le aplica un descuento mayor o menor basado en el número de Asegurados.

## CLÁUSULA 8.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

### 8.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Compañía por lo menos tres (3) días hábiles antes de cualquier hospitalización electiva. En caso de Servicios Ambulatorios la notificación deberá hacerse previo a la prestación del servicio para que la Compañía tenga la oportunidad de evaluar la cobertura del servicio. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Compañía en un plazo de siete (7) días hábiles de haber comenzado el tratamiento. Salvo que el Asegurado pueda comprobar que existió caso fortuito o de fuerza mayor, **la falta de notificación a la Compañía dentro del plazo exigido podrá ocasionar el atraso de la gestión indemnizatoria, en el caso de que hubiera ocurrido dolo o culpa grave, se producirá la pérdida al derecho de indemnización**. No obstante, se recomienda notificarle a la Compañía en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas de haber comenzado el tratamiento con el fin de que la Compañía coordine el pago de los beneficios.

### 8.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN

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

a) Formulario de reclamación;

b) Las facturas y/o recibos originales de la farmacia, clínica u hospital y/o honorarios médicos en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos ni facturas. El tipo de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con el tipo de cambio de venta de referencia del Banco Central de Costa Rica que prevalezca en el momento en que la Compañía tenga conocimiento del evento relacionado al Asegurado para el cual se hace la reclamación.;

c) Recetas médicas e indicaciones de medicina;

d) Exámenes de laboratorio;

e) Estudios radiológicos;

f) Constancia de estudios de la jornada completa (Si el paciente tiene entre 18 y 25 años);

g) Pre-autorización aprobada por la Compañía.

h) Reporte policial (Si ha existido un accidente automovilístico);

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


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

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

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

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

### 8.3. PAGOS DE RECLAMACIONES

Siempre que sea posible, la Compañía pagará directamente a los proveedores de servicios médicos. Cuando esto no sea posible, la Compañía le devolverá al Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Compañía y/o de acuerdo con los honorarios necesarios, razonables y acostumbrados que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable del pago de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. En caso de reembolso al Asegurado, este se hará en moneda local cuando los servicios prestados hayan sido proporcionados dentro del País de Residencia; de lo contrario, por los servicios prestados fuera del País de Residencia, el reembolso se hará en Dólares de los Estados Unidos de Norte América. Si el Titular de Póliza fallece, la Compañía pagará al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud todos los beneficios que aún no se hayan pagado; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, todo beneficio que quede sin pagar se le pagará a la sucesión del Titular de la Póliza.

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

Para el pago de los beneficios que estén sujetos a Deducible y/o Coaseguro, se aplicará primero el monto total del Deducible, posteriormente el Coaseguro y una vez agotado este último se pagará la cantidad restante hasta el límite total de la póliza o hasta el sub-límite del beneficio según sea el caso. Los beneficios que no estén sujetos a Deducible o Coaseguro se pagarán hasta el monto máximo del beneficio. Lo anterior siempre dentro del Límite Máximo por Año Póliza.

### 8.4. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

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

### 8.5. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

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


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

acuerdo a las reglas, términos y límites de esta Póliza.

### 8.6. VALORACIÓN

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

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

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

### 8.7. PROGRAMAS DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

La Compañía ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en inglés), que incluyen Certificación de Ingreso a Hospital, Revisión Concurrente y Gestión de Casos.

Todas las decisiones que precisen de capacitación u opinión profesional independiente de carácter médico o clínico, o que tengan que ver con dicha capacitación u opinión o con la necesidad de servicios médicos, serán la exclusiva responsabilidad del Asegurado y de los médicos que traten al mismo y de los proveedores de cuidados para la salud. Los Asegurados y sus Médicos son los responsables de decidir qué atención médica se debe dar o recibir y cuando y como se debe proveer dicha atención. La Compañía es exclusivamente responsable de determinar si los gastos en que se haya incurrido o se vaya a incurrir por concepto de la atención médica están cubiertos, o van a ser cubiertos, por esta Póliza. En el cumplimiento de esta responsabilidad, la Compañía no se considerará habilitada para participar ni para anular las decisiones médicas tomadas por los proveedores de cuidados para la salud que tenga el Asegurado.

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

#### A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Compañía podrá (pero no se le ha de exigir) revisar las estadías en el Hospital así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Compañía debe continuar la cobertura y/o el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

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

#### B. Gestión de Casos

La Compañía podrá hacer disponible este programa, a su exclusiva discreción, para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Compañía podrá elegir (pero no se le exigirá) ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados de la salud que sean eficaces en costos. La Compañía podrá hacer disponibles estos beneficios o pagos alternativos, dependiendo del caso específico, a los Asegurados que satisfagan los criterios de la Compañía que estén en vigor en ese momento. Dichos beneficios o pagos alternativos, de haberlos, se harán disponibles


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

de acuerdo con el plan de tratamiento con respecto al cual se pongan de acuerdo por escrito el Asegurado, o un representante de este mismo que sea aceptable a la Compañía y al Médico del Asegurado.

El que la Compañía ofrezca proveer o que de hecho provea algún beneficio o pago de tipo alternativo de ninguna manera obliga a la Compañía a seguir proveyendo dicho beneficio o pago, ni a proveer dicho beneficio o pago en ningún momento al Asegurado ni a ningún otro Asegurado por la Compañía. Nada que contenga esta sección se considerará como una renuncia al derecho que tiene la Compañía de hacer valer y cumplir esta Póliza de estricto acuerdo con sus condiciones y términos. Las Reglas, Términos, y Definiciones de esta Póliza seguirán estando en vigor, a no ser lo que la Compañía específicamente modifique por escrito, cuando los beneficios o pagos alternativos se hagan disponibles a través de este programa.

**Segunda Opinión Quirúrgica**

Si un Asegurado tiene programado algún procedimiento quirúrgico o tratamiento especializado que no sea de emergencia, tendrá que notificar a la Compañía por lo menos tres (3) días hábiles antes del procedimiento programado. A la opción de la Compañía, se podrá exigir una segunda opinión quirúrgica de un Médico elegido por la Compañía respecto al procedimiento quirúrgico programado. Solo están cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas que exija y haya coordinado la Compañía. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía, la Compañía también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Compañía. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía, los beneficios de cirugía se pagarán de acuerdo con esta Póliza. Si la Compañía solicita una segunda opinión y la cirugía se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Compañía, la Póliza en ese caso no cubrirá el procedimiento quirúrgico ni sus secuelas.

## CLÁUSULA 9.- VIGENCIA

### 9.1. VIGENCIA

Esta Póliza se emite como una póliza Anual Prorrogable por el espacio de un (1) año, pudiendo prorrogarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en esta Póliza y/o sus endosos, salvo que el Tomador exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días naturales antes del vencimiento.

El seguro entrará en vigor el último de las fechas descritas a continuación siempre que el Asegurado esté en estado activo en esa fecha:

- Cuando la Compañía exija evidencia de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que la Compañía apruebe la solicitud del propuesto asegurado.
- Si no se requiere evidencia de asegurabilidad, el propuesto asegurado será asegurado en la fecha en que sea elegible para el seguro.

### 9.2. TÉRMINO DE PÓLIZA Y/O SUS ADITAMENTOS

Esta Póliza y/o sus aditamentos terminarán y la cobertura provista por esta póliza cesará en cualquiera de los siguientes casos:

- Por vencimiento de la vigencia de esta Póliza.
- Por decisión unilateral del Tomador, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación, mediante notificación escrita a la Compañía.
- Por reducción en el cincuenta por ciento (50%) o más del número inicial de Asegurados, la Compañía notificará al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de anticipación.
- Por no haber pagado las primas el Tomador dentro de los plazos estipulados en el Cláusula 5.- Prima de esta Póliza y según la metodología descrita en el artículo 37 de la Ley No. 8956.


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

- Según se indica en la Cláusula 10.- Condiciones Varias, apartado 10.5. Nulidad del Contrato por Declaración Falsa o Inexacta.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente seguro después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios por él provistos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

El Tomador y la Compañía se comprometen a notificar a los Asegurados por lo menos cuarenta y cinco (45) días naturales de anticipación, mediante notificación escrita la cancelación del contrato.

### 9.3. TÉRMINO DE LA PÓLIZA Y SUS ADITAMENTOS PARA LOS ASEGURADOS

Esta Póliza y/o sus aditamentos terminarán y la cobertura provista por esta póliza cesará para el Asegurado en cualquiera de los siguientes casos:

- En la fecha en que el Asegurado deje de ser elegible según se indica en la Cláusula 10.- Condiciones Varias, apartado 10.1. Elegibilidad.
- Cuando se suspenda por más de dos (2) meses la relación con el Tomador.
- Cuando el Tomador haya dejado de pagar primas para ese Asegurado, según se indica en la Cláusula 5.- Prima.
- Al fallecer el Asegurado por razones no cubiertas por esta Póliza.
- Cuando el Tomador solicite la exclusión del Asegurado de la Póliza.
- Por declaración falsa o inexacta según se indica en la Cláusula 10.- Condiciones Varias, apartado 10.5. Nulidad del Contrato por Declaración Falsa o Inexacta.
- Al alcanzar la edad máxima de asegurabilidad para los Dependientes del Asegurado según se indica en la Cláusula 1.- Definiciones, apartado 1.19. Dependiente.
- Si el Asegurado cambia su lugar de residencia fuera de la República de Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala o Panamá.

### 9.4. DISPOSICIONES SOBRE PRORROGACIÓN

La prórroga de la cobertura de esta Póliza procederá siempre y cuando:

- La Póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.
- El Tomador acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la prórroga.
- No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Tomador de la Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento y se ha pagado la prima en la Fecha de Vencimiento de la Póliza o dentro del Periodo de gracia, en cuyo caso, la prórroga de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada prórroga se expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.
- No exista falta de pago de prima, fraude o falsedad.

También se acuerda que esta Póliza deberá prorrogarse en la fecha de prórroga del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada prórroga. La Compañía tendrá facultad para ajustar el precio de la prima del plan, tomando en consideración los siguientes factores: a) resultados o experiencia de los últimos doce meses de todo el plan de seguros de la Póliza que se trate, b) inflación estimada de los próximos doce meses en los países donde se encuentran los principales proveedores de servicios médicos de la Compañía y publicada en fuentes oficiales y/o en informes de fuentes relevantes, confiables y especializadas en la materia, c) desviaciones y/o cambios en los costos médicos y hospitalarios, d) modificaciones o incrementos en los beneficios de la póliza, e) el cambio de


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

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

## CLÁUSULA 10.- CONDICIONES VARIAS

### 10.1. CONTRATO TIPO

Por ser un seguro bajo modalidad de Contrato Tipo, las cláusulas que podrán ser modificadas de común acuerdo entre las Partes serán las siguientes:

1. **Definiciones**: se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar
2. **Cobertura de Gastos Médicos**: se podrá negociar en su alcance, ámbito de cobertura, beneficios o sus límites.
3. **Coberturas adicionales**: cada cobertura adicional se podrá negociar en su alcance, sus beneficios, su ámbito de cobertura, sus límites y exclusiones.
4. **Coberturas de Servicio**: se podrá negociar las coberturas y servicio con el Tomador, así como su alcance, ámbito de cobertura, beneficios, sus límites y exclusiones.
5. **Exclusiones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
6. **Límites o restricciones a las coberturas:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
7. **Coordinación de Beneficios:** se podrá modificar.
8. **Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización:** se podrá modificar.
9. **Elegibilidad:** se podrá modificar.
10. **Registro de Asegurados y Beneficiarios**: se podrá modificar.
11. **Pluralidad de Seguros:** se podrá modificar.
12. **Comisión de Cobro:** se podrá agregar, ampliar o modificar.

### 10.2. ELEGIBILIDAD

El Tomador deberá estar legalmente establecido en la República de Costa Rica. Son elegibles como Asegurados:

- Los propietarios, socios o miembros del directorio del Tomador, siempre y cuando exista autorización expresa por parte de la Compañía.
- Las personas que, con posterioridad a la fecha de vigencia de esta Póliza, se incorporen en forma laboral estable al Tomador.
- Los Dependientes del Asegurado Titular según se define esta póliza.
- La edad mínima de inscripción será los quince (15) años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Titular de Póliza.

Las personas, incluyendo Dependientes, serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación de la Solicitud de Seguro por parte de la Compañía, según el estado de salud del Asegurado propuesto.

La Compañía se reserva el derecho de exonerar la presentación del examen médico realizado mediante el formulario médico de la Compañía, según declaración de buena salud, y/o pruebas que presente el Asegurado propuesto y/o criterio de la Compañía.

Aquellos Asegurados que no ingresaren al grupo siendo elegibles, o que habiéndolo hecho se hayan retirado del mismo, no podrán ingresar sino al aniversario de esta Póliza, previa aceptación expresa de la Compañía, la misma que tiene la facultad de negar, limitar o condicionar dicho ingreso.

Los Recién Nacidos de una Maternidad cubierta por esta Póliza están automáticamente cubiertos hasta el límite específico tal y como se señala bajo la cláusula Ámbito de Cobertura, sujeto a que el Formulario de Adición sea enviado a la Compañía dentro de un plazo de quince (15) días naturales de haber ocurrido el nacimiento, y según como se indica en esta Póliza. De no cumplirse con este requisito, se deberá completar una solicitud de seguro para


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

la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

### 10.3. REGISTRO DE ASEGURADOS

El Tomador debe suministrar mensualmente a la Compañía información relacionada con los Asegurados, como modificación de coberturas, inclusión de asegurados, exclusión de asegurados, terminación del seguro, y cualquier información que se considere razonablemente necesaria, con el fin de administrar debidamente la póliza.

Este registro de Asegurados será proporcionado al Tomador previa prórroga de la Póliza para que pueda validarlo.

### 10.4. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse bajo cualquiera de las dos modalidades:

- Contributiva, donde el grupo asegurable contribuyen con parte o con la totalidad de la prima.
- No Contributiva, el Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

### 10.5. COMISIÓN DE COBRO

Esta póliza no establece comisión por cobro de prima al Tomador o a terceros, a menos que se pacte en contrario y se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía podrá reconocer al Tomador del seguro un porcentaje de comisión que se especifique en las Condiciones Particulares de esta póliza por concepto de recaudación de primas.

La comisión, pago o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Tomador del seguro o al intermediario, contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos en virtud de la gestión de la Póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

### 10.6. REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

Cuando el seguro es de modalidad No Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del cien por ciento (100%) de aquellos elegibles para el seguro.

Cuando el seguro es de modalidad Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos elegibles para el seguro.

En ambos casos los Asegurados no deben ser menos de diez (10).

### 10.7. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía con al menos dos (2) meses de anticipación, para cumplir con la comunicación que se detalla a continuación respecto a cada asegurado.

La Compañía comunicará a los asegurados, con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de antelación a la fecha de la terminación del contrato la decisión, a efecto de que sus intereses no se vean afectados. La comunicación se hará al medio establecido por cada Asegurado para recibir notificaciones.

La Compañía, salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada este contrato.

### 10.8. MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Cualquier cambio a las condiciones de esta Póliza, acordado entre el Tomador y la Compañía, debe constar por escrito en idioma español y debe estar firmado por ambas partes. Los cambios que se realicen deberán ser comunicados al Asegurado a la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en la cláusula de COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES y la Compañía informará a los Asegurados sobre las modificaciones acordadas con el Tomador al menos treinta (30) días naturales


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

antes de la entrada en vigencia de la modificación.

### 10.9. DERECHO A COPIA DE LAS CONDICIONES GENERALES

"Como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la Compañía, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones".

### 10.10. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

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

La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

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

a. La Compañía tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al Tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince (15) días hábiles después de la notificación, la Compañía, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un (1) mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Tomador o Titular de la Póliza la prima no devengada al momento de la rescisión.

c. El derecho de la Compañía de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

### 10.11. CANCELACIÓN O NO PRÓRROGA DE LA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO

La Compañía se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza del Asegurado inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud y/o el Formulario de Examen Médico son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos (reside en los Estados Unidos durante más de ciento ochenta (180) días naturales en cualquier plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días), la cobertura en ese caso se dará por terminada automáticamente para el Asegurado en la próxima Fecha de Vencimiento.

La presentación de una reclamación fraudulenta constituye causa para la terminación de la Póliza para el Asegurado.

Si el Asegurado deja de tener una relación estable con el Tomador, la Póliza quedará cancelada para el Asegurado desde el momento que el Tomador solicite la exclusión del mismo.

### 10.12. MONEDA

Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará la moneda que se indique en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, esta podrá ser el Dólar de los Estados Unidos de Norte América, o el Colón de la República de Costa Rica. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la póliza, el Tomador o Titular de la Póliza podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe.

Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de


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

venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.

### 10.13. PLURALIDAD DE SEGUROS

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

Una vez suscrito el contrato, el Asegurado tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada.

Si, por incumplimiento del deber de notificar referido, algún asegurador paga al Asegurado una indemnización mayor a la que le correspondería, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), se considerará que el pago fue indebido pudiendo la Compañía recuperar lo pagado en exceso. El Asegurado, 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 de efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

### 10.14. EXÁMENES FÍSICOS

La Compañía, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que la Compañía considere necesarios durante la pendencia de la reclamación. El Asegurado pondrá a disposición de la Compañía todos los informes y expedientes médicos y, cuando ésta se lo pida, firmará todas las planillas de autorización que necesite la Compañía para obtener dichos informes y expedientes. El no autorizar la emisión de todos los expedientes médicos que pida la Compañía dará por resultado que se deniegue la reclamación. La Compañía tiene el derecho a solicitar en caso de muerte una autopsia en las instalaciones que decida la Compañía.

### 10.15. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N° 8653) y la Ley N° 8956, la información del Tomador del Seguro, Titular de la Póliza, el Asegurado y el Beneficiario que haya sido suministrada a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad.

### 10.16. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

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

### 10.17. PRESCRIPCIÓN

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

### 10.18. NORMAS SUPLETORIAS

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


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

otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.

### 10.19. INDISPUTABILIDAD

Una vez transcurrido el periodo de dos (2) años a partir del perfeccionamiento del contrato, salvo cuando la persona Asegurada hubiera actuado con dolo, la Compañía no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas.

Cuando la reticencia o las declaraciones inexactas se refieran a la edad de la persona asegurada, la Compañía podrá ajustar el contrato al estado real del riesgo.

También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad pre-existente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

### 10.20. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no participará en las utilidades ni en el superávit ganado de la Compañía, a menos que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza previo acuerdo con el Tomador. De acordarse la participación de utilidades, se podrá pactar con el Tomador el pago de la participación mediante un desembolso directo a éste, o mediante el abono a la prima a pagar en la prórroga. Si la Póliza es en modalidad contributiva, se podrá pactar también el abono a la prima en la prórroga o el desembolso directo al Tomador y a los asegurados, en este último caso, la Aseguradora se encargará de distribuir la participación de las utilidades entre todos los asegurados, en la misma proporción en que los mismos contribuyeron al pago, tal y como se establece en el Artículo 6 inciso b del Reglamento de Seguros Colectivos (SUGESE 05-13).

De acordarse la participación de utilidades, la misma se calculará de la siguiente manera: Las primas cobradas anuales del grupo menos los siniestros incurridos (siniestros pagados, más siniestros pendientes, más siniestros incurridos pero no reportados), menos los gatos administrativos de la Aseguradora, al resultado obtenido se le restarán los saldos negativos de ejercicios anteriores (si los hubiera), este resultado final se le aplicará el porcentaje pactado con el Tomador como Participación de Utilidades.

Si existen utilidades, la Compañía pagará al Tomador el porcentaje de participación según se haya pactado en las Condiciones Particulares.

## CLÁUSULA 11.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

La Compañía cuenta con una Instancia de Atención al Consumidor de Seguros. Este es un servicio auxiliar de seguros contratado por la Compañía para recibir, tramitar y resolver las quejas y reclamaciones que le sean presentadas por parte de consumidores de seguros, provenientes de las instancias operativas de la Compañía.

Esta instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia de las instancias operativas de la Compañía, y sus resoluciones respecto de las quejas y reclamaciones sometidas a su conocimiento, serán dictadas con total imparcialidad y objetividad. En este proceso, tanto el consumidor como de los distintos departamentos y servicios de la Compañía, podrá recabar cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión.

El Consumidor de Seguros podrá acceder a la Instancia de Atención al Consumidor de Seguros, mediante la página web de la Compañía, www.segurosbmicr.com.

## CLÁUSULA 12.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

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

A su vez, los asegurados y miembros del grupo asegurable, podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual


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

y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

Teléfono: **CR (506) 2228-6069.**

E-mail: postventacr@bmicos.com

Sitio web:www.segurosbmicr.com

### 12.1. JURISDICCIÓN, ASUNTOS JURÍDICOS E IDIOMA

La exclusiva jurisdicción aplicable a cualquier asunto que se origine de esta Póliza así como cualquier asunto relacionado con la Solicitud, declaraciones fácticas hechas y/o denegación de reclamaciones será la de los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. La Compañía, el Tomador y/o el Asegurado cubierto por esta Póliza por este medio expresamente acuerdan someterse a juicio ante un juez de derecho en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza. No obstante, previo acuerdo podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta Póliza. La Compañía, el Tomador y/o el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes paguen sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el Español, aunque se le haya proporcionado al Tomador y/o al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

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

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016**”.

“Como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la Compañía, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones”.


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

# COBERTURAS ADICIONALES

## SUJETO A PAGO DE PRIMA ADICIONAL

## VIGENTES SI APARECEN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO DE ESTA PÓLIZA

| | |
|---|---|
| Asistencia Viajera | Aditamento de Asistencia Viajera.doc |
| Beneficio Óptico | Aditamento de Beneficio Óptico.docx |
| Chequeo Preventivo Anual | Aditamento de Chequeo Preventivo A |
| Renta Diaria por Hospitalización | Aditamento de Renta Diaria por Hospitaliza |
| Cuida tu Salud | Aditamento Cuida tu Salud.docx |
| Aditamento Odontológico | ADITAMENTO PLAN SERVICIO ODONTOLÓ<br>BMI DENT.docx<br>INTEGRAL A.docx<br>INTEGRAL B.docx<br>PLAN AMPLIO INTEGRAL B (Limitado<br>PLAN AMPLIO INTEGRAL C.docx<br>PLAN AMPLIO INTEGRAL D.docx<br>PLAN AMPLIO INTEGRAL E.docx |

| | |
|---|---|
| | PLAN ODONTALGIA SIN Rx.docx<br>PLAN ODONTALGIA CON Rx.docx<br>PLAN EMERGENCIA Y PREVENCIÓN.docx<br>PLAN EMERGENCIA Y PREVENCIÓN (Copag<br>PLAN EMERGENCIA SIN ENDODONCIA.do<br>PLAN EMERGENCIA COMPLETA.docx<br>Aditamento Plan Dental 1000.docx<br>PLAN AMPLIO.docx |
| Tarjeta MAS | Tarjeta Mas Colectivo.docx<br>Tarjeta Mas Colectivo Plus.docx |
| Asistencia Hogar | ASISTENCIA HOGAR.docx |
| Asistencia Salud | ASISTENCIA SALUD.docx |
| Asistencia Salud Plus | Asistencia Salud Plus (ADD).docx |
| Asistencia Medica Interal | Asistencia Medica Integral (ADD).docx |
| Multiasistencia Salud | MULTIASISTENCIA SALUD (ADD).docx |

| | |
|---|---|
| Multiasistencia Hogar | MULTIASISTENCIA HOGAR (ADD).docx |
| Plan Bienestar | Plan Bienestar (ADD).docx |
| Plan Bienestar Mental | Plan Bienestar Mental(ADD).docx |

# BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
# PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO

## Aditamento de Chequeo Preventivo Anual

**Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza. Para tener derecho a estos beneficios, el Asegurado deberá pre-autorizar a la Compañía llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación.**

Este aditamento forma parte de la póliza si:

1. se indica en el Certificado de Seguro;
2. se indica en las Condiciones Particulares; y
3. se ha solicitado por escrito.

Los beneficios contemplados en este Aditamento están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

## DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

### CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

**Cobertura**

Con el pago de prima adicional, y siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, y la misma aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza, el Asegurado tendrá derecho a los siguientes beneficios:

i. Exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado y no impedido para el control de la salud;
ii. Exámenes de laboratorio realizados en centros médicos especializados.

**Limitaciones**

a. Este beneficio se otorgará una sola vez por año Póliza al Titular de la Póliza y su cónyuge siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura y se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente.
b. Este beneficio será cubierto solo dentro de la Red de Proveedores de la Compañía.

**Documentos Necesarios para Solicitar este Beneficio**

El beneficio de Chequeo Preventivo Anual se otorgará una vez que se presenten los siguientes documentos:

1. Solicitud por escrito de parte del Asegurado para utilización de los Beneficios.
2. Copia de cédula de identidad.
3. Coordinación previa y selección de un Médico y laboratorio dentro de la Red de Proveedores de la Compañía.

## EXCLUSIONES

**No procederá el pago del beneficio de Chequeo Preventivo Anual, en los siguientes casos:**

**a. Si el chequeo se realiza en algún centro médico fuera de la Red de Proveedores de la Compañía.**
**b. Si el chequeo se realiza sin una pre-autorización de parte de la Compañía.**
**c. Si se realiza cualquier otro examen o chequeo diferente al paquete que ofrece la Compañía en los diferentes Hospitales o centros de atención médica.**

## PRIMA

La Compañía determinará anualmente la prima de este Aditamento basándose en las expectativas para el futuro. Cualquier modificación contractual será puesta en conocimiento del Tomador y/o Asegurado Titular con treinta (30) días naturales de anticipación a la renovación.

## CONTESTABILIDAD DEL ADITAMENTO

La Compañía podrá impugnar la validez del Aditamento si cualquier declaración o respuesta


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

en la solicitud falsea cualquier hecho relevante con relación al seguro. Sin embargo, si el Aditamento ha estado en vigor durante la vida del Asegurado por dos (2) años a partir de la fecha de emisión o de rehabilitación, la Compañía no podrá impugnarlo a menos que exista falta de pago de primas o fraude.

## TERMINACIÓN

Según lo que se indique en las Condiciones Generales de la Póliza.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016.**"

| Firma Presidente | Firma Representante Legal | Firma Tomador |
|---|---|---|

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

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

# BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
# PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO

## Aditamento de Beneficio Óptico

**Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza. Para tener derecho a estos beneficios, el Asegurado deberá pre-autorización a la Compañía llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación.**

Este aditamento forma parte de la póliza si:

1. se indica en el Certificado de Seguro;
2. se indica en las Condiciones Particulares; y
3. se ha solicitado por escrito.

Los beneficios contemplados en este Aditamento están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

## DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

### BENEFICIO ÓPTICO

**Cobertura**

Con el pago de prima adicional, y siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura, y la misma aparezca en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza, el Asegurado tendrá derecho a los siguientes beneficios:

- Gastos por medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular.
- Costo de aros, lentes y lentes de contacto, en caso de ser medicamente necesarios por referencia de un oftalmólogo o un optometrista.

**Limitaciones**

a. Este beneficio se otorgará una sola vez por año Póliza al Titular de la Póliza y su cónyuge siempre y cuando el Tomador haya seleccionado la Cobertura y se haya pagado la prima adicional por persona correspondiente.
b. Este beneficio será cubierto solo dentro de la Red de Proveedores de la Compañía.

**Documentos Necesarios para Solicitar este Beneficio**

El beneficio de Chequeo Oftalmológico se otorgará una vez que se presenten los siguientes documentos:

1. Solicitud por escrito de parte del Asegurado para utilización de los Beneficios.
2. Copia de cédula de identidad.
3. Coordinación previa y selección dentro de la Red de Proveedores de la Compañía.
4. Referencia de un oftalmólogo u optometrista en caso de requerir aros, lentes o lentes de contacto.

## EXCLUSIONES

**No procederá el pago del beneficio de Óptico, en los siguientes casos:**

**a. Si el chequeo se realiza en algún centro médico fuera de la Red de Proveedores de la Compañía.**
**b. Si el chequeo se realiza sin una pre-autorización de parte de la Compañía.**
**c. Si se realiza cualquier otro examen o chequeo diferente al paquete que ofrece la Compañía en los diferentes Hospitales o centros de atención médica.**
**d. Si no se presenta a la Compañía la referencia de un oftalmólogo u optometrista.**


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

## PRIMA

La Compañía determinará anualmente la prima de este Aditamento basándose en las expectativas para el futuro. Cualquier modificación contractual será puesta en conocimiento del Tomador y/o Asegurado Titular con treinta (30) días naturales de anticipación a la renovación.

## CONTESTABILIDAD DEL ADITAMENTO

La Compañía podrá impugnar la validez del Aditamento si cualquier declaración o respuesta en la solicitud falsea cualquier hecho relevante con relación al seguro. Sin embargo, si el Aditamento ha estado en vigor durante la vida del Asegurado por dos (2) años a partir de la fecha de emisión o de rehabilitación, la Compañía no podrá impugnarlo a menos que exista falta de pago de primas o fraude.

## TERMINACIÓN

Según lo que se indique en las Condiciones Generales de la Póliza.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016.**"

| Firma Presidente | Firma Representante Legal | Firma Tomador |
|---|---|---|
| **BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY**<br>**8950 S.W. 74 Court, Piso 24,**<br>**Miami, FL 33156**<br>**Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 ***<br>**e-mail: bmi@bmicos.com** | **Sucursal**<br>**San Rafael de Escazú, Edificio BMI,**<br>**calle paralela a la Ruta 27**<br>**San José, Costa Rica**<br>**Tel. CR (506) 2228-6069**<br>E-mail: postventacr@bmicos.com<br>** Web: www.segurosbmicr.com | |

# Best Meridian Insurance Company
# PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO

# CONDICIONES TARJETA MAS COLECTIVO

**Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza.**

# COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-R-408-2010 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada "La Compañía", otorga el presente Aditamento que será adherido a la PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

Este Aditamento forma parte de la póliza sí: 1) Se indica en el Certificado de Seguro; 2) Se indica en las Condiciones Particulares; y 3) Se ha solicitado por escrito. Los beneficios contemplados en este Aditamento están sujetos al pago de prima adicional y a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

Si el contenido de este Aditamento o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar su rectificación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega al Tomador de un ejemplar firmado por la Compañía. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones. El Tomador deberá devolver a la Compañía este Aditamento debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.

| Firma Presidente | Firma Representante Legal | Firma Tomador |
|---|---|---|

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

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

**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO**

**ADITAMENTO TARJETA MAS COLECTIVO**

# CONDICIONES TARJETA MAS COLECTIVO

## CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

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

**1.1. ADMINISTRADOR DE LOS SERVICIOS DE LA TARJETA MAS.-** Es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores: Atención Médica Domiciliaria y Beneficios y Descuentos ofrecidos en la Tarjeta MAS Colectivo, a nivel nacional.

**1.2. ASISTENCIA.-** Son los servicios que se le brindarán al Asegurado de conformidad con los términos y condiciones que se describen en este Contrato.

**1.3. DOMICILIO.-** Es el lugar de uso habitacional permanente y habitual del Asegurado dentro del territorio nacional.

**1.4. GRAN ÁREA METROPOLITANA (GAM).-** El gran área metropolitana, abreviado como GAM, incluye desde Cartago al este, zona limitada por Quircot, San Rafael de Oreamuno, Dulce Nombre, Aguas Calientes, Tejar del Guarco, Lima y Taras. Oeste, hasta Ciudad Colón. Sur, Cinco Esquinas de Aserrí, Norte Heredia Centro, San Joaquín de Flores, Santo Domingo de Heredia, Barva, Santa Bárbara y San Miguel en ruta a Guápiles, Alajuela Centro, Río Segundo, El Coyol.

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

## CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

El presente Contrato se adiciona a esta Póliza la cual cuenta con sus Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro del Titular de Póliza, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, este Contrato, los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

## CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

### 3.1. RIESGOS CUBIERTOS

Como parte de las coberturas de esta Póliza se brindará a los Asegurados un beneficio llamado Tarjeta MAS Colectivo la cual ofrece una cobertura de asistencia médica domiciliaria, así como la atención de emergencia y servicio de ambulancia derivada de la atención médica domiciliaria.

Así mismo, la Tarjeta MAS Colectivo permite al Asegurado acceder a tarifas especiales y descuentos en servicios entre los que se incluyen, pero no se limita solamente a: servicios oftalmológicos, servicios estéticos y de spa, descuentos en laboratorios, bancos de células madre y servicios dentales.

Las Partes entienden que el presente Contrato es parte de la Póliza, el cual se mantendrá vigente siempre que la Póliza se encuentre vigente y se acredite mediante recibo oficial de la Compañía,

según la frecuencia y forma de pago que se expresa en el Certificado de Seguro.

## 3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

### 3.2.1. ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

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

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

b. **Médicas Visitas Programada:** Si el beneficiario lo solicita y/o en caso de que las condiciones de ingreso hacia el lugar donde se encuentra el paciente (condiciones viales, de clima, seguridad y situaciones adversas como inundaciones, bloqueos, cierre de vías, etc.) no sean las adecuadas, o bien no se encuentren médicos disponibles en la zona al momento de solicitar el servicio, se podrá realizar la visita médica a domicilio agendada en un período no mayor a 24 horas, según disponibilidad del paciente y de nuestro equipo de médicos generales.

c. **Orientación médica ilimitada por medios interactivos (telefónico):** A solicitud del beneficiario se proporcionará vía telefónica a través de nuestro canal de atención telefónica, las 24 horas del día durante los 365 días del año el servicio de orientación médica telefónica, en el cual se valorará la sintomatología del paciente, actuando de acuerdo con los protocolos establecidos de atención médica general.
   En caso de que las condiciones de ingreso hacia el lugar donde se encuentra el paciente (condiciones viales, de clima, seguridad y situaciones adversas como inundaciones, bloqueos, cierre de vías, etc.) no sean las adecuadas, o bien no se encuentren médicos disponibles en la zona, se podrá realizar la orientación médica vía telefónica, con la posibilidad, a solicitud del afiliado, de agendar la visita médica a domicilio según disponibilidad del paciente y de nuestro equipo de médicos generales en un período no mayor a 24 horas.

d. **Servicio de Ambulancia en el GAM si el médico lo requiere (urgencia o emergencia):** Previa valoración de nuestros médicos a domicilio y bajo criterio del profesional, se contará con el servicio de atención extra-hospitalaria con ambulancias de soporte avanzado en caso de urgencia o emergencia, con previa coordinación del médico y nuestro canal de atención telefónica. La ambulancia arribará al lugar donde se encuentre el paciente en un promedio de 15 minutos después de la solicitud del médico tratante.
   De acuerdo con la valoración de cada caso, el equipo de profesionales médicos realizará los procedimientos necesarios y/o trasladará al beneficiario al hospital o centro de salud que el asegurado indique o en su defecto el más cercano.
   Este servicio solo aplica para beneficiarios que se encuentran dentro del GAM en el momento de la atención.

**Este Servicio se otorga bajo las siguientes limitaciones:**

1. **Únicamente estará disponible dentro de la Gran Área Metropolitana.**
2. **Cada vez que el Asegurado solicite un servicio, este deberá pagar, en el momento de recibir el mismo, la cantidad de ₡8.000,00 más el IVA correspondiente, directamente al**

**proveedor que presta el servicio. Este copago no podrá ser aplicado ni al deducible ni a la cobertura de gastos médicos de la Póliza.**

### 3.2.2. TARIFAS ESPECIALES Y DESCUENTOS

La Tarjeta MAS Colectivo permite al Asegurado acceder a tarifas especiales y descuentos en servicios entre los que se incluyen, pero no se limita solamente a: servicios oftalmológicos, servicios estéticos y de spa, descuentos en laboratorios, bancos de células madre y servicios dentales. La Red de Proveedores de Tarjeta MAS Colectivo y la descripción de los servicios y descuentos aplicables de cada proveedor, podrá ser consultada en la página web www.segurosbmicr.com o a través del número 4001-5256.

### 3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

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

**Para la Asistencia Médica Domiciliaria:**

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

## CLÁUSULA 4.- DEDUCIBLES

No se aplica ningún deducible para este beneficio.

## CLÁUSULA 5.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

## CLÁUSULA 6.- OBLIGACIONES DEL TITULAR DE PÓLIZA Y EL ASEGURADO

El Titular de Póliza y el Asegurado, se encuentran obligados a cumplir con las disposiciones indicadas en la cláusula de "**OBLIGACIONES DEL TITULAR DE PÓLIZA Y EL ASEGURADO"** de la Póliza.

## CLÁUSULA 7.- PRIMA

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

## CLÁUSULA 8.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

Lo relacionado con los recargos y descuentos queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula "**RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES**".

## CLÁUSULA 9.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

### 9.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

Para la Asistencia Médica Domiciliaria:

Para activar la Asistencia Médica Domiciliaria, el Asegurado debe comunicarse directamente con el proveedor que presta el servicio, al número de teléfono 2290-5555, y proporcionar la información que se le solicite. El Asegurado debe cancelar directamente al proveedor de este servicio un copago de ₡8.000 más el IVA correspondiente.

Para las Tarifas Especiales y Descuentos de la Tarjeta MAS Colectivo:

Para activar los descuentos y condiciones especiales en los servicios, el Asegurado debe dirigirse directamente con los proveedores e identificarse como Asegurado de BMI que cuenta con la cobertura Tarjeta MAS Colectivo.

## CLÁUSULA 10.- VIGENCIA

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

## CLÁUSULA 11.- CONDICIONES VARIAS

### 11.1. PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA

La cobertura Tarjeta MAS Colectivo tiene un periodo de carencia de noventa (90) días.

### 11.2. MONEDA

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

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

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016**".

"Como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la Compañía, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones".

**BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY**
**Aditamento de Servicio Odontológico**

**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO**
**PLAN EMERGENCIA COMPLETA**

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro Colectivo de Salud – Contrato Tipo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

**CLÁUSULA 1. - COBERTURA**

Ampara los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este plan que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia, originando los siguientes tratamientos:

**Cobertura de Emergencia sin Endodoncia:**

- **Emergencias Endodónticas:** eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **Emergencias Periodontales:** curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **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 el caso de estomatitis subprotésica.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las Emergencias previamente descritas son los siguientes:

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica de emergencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- **Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- **Endodoncia:** Tratamientos Endodónticos Monorradiculares y Multiradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos.
- **Emergencias:** Protésicas, Periodontales y Endodónticas.
- **Radiografías:** Periapicales y Coronales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

**CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES**

**Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:**

a. **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en Cláusula 1- Cobertura.**
b. **Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.**
c. **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 - Cobertura, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
d. **Defectos Físicos.**
e. **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**


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

**f. Radioterapia o Quimioterapia.**
**g. Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.**
**h. Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.**
**i. Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
**j. Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.**

**No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un diez por ciento (10%) y un treinta por ciento (30%), respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.**

**CLÁUSULA 3. - PREEXISTENCIA**

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 1- Cobertura, aun cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

**CLÁUSULA 4. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula 1 - Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
d) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.
e) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos telefónicamente a un odontólogo de Guardia (Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
f) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
g) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días naturales, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
h) La Red de Proveedores podrá ser consultada en la dirección web www.sdsalud.com, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR (7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

**CLÁUSULA 5. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**


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

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días naturales en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo "I.P.C") o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

**CLÁUSULA 6. - PRIMA**

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Aditamento.

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus Aditamentos continúan vigentes y sin modificación alguna.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016.**

| Firma Presidente | Firma Representante Legal | Firma Tomador |
|---|---|---|

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

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