

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.
SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PANAMEDIC (DÓLARES)
CONDICIONES GENERALES

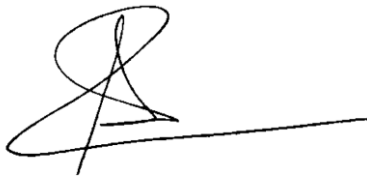
-ÍNDICE-

I. DEFINICIONES	3
II. CONTRATO PÓLIZA	8
A. Conformación de la Póliza	8
B. Orden de Prelación de los Documentos	9
III. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	9
A. Cobertura Básica	9
1. Gastos Hospitalarios	9
2. Honorarios Médicos	10
3. Medicamentos y Auxiliares de Diagnóstico	11
4. Ambulancia	11
5. Tratamientos específicos	12
6. Trasplante de Órganos	13
7. Maternidad y Cuidado del Recién Nacido Sano	14
8. Prótesis y Equipo Médico	15
9. Gastos Médicos Preventivos	16
10. Emergencias Médicas	17
11. Condiciones Catastróficas	18
B. Coberturas Adicionales	19
C. Descripción de Beneficios de la Cobertura Básica	19
D. Exclusiones	22
E. Restricciones a las Coberturas	26
1. Período de Espera	26
2. Suma Máxima Anual Renovable	28
IV. CLÁUSULAS GENERALES	28
A. Obligaciones del Asegurado	28
1. Deducible	28
2. Copago y Coaseguro	29
B. De la Póliza	30
1. Vigencia y Ámbito de Cobertura de la Póliza	30
2. Modificaciones	31
C. De la Prima	32
1. Pago de la Prima	32
2. Derecho de Retracto y Reembolso de Primas	32
3. Periodo de Gracia	32
4. Modificación de la Prima	32

5. Recargos a la prima	33
D. Del Reclamo de Siniestros	34
1. Aviso de Siniestro	34
2. Autorización previa de servicios médicos y hospitalarios	35
3. Reclamante Sustituto	36
4. Pago de Indemnizaciones	36
5. Revisión de Reclamos	37
6. Subrogación	37
7. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización	38
8. Redes de Proveedores	38
E. Vigencia y Posibilidad de Prórrogas	38
1. Vigencia y Prórrogas	38
2. Prórroga de la Póliza	38
3. Terminación del Seguro	39
4. Rehabilitación	39
5. Declaraciones Falsas e Inexactas	40
F. Condiciones Varias	40
1. Elegibilidad	40
2. Elegibilidad del Recién Nacido	41
3. Incorporación de Asegurados	41
4. Baja de Asegurados	42
5. Edad de Aceptación	42
G. Disposiciones Legales	43
1. Limitación de Responsabilidad	43
2. Moneda	43
3. Prescripción	43
4. Período de Disputabilidad	43
5. Valoración	44
6. Rectificación	44
7. Confidencialidad	44
8. Solución de Controversias	45
9. Comunicaciones	45
10. Jurisdicción y Competencia	45
ANEXO A. Cobertura Adicional de Vida para el Asegurado Principal	46
ANEXO B. Cobertura Adicional de Desmembramiento Accidental para el Asegurado Principal	50
ANEXO C. Cobertura Adicional de Auxilio por Gastos Inmediatos por Fallecimiento del Asegurado Principal	54

CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PANAMEDIC (DÓLARES)

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



Alfredo J. Ramírez
Gerente General
Cédula de residencia 184001076310

I. DEFINICIONES

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

Ambulancia: Vehículo aéreo o terrestre con el personal médico y el equipo idóneos para proporcionar cuidados médicos durante un transporte de emergencia. Este servicio lo debe prestar una entidad autorizada para dicho propósito por los entes gubernamentales correspondientes.

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

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

Asegurado: Persona física de cualquier género residente legalmente en la República de Costa Rica que obtiene el beneficio de las coberturas amparadas. Será denominado **Asegurado Principal** el solicitante que completa y/o firma la Solicitud de Seguro y a cuyo nombre se ha aprobado y emitido una Póliza. Dicha persona tiene la autoridad de solicitar cambios en la Póliza y es la legitimada para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos bajo esta Póliza y la devolución de la Prima no devengada. Podrán ser considerados **Asegurados Dependientes** las personas amparadas bajo la Póliza contratada por el Asegurado Principal que sean Dependientes Económicos de éste, según la definición de esta Póliza, y previa solicitud expresa del Asegurado Principal y el Asegurado Dependiente, en caso de que éste sea mayor de edad y tenga capacidad de actuar.

Certificación Médica: Documento emitido por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el Reclamo de un Siniestro.

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

Coaseguro: Porcentaje de los Gastos Cubiertos indicado en el Cuadro de Beneficios que es responsabilidad del Asegurado y debe ser cubierto por el mismo, una vez restado el Deducible correspondiente, cuando los servicios médicos y/u hospitalarios se presten **fuera** de la Red de Proveedores. No obstante lo anterior, el pago de un coaseguro por parte del Asegurado puede ser requerido también **dentro** de la Red de Proveedores, en cuyo caso así indicará expresamente en estas Condiciones Generales y el Cuadro de Beneficios.

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

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

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

Copago: Monto fijo que debe pagar el Asegurado directamente al Proveedor de Servicios Médicos u Hospitalarios de la Red de Proveedores, antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la Póliza. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía. Su valor específico se señala en el Cuadro de Beneficios. A diferencia del Coaseguro, la aplicación del Copago es independiente a la aplicación del Deducible que pudiera existir dentro de la cobertura ofrecida. La cantidad de los Gastos Cubiertos que sea responsabilidad de la Compañía será pagado directamente por ésta al Proveedor del cual se trate.

Cuadro de Beneficios: Compendio de condiciones particulares de esta Póliza y que es parte integral de ésta, en la cual se detalla la Suma Máxima Anual Renovable, las coberturas y montos correspondientes a cada concepto que en su descripción indiquen una limitante, o el monto máximo aplicable a la cobertura específica del Asegurado Principal y sus Asegurados Dependientes. Se indican también los Copagos, Coaseguros o Deducibles, así como cualquier otra especificación que clarifique la cobertura.

Deducible: Monto establecido en el Cuadro de Beneficios que marca la suma límite a partir de la cual la Compañía asume responsabilidad por el pago de los Gastos Cubiertos. Los Gastos Cubiertos generados antes de cubrir el Deducible deberán ser cancelados en su totalidad por el Asegurado. El Deducible se aplica a todas las facturas por Gastos Cubiertos ocurridos **fuera** de la Red de Proveedores y a ciertos Gastos Cubiertos **dentro** de la Red de Proveedores, definidos en el Cuadro de Beneficios.

Dependientes Económicos: Se consideran Asegurados Dependientes del Asegurado Principal a su cónyuge y sus hijos. Se entenderá como "cónyuge" la persona con quien el Asegurado Principal haya contraído matrimonio o haya vivido en unión libre por más de dos años. Se considerarán "hijos" del Asegurado Principal: (i) los hijos consanguíneos o adoptivos e hijastros con una edad máxima de dieciocho (18) años cumplidos; (ii) los hijos consanguíneos o adoptivos e hijastros mayores de dieciocho (18) años de edad y menores de veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Principal, y demuestren ser estudiantes de tiempo completo.

Se podrán considerar a los padres y/o nietos del Asegurado Principal como Dependientes Económicos de éste, siempre y cuando dicha inclusión haya sido requerida en su Solicitud de Seguro y estas personas hayan sido expresamente aceptadas por escrito por la Compañía.

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

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

Emergencia: Condición médica repentina, seria, aguda y, generalmente, inesperada, que requiere tratamiento médico inmediato o Cirugía. Esta condición médica puede poner en riesgo la vida del Asegurado o su integridad física.

Enfermedad: Alteración de la salud diagnosticada por un Médico, que amerita tratamiento médico y/o quirúrgico. Las recaídas, complicaciones y secuelas que se consideren médicamente asociadas a una Condición Preexistente, se considerarán una manifestación de ésta. Para los efectos de esta Póliza, no serán considerados Enfermedades los padecimientos descritos en el capítulo de Exclusiones.

Enfermera: Profesional con licencia para prestar servicios de enfermería, debidamente incorporado al Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

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

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

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

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

Grupo Familiar: Conjunto de personas aseguradas que comprende al Asegurado Principal y sus Asegurados Dependientes.

Hospital: Institución pública o privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante Médicos legalmente autorizados, durante las veinticuatro horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar Accidentes y Enfermedades. Para los efectos de esta Póliza, no se considerarán Hospitales las casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

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

Médico: Persona con licencia legal para ejercer la medicina y/o cirugía, debidamente inscrito en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, y que actúa dentro de los parámetros establecidos para el ejercicio de su profesión. Para los efectos de la Póliza, no podrá ser considerado "Médico" el Asegurado, ni ningún miembro de su familia dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

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

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

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

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

Recién Nacido: Persona desde el momento de su nacimiento hasta el cumplimiento de treinta y un días de vida.

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

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

Red de Proveedores: Red de hospitales, laboratorios y centros de diagnóstico, médicos y profesionales de la salud organizados por la Compañía para prestar tratamiento a sus Asegurados.

Para lo pertinente a esta póliza se entenderá que habrá una **red de proveedores abierta**: en la que los Asegurados tendrán cobertura tanto dentro como fuera de la red de proveedores con las condiciones establecidas en el Cuadro de Beneficios, y una **red de proveedores cerrada**: en la cual los Asegurados solamente tendrán cobertura bajo la póliza utilizando los proveedores de la red. Se entenderá que los Asegurados de los Planes Diamante, Oro y Plata tendrán acceso a la red abierta **Red de Proveedores PALIGMED de Panamedic** y los Asegurados del Plan Selecto tendrán acceso únicamente a la red cerrada **Red de Proveedores PALIGMED de Panamedic según las restricciones en el Cuadro de Beneficios.**

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

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

Tarifas URA: La Compañía reconocerá en pago de los Gastos Cubiertos únicamente las sumas que en forma Usual, Razonable y Acostumbrada ("URA") sean cobradas por las personas e instituciones que brinden servicios médicos en el área específica geográfica de cobertura de la Póliza, y no necesariamente el importe total de las facturas sometidas a reclamo si éste excede la Tarifa URA vigente para el servicio prestado.

Territorio Centroamericano: Zona geográfica comprendida por los territorios continentales e insulares y el mar territorial de las Repúblicas de Guatemala, Belice, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

Territorio de Cobertura: Zona geográfica en la que la presente póliza tiene amparo de conformidad con el Cuadro de Beneficios.

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

Vigencia: Plazo que indica el periodo de validez de la Póliza, se inicia en la fecha estipulada en la carátula de esta Póliza y continúa durante el plazo del seguro establecido, siempre que la Prima sea

pagada de acuerdo a lo pactado, y que el presente contrato no haya finalizado por ninguna de las causas establecidas en el mismo.

II. CONTRATO PÓLIZA

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

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

III. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

A. Cobertura básica (Reembolso de Gastos Médicos):

Si durante la vigencia de esta póliza y dentro del Territorio de Cobertura, como consecuencia de un Accidente o una Enfermedad cubiertas o de un Evento específicamente señalado como amparado en este contrato, que no forme parte de las Exclusiones, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico médicamente justificado para el restablecimiento o preservación de su salud, la Compañía se obliga a reembolsar los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra, ajustando éstos en su caso al Plan contratado por el Asegurado, a la Suma Máxima Anual Renovable, Deducible, Coaseguro, Copago y toda delimitación que específicamente sea consignada en la Póliza o en el Cuadro de Beneficios específico de esta Póliza, procurando que se preserven tanto los derechos como el cumplimiento de las obligaciones que en el cuerpo de estas Condiciones Generales se especifiquen tanto para el Asegurado como para la Compañía.

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

1. Gastos Hospitalarios:

La cobertura por Gastos Hospitalarios **estará afecta siempre al Coaseguro** indicado en el Cuadro de Beneficios, independientemente de que los Gastos Cubiertos hayan sido facturados dentro o fuera de la Red de Proveedores. Estos gastos **no estarán sujetos a Copago**. Este

beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

- a) **Cuarto Privado Estándar:** Cuarto privado estándar y alimentos para el Asegurado que se encuentre hospitalizado en un Hospital dentro del Territorio Centroamericano. El importe máximo diario cubierto en este concepto, así como el Coaseguro aplicable, se especifican en el Cuadro de Beneficios.
- b) **Estancia en Unidad de Cuidados Intensivos, Intermedios y/o Unidad de Cuidados Coronarios:** Gastos originados por estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios. El importe máximo diario cubierto y el Coaseguro aplicable por este concepto se especifica en el Cuadro de Beneficios.
- c) **Sala de Operaciones, Recuperación y Curaciones:** Gastos originados por sala de operaciones, recuperación y curaciones, los cuales serán calculados bajo Tarifa URA y con aplicación del Coaseguro indicado en el Cuadro de Beneficios.
- d) **Servicios de Hospitalización:** Servicios facturados por el Hospital durante la Hospitalización del Asegurado, incluyendo medicamentos, uso de quirófano, instrumental, pruebas de laboratorio, gases hospitalarios, transfusiones de sangre e Imaginología; los cuales serán calculados bajo Tarifa URA y con aplicación del Coaseguro indicado en el Cuadro de Beneficios.

2. Honorarios Médicos:

- a) **Honorarios Médicos por Consulta:** Honorarios médicos por todas las consultas necesarias para el restablecimiento de la salud, incluyendo las consultas realizadas en el consultorio del Médico, las realizadas durante la Hospitalización del Asegurado y las visitas a las Unidades de de Cuidados Intensivos, Intermedios y/o Cuidados Coronarios. El importe máximo disponible para el pago de los honorarios médicos por estas consultas estará sujeto a los montos máximos, Coaseguro o Copago, según corresponda, de acuerdo a lo especificado en el Cuadro de Beneficios.

En caso de que sea necesaria más de una visita médica por día para el Asegurado hospitalizado, el proveedor médico podrá solicitar a la Compañía la cobertura de visitas adicionales.

- b) **Honorarios Quirúrgicos:** Los honorarios quirúrgicos estarán calculados según la Tarifa URA adecuada y al Coaseguro señalado para estos procedimientos en el Cuadro de Beneficios. Estos honorarios incluirán las atenciones prestadas al Asegurado por Médicos Cirujanos, Médicos Asistentes y Anestesiólogos, así como las consultas que se originen por el procedimiento quirúrgico hasta con quince (15) días naturales de posterioridad al

alta hospitalaria. Se especifica que al Médico Asistente se le otorgarán honorarios máximos de hasta el 20% de los honorarios del Cirujano Principal y al Médico Anestesiólogo se le otorgarán honorarios máximos de hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

3. Medicamentos y Auxiliares de Diagnóstico (fuera de Hospitalización):

- a) Medicamentos (con receta médica):** Medicamentos prescritos por el Médico tratante mientras el Asegurado no esté hospitalizado. Se aplicará a los medicamentos el **Coaseguro** y **Deducible** especificados en el Cuadro de Beneficios. Se incluye el Oxígeno prescrito por el Médico que tenga relación directa con el Evento reclamado. **PARA PLAN SELECTO APLICA EL MONTO MÁXIMO INDICADO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS.**

Se incluyen asimismo todas las pruebas, estudios, análisis y soportes clínicos que forman parte del protocolo de atención necesario dentro de la práctica médica para determinar la condición que el organismo del Asegurado presenta en relación a la Enfermedad, Accidente o Evento específico, siempre y cuando el Asegurado no esté hospitalizado. Su cobertura se detalla en el Cuadro de Beneficios:

- b) Análisis de Laboratorio:** Los que se realizan en un laboratorio legalmente autorizado mediante el análisis de sustancias o fluidos corporales, como sangre, orina, saliva, y cualquier otra que permita determinar condiciones de desempeño o situación en los procesos metabólicos del Asegurado. Aplica el **Coaseguro** de acuerdo al Cuadro de Beneficios.
- c) Estudios de Gabinete:** Los que se realizan en un laboratorio legalmente autorizado mediante el soporte de aparatos médicos especializados que miden el desempeño de un órgano u órganos o situación en los procesos metabólicos del Asegurado, tales como electrocardiogramas y electroencefalogramas. Aplica el **Coaseguro** de acuerdo al Cuadro de Beneficios.
- d) Imágenes Médicas:** Análisis que se ejecutan con equipo especializado para identificar mediante una representación visual la función, tamaño, anormalidades o procesos patológicos, que presentan los órganos o estructuras del cuerpo, tales como Radiografías, Ultrasonido y Densitometrías. Aplica el **Coaseguro** de acuerdo al Cuadro de Beneficios.

4. Ambulancia:

La Compañía ofrece como parte de las coberturas de este plan el uso de ambulancia terrestre o aérea únicamente dentro del Territorio Centroamericano. El límite señalado como máximo aplicable en cada caso se especifica en el Cuadro de Beneficios. El transporte utilizado deberá cumplir con las especificaciones sanitarias que lo acrediten como ambulancia.

El pago de estos servicios correrá directamente a cargo del Asegurado, quien someterá a la Compañía la solicitud de reembolso respectivo proporcionando las facturas de los gastos realizados, considerándose en cada caso lo siguiente:

- a) **Ambulancia Terrestre:** Cuando sea documentalmente demostrable desde el punto de vista médico que la condición del Asegurado requiere el traslado en ambulancia a fin de salvaguardar su vida o la viabilidad funcional de sus órganos, podrá hacerse uso de este servicio hasta el límite señalado en el Cuadro de Beneficios. Podrá utilizarse el medio terrestre de transporte médico **hasta el límite señalado en el Cuadro de Beneficios** y aplicando el **Deducible** y **Coaseguro** indicado en él.

- b) **Ambulancia Aérea:** Cuando sea documentalmente demostrable desde el punto de vista médico, que la condición del Asegurado requiere el traslado en ambulancia a fin de salvaguardar su vida o la viabilidad funcional de sus órganos, y en la localidad no se cuente con la infraestructura médico hospitalaria necesaria para su atención inmediata, podrá utilizarse el medio aéreo de transportación médica **hasta el límite señalado en el Cuadro de Beneficios** y aplicando el **Deducible** y **Coaseguro** indicado en él. En este caso es requisito indispensable que: i) El Asegurado cuente con previa reservación y confirmación de aceptación del hospital de destino; ii) Se garantice que existe la infraestructura aeroportuaria que permita la operación segura de la aeronave. Esta modalidad de tipo de ambulancia aplica únicamente en destinos dentro del Territorio Centroamericano. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

5. Tratamientos Específicos:

- a) **Tratamientos de Rehabilitación:** Tratamientos de inhaloterapia, terapia radioactiva o quimioterapia, diálisis, hemodiálisis, cuando se reciban en instituciones o centros especializados y/o con médicos o técnicos especializados en medicina de rehabilitación física. **La Póliza cubre un máximo de treinta (30) sesiones anuales.** El importe máximo por sesión será la Tarifa URA vigente. Esta cobertura está afecta al **Deducible** y **Coaseguro** que se indica en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

- b) **Tratamientos Dentales, Alveolares o Gingivales y Maxilares:** Tratamientos médicos o quirúrgicos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, cuando se requieran como consecuencia directa de un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, o como

complicaciones de una Enfermedad cubierta. El importe máximo por sesión será la Tarifa URA vigente. Esta cobertura está afecta al **Deducible** y **Coaseguro** indicados en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

c) Tratamientos de Carácter Estético o Plástico a Consecuencia de Accidente o Enfermedad: Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente o Enfermedad no excluidos en esta Póliza y que hayan ocurrido dentro de la vigencia de la misma. El importe máximo por sesión será la Tarifa URA vigente. Esta cobertura está afecta al **Deducible** y **Coaseguro** indicados en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

d) Consultas Psiquiátricas: Se cubrirán los conceptos por atención de daño psiquiátrico, siempre que la atención se requiera a consecuencia de alguno de los siguientes Eventos cubiertos en la Póliza y que éste haya ocurrido durante su vigencia: (i) Poli Trauma; (ii) Amputación; (iii) Quemaduras de tercer grado; (iv) Cáncer; (v) Accidente Vascular Cerebral; (vi) Infarto al Miocardio; (vii) Insuficiencia Renal; (viii) Asalto; (ix) Secuestro; y (x) Violación.

Para efecto de acreditar la procedencia del tratamiento es necesario que el Médico tratante indique la necesidad de este soporte adicional como parte de su tratamiento. La Compañía se reserva el derecho de someter este criterio a la evaluación un médico psiquiatra para que confirme dicho diagnóstico.

Se cubrirán los honorarios del médico psiquiatra por un **máximo de treinta (30) consultas durante el plazo máximo de un año a partir de la fecha de la primera consulta.** Se incluirán dentro del monto máximo por consulta indicado en el Cuadro de Beneficios todos los medicamentos que sean necesarios para el tratamiento psiquiátrico. El importe máximo por sesión así como el **Deducible** y **Coaseguro** que lo afectan se indican en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

e) Tratamientos de alergias: Se cubrirán los tratamientos médicos por alergias siempre y cuando sean prescritos por médicos especialistas en Dermatología, Alergología, Otorrinolaringología o Neumología. Esta cobertura está afecta al **Deducible** y **Coaseguro** indicados en el Cuadro de Beneficios. Los tratamientos para manejos de alergias crónicas deben ser coordinados y aprobados con

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

6. Trasplante de Órganos:

Todos los Gastos por Trasplantes de Órganos para el Asegurado amparado en esta Póliza se cubren **hasta el Máximo Anual Renovable** estipulado en el Cuadro de Beneficios, aplicando el **Deducible** y **Coaseguro** que para el mismo efecto se señala en el citado Cuadro de Beneficios. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

NO SE INCLUYEN LOS GASTOS DEL DONADOR.

7. Maternidad y Cuidado del Recién Nacido (NO APLICA PARA PLAN SELECTO):

a) Maternidad: La Compañía ofrece cobertura a los Asegurados del sexo femenino que sean Asegurado Principal o su cónyuge o conviviente, **que al momento de la concepción cuenten con un periodo mínimo de aseguramiento bajo la Póliza (Periodo de Espera) de al menos nueve (9) meses cumplidos**, amparando los gastos incurridos en cada uno de los Eventos que se mencionan a continuación: Parto natural, cesárea o aborto medicamente necesario. El límite señalado como máximo de este servicio aplicable se especifica en el Cuadro de Beneficios del plan, y se encuentra afecto a **Coaseguro**. Se consideran como parte de este beneficio los honorarios médicos por consultas prenatales y por el parto o el aborto, dos ultrasonidos, pruebas de laboratorio, vitaminas y los gastos hospitalarios correspondientes al parto o al aborto no provocado cubierto. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

b) Complicaciones del Embarazo: Hasta por el monto máximo y con la aplicación del **Coaseguro** correspondiente indicados en el Cuadro de Beneficios, se cubrirán los honorarios médicos, gastos hospitalarios y medicamentos relacionados con las siguientes complicaciones del embarazo: Embarazo extrauterino; parto prematuro; amenaza de parto prematuro; estados de pre eclampsia y toxemia gravídica (eclampsia); atonía uterina; fiebre puerperal; placenta acreta; polhidramnios; oligohidramnios; Mola hidatiforme; huevo muerto retenido; placenta previa; aborto involuntario; amenaza de aborto; embarazo anembriónico; diabetes gestacional; muerte del feto. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

c) Cuidado del Recién Nacido Sano: La Compañía ofrece cobertura al Recién Nacido de un embarazo cubierto por el beneficio de Maternidad de la Póliza, y que haya nacido

durante la vigencia de la misma, amparando los gastos médicamente necesarios por servicios de atención médica y hospitalaria que ocurran entre el momento del alumbramiento y el momento en que el Recién Nacido sale del Hospital, de acuerdo al monto máximo que se indica en el Cuadro de Beneficios, afecto al **Coaseguro** correspondiente.

Será condición necesaria para reclamar este beneficio, reportar por escrito el nacimiento en un plazo que no excederá los diez (10) días naturales posteriores a su ocurrencia. Este beneficio no implica necesariamente la inclusión del Recién Nacido dentro de la Póliza como Asegurado Dependiente, a menos que así se solicite expresamente para los efectos de la cláusula **IV.F.2 Elegibilidad del Recién Nacido** de estas Condiciones Generales.

d) Cuidado Crítico Neonatal: Se incluyen los gastos médicamente necesarios al Recién Nacido en estado crítico e inestable que requiera hospitalización desde el momento de su nacimiento prematuro, así como los padecimientos o malformaciones congénitas de los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza. Este beneficio **aplica desde el momento de su nacimiento** y estará afecto al **Coaseguro** y al el **monto máximo anual** indicado en el Cuadro de Beneficios y debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

e) Control del Niño Sano: La Póliza cubre hasta por el **monto máximo anual** y aplicando el **Coaseguro** indicados en el Cuadro de Beneficios, las citas con el Pediatra y la aplicación de las vacunas para los Asegurados Dependientes **desde los catorce (14) días de nacido y hasta los seis (6) años de edad** que se indican a continuación:

- BCG (Tuberculosis)
- DPT (Difteria, Tos Ferina, Tétanos): Cuatro (4) dosis
- MMR o SPR (Sarampión, Rubéola, Paperas): Dos (2) dosis
- Polio (Poliomielitis)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hibtiter (Meningitis)
- Varicela
- Pentavalente (Difteria, Tétanos, Tos ferina, Meningitis por Haemophilus Tipo B y Hepatitis B): Cuatro (4) dosis.

8. Prótesis y Equipo Médico:

a) Prótesis: Los gastos que resulten de aparatos de prótesis serán cubiertos por la Compañía siempre y cuando dichas prótesis se consideren vitales. Esta cobertura estará sujeta al pago de **Coaseguro** indicado en el Cuadro de Beneficios. **Lentes de**

cualquier tipo, armazones, dentaduras o piezas dentales no se consideran prótesis. Todo Gasto Cubierto bajo esta cobertura deberá ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

- b) Renta de Equipo Médico:** La renta de equipo ortopédico y/u hospitalario, los suministros necesarios y la atención especializada necesaria para el cuidado médico domiciliario estarán sujetas al pago del **Coaseguro** indicado en el Cuadro de Beneficios. Todo Gasto Cubierto bajo esta cobertura deberá ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

9. Gastos Médicos Preventivos:

Los gastos cubiertos corresponden a exámenes médicos y pruebas de laboratorio necesarios para determinar el estado de salud del Asegurado, con la finalidad de que el médico pueda hacerle las recomendaciones necesarias sobre cómo alcanzar y mantener un estado de salud óptimo. El detalle específico de exámenes y montos de estos servicios se especifica en el Cuadro de Beneficios. Los servicios incluidos en este Beneficio se otorgan **única y exclusivamente dentro de la Red de Proveedores de la Compañía, un examen de cada tipo al año y bajo Tarifa URA.**

- a) Control Ginecológico Preventivo y Mamografía:** Incluye consulta médica y Papanicolaou por especialista en ginecología. Se brinda cobertura para Mamografía y Ultrasonido de Mamas. **Este beneficio solo aplica para mayores de (40) cuarenta años.** Aplica el **Coaseguro** indicado en el Cuadro de Beneficios. Todo Gasto Cubierto bajo esta cobertura deberá ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**
- b) Control Urológico Preventivo:** Incluye consulta médica, Tacto Rectal y Antígeno Prostático Sérico. **Este beneficio solo aplica para mayores de (40) cuarenta años.** Aplica el **Coaseguro** indicado en el Cuadro de Beneficios. Todo Gasto Cubierto bajo esta cobertura deberá ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

- c) **Salpingectomía:** Incluye procedimiento de esterilización quirúrgica femenina efectuado por médico especialista en Ginecología. Aplica el **Coaseguro** indicado en el Cuadro de Beneficios. Todo Gasto Cubierto bajo esta cobertura deberá ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios. NO APLICA PARA PLAN PLATA NI PLAN SELECTO.**
- d) **Vasectomía:** Incluye procedimiento de esterilización quirúrgica masculina efectuado por médico especialista en Urología. Aplica el **Coaseguro** indicado en el Cuadro de Beneficios. Todo Gasto Cubierto bajo esta cobertura deberá ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios. NO APLICA PARA PLAN PLATA NI PLAN SELECTO.**
- e) **Chequeo Médico General:** El Chequeo Médico incluye: Hemograma completo, Glicemia en ayunas, Perfil Lipídico, Nitrógeno Ureico, Creatinina, Examen general de orina, Consulta Médica General y Vacuna contra la gripe. **Los gastos cubiertos se limitan al monto máximo especificado en el Cuadro de Beneficios. Aplica un Período de Espera de (12) doce meses y Coaseguro.** Todo Gasto Cubierto bajo esta cobertura deberá ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios. NO APLICA PARA PLAN PLATA NI PLAN SELECTO.**

10. Emergencias Médicas:

Servicios suministrados por atención de Emergencia derivada de alguna Enfermedad o Accidente, prestados en la sala de emergencias de un Hospital, que incluyen honorarios del Médico General, materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos necesarios para la estabilización del Asegurado, y cuyo Evento de origen no esté excluido en la Póliza. No se cubren medicamentos recibidos en Sala de Emergencias para iniciar o continuar un tratamiento en casa y únicamente se reconocerá una dosis suficiente para cubrir un período de seis (6) horas inmediatamente después de la atención en Sala de Emergencias.

Las admisiones hospitalarias de emergencia por Accidente o Enfermedad deberán ser reportadas a la Compañía dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a dicha admisión, a menos que se demuestre que dicho reporte fue materialmente imposible dentro del plazo establecido.

- a) **Emergencia por Accidente:** Si a consecuencia de una lesión corporal accidental el Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por la Sala de Emergencias de un Hospital, la Compañía pagará los gastos razonables y acostumbrados de acuerdo al Cuadro de Beneficios y/o a lo negociado con el proveedor por tales servicios sin exceder el máximo establecido, siempre que la atención se reciba dentro de las primeras setenta y dos (72) horas después de ocurrido el Accidente. No se aplicará Copago ni Coaseguro a esta cobertura (**salvo el Deducible que es aplicable**

fuera de la Red de Proveedores). Se considerarán Accidentes para efectos de la Póliza, las siguientes condiciones: esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, mordeduras o lesiones causadas por animales, heridas cortantes, penetrantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, cuerpo extraño en cualquier órgano o cavidad natural, así como cualquier otra lesión Accidental definida como Emergencia Médica.

- b) Emergencia por Enfermedad:** Si a consecuencia de una Enfermedad o padecimiento de los indicados a continuación, el Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por la sala de emergencia de un Hospital, la Compañía pagará los gastos razonables y acostumbrados de acuerdo al Cuadro de Beneficios y/o a lo negociado con el proveedor por tales servicios sin exceder el máximo establecido, con aplicación del **Coaseguro** y **Copago** establecidos en el Cuadro de Beneficios.

Bajo esta cobertura se reconocerán los gastos médicos por atención en la sala de emergencias de un Hospital, **únicamente por los siguientes Diagnósticos y Condiciones Médicas:**

Crisis hipertensiva, Mordedura de animales, Accidente cerebro vascular, Dolor precordial, Dolor abdominal agudo, Fiebre alta continua, Crisis asmática, Pérdida de conocimiento u obnubilación, Cólico biliar / Colecistitis Aguda, Esguinces, Quemaduras, Fracturas, Luxaciones, Heridas cortantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, Descompensación diabética aguda, Dengue y Paludismo o Malaria (con pruebas serológicas positivas), Hemorragias, Intoxicación aguda, Cólico nefroureteral, Trombosis, Convulsiones, Reacción alérgica aguda, Retención aguda de orina, Cuerpo extraño en ojos, nariz, garganta y oídos, Infarto del miocardio, Deshidratación moderada-severa, Episodios neurológicos agudos, Estados de choque (shock) de cualquier orden, Coma, Insuficiencia aguda respiratoria (Incluye Neumonía), Vomito o Diarrea (Gastroenteritis), Escroto agudo, Infecciones tejidos blandos graves, Cefalea tensional.

En caso de que el Asegurado utilice la Sala de Emergencias por un Accidente o Enfermedad no incluidos en el anterior listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para la cobertura en la Sala de Emergencias, el Asegurado deberá pagar el 100% de los gastos incurridos y presentar posteriormente a la Compañía su reclamo para el correspondiente reembolso, que se realizará de acuerdo a la remuneración usual y acostumbrada para consulta externa, laboratorio, imágenes médicas, medicamentos y cualquier otro servicio ambulatorio.

11. Condiciones Catastróficas:

Esta cobertura incluye los honorarios médicos, gastos hospitalarios y medicamentos relacionados con el tratamiento de padecimientos y la ejecución de procedimientos de alto riesgo para el

Asegurado. La Póliza cubrirá la Tarifa URA aplicable a la facturación de estos servicios, previa aplicación del Deducible y Coaseguro indicado en el Cuadro de Beneficios, sean tratados dentro o fuera de la Red de Proveedores:

- Hemodinamia;
- Neurocirugía;
- Insuficiencia Renal Crónica;
- Cirugía de corazón abierto;
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones (hasta el Máximo Anual Renovable indicado en el Cuadro de Beneficios);
- Politraumatismo; Oncología (Radio y Quimioterapia); y
- Exámenes de Resonancia Magnética.

B. Coberturas Adicionales (opcionales):

Son las coberturas distintas de la Cobertura Principal que se contratan de forma adicional por el Contratante y/o Asegurado Principal y que serán descritas en los Anexos de la póliza.

C. Descripción de Beneficios de la Cobertura Básica:

Los beneficios de la Cobertura Básica dentro de la Red de Proveedores se resumen y complementan con la información contenida en el siguiente Cuadro de Beneficios:

	Plan Diamante	Plan Oro	Plan Plata	Plan Selecto
	<i>Red PALIGMED Panamedic</i>			<i>Red PALIGMED Panamedic ***</i>
Máximo Anual Renovable	\$500.000	\$350.000	\$150.000	\$50.000
Máximo Anual Renovable (VIH y SIDA)	\$75.000	\$52.500	\$22.500	\$7.500
Deducible (<i>Límite máximo: 3 deducibles por familia</i>)	\$250	\$100	\$100	N/A
Deducible Internacional (<i>Límite máximo: 3 deducibles por familia</i>)	\$1.000	NA	NA	NA
Coaseguro Dentro de la Red de Proveedores	10%	20%	20%	10%
Coaseguro Fuera de la Red de Proveedores	10%	20%	20%	N/A
Límite de Coaseguro (<i>solo para gastos de hospitalización</i>)	\$2.500	\$2.500	\$2.500	N/A
Límite de Coaseguro Internacional (<i>solo para gastos de hospitalización</i>)	\$5.000	NA	NA	NA
1. Gastos Hospitalarios				
a) Cuarto Privado Estándar (Máximo Diario) (*) (**)	\$500	\$500	\$400	\$400
b) Cuarto Privado Estándar Fuera de	\$500	NA	NA	NA

Centroamérica (Máximo Diario) (*) (**)				
c) Unidad de cuidados Intensivos, Intermedios y/o Unidad de Cuidados Coronarios (Máximo Diario) (*) (**)	\$1.000	\$1.000	\$1.000	\$700
d) Unidad de cuidados Intensivos, Intermedios y/o Unidad de Cuidados Coronarios Fuera de Centroamérica (Máximo Diario) (*) (**)	\$1.000	NA	NA	NA
e) Sala Operaciones, Recuperación y Curaciones (*) (**)	Tarifas URA			
f) Servicios de Hospitalización (*) (**)	Tarifas URA			
2. Honorarios Médicos				
a) Consulta Médica:				
- En consultorio (máximo por consulta)	\$82 (Copago \$15)			
- Durante Hospitalización (Máximo por Visita) (**)	\$150			
- En UCI, CI, UCC (Máximo por Visita) (**)	\$300			
b) Cirugía:				
- Cirujano (*) (**)	Honorarios URA			
- Anestesiólogo (*) (**)	30% Honorarios Cirujano			
- Asistente (*) (**)	20% Honorarios Cirujano			
3. Medicamentos y Auxiliares de Diagnóstico				
a) Medicamentos (Con Receta Médica) (**)	Tarifas URA			Tarifas URA Máx. \$500
b) Análisis de Laboratorio (**)	Tarifas URA			
c) Estudios de Gabinete (**)	Tarifas URA			
d) Imágenes Médicas (**)	Tarifas URA			
4. Ambulancia				
a) Terrestre (Máximo por evento) (**)	\$100			
b) Aérea (Máximo por evento) (*) (**)	\$10.000			\$1.000
5. Tratamientos Específicos				
a) Rehabilitación (Máximo 30 Sesiones al año) (*) (**)	Tarifas URA			
b) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares (*) (**)	Tarifas URA			
c) Tratamientos de carácter estético o plástico a consecuencia de Accidente o Enfermedad cubierta (*) (**)	Tarifas URA			

d) Consultas psiquiátricas y medicamentos recetados por psiquiatra (Máximo por Sesión , Máximo 40 consultas al año) (*) (**)	\$40 (Aplica Coaseguro de 50%, después del deducible)			
e) Tratamientos de Alergias (**)	Tarifas URA			
6. Trasplante de Órganos				
Cobertura limitada a la Suma Asegurada Anual Renovable vigente (*) (**). <i>No se cubren gastos del donante.</i>	\$500.000	\$350.000	\$150.000	\$50.000
7. Maternidad y Cuidado del Recién Nacido				
a) Maternidad (Parto Normal, Cesárea, y Aborto no provocado) (Máximo por evento) (*) (**)	\$4.000	\$3.000	\$2.500	N/A
b) Complicaciones del Embarazo (*) (**)	URA	URA	URA	N/A
c) Cuidado del Recién Nacido Sano (**)	\$300	\$250	\$250	N/A
d) Cuidado Crítico Neonatal (*) (**)	\$20.000	\$15.000	\$15.000	N/A
e) Control del Niño Sano (Control y vacunas indicadas en esta Póliza hasta los 6 años de edad) (máximo por año). (**)	\$300	\$250	\$250	N/A
8. Prótesis y Equipo Especial				
a) Prótesis (*) (**)	Tarifas URA			
b) Renta de Equipo Médico (*) (**)	Tarifas URA			
9. Gastos Médicos Preventivos (Un examen de cada tipo al año, aplica solo dentro de Red de Proveedores)				
a) Control Ginecológico Preventivo (Solo mayores de 40 años) (*) (**)	Tarifas URA			
b) Control Urológico Preventivo (Solo mayores de 40 años) (*) (**)	Tarifas URA			
c) Salpingectomía (*) (**)	\$500	\$500	N/A	N/A
d) Vasectomía (*) (**)	\$250	\$250	N/A	N/A
e) Chequeo Médico General (Aplica periodo de espera de 12 meses) (*) (**)	\$150	\$150	N/A	N/A
f) Beneficio Chequeo Óptico (Aplica periodo de espera de 12 meses) (*) (**)	\$100	\$100	N/A	N/A
10. Urgencias Médicas				
a) Urgencias por Accidente	Tarifas URA			
b) Urgencias por Enfermedad (De acuerdo con el listado de enfermedades consideradas como emergencias) (**)	(Copago \$20) Tarifas URA			
11. Condiciones Catastróficas				
Se encuentran incluidos en esta clasificación los padecimientos y procedimientos indicados en esta	Tarifas URA			

Póliza. (**)	
--------------	--

(*) = Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios.**

()** = Este beneficio está sujeto a Coaseguro.

Excepto en los casos en los cuales se indica algo diferente, el Coaseguro aplica para todas y cada una de las coberturas indicadas cuando los servicios sean prestados dentro de la Red de Proveedores.

(*)** = **La Red PALIGMED de Panamedic para el Plan Selecto tendrá las restricciones que se indiquen en el Cuadro de Beneficios.**

Para el Plan DIAMANTE: En los países en los que hay Red de Proveedores de la Compañía todos los cargos asegurables en los cuales incurran los Asegurados FUERA de dicha Red, serán valorados de acuerdo con los costos URA de la Red de Proveedores del país donde se preste el servicio. En los países en los que la Compañía no cuenta con Red de Proveedores los cargos asegurables serán valorados de acuerdo con los costos URA del país donde se preste el servicio. Asimismo, estarán sujetos a la aplicación del Deducible fijo indicado en el Cuadro de Beneficios y a la deducción adicional de un Coaseguro del (30 %) treinta por ciento, del monto de la factura correspondiente.

Para los Planes ORO y PLATA: Todos los cargos asegurables en los cuales incurran los Asegurados FUERA de la Red de Proveedores serán valorados de acuerdo con los costos URA. Asimismo, estarán sujetos a la aplicación del Deducible fijo indicado en el Cuadro de Beneficios y a la deducción adicional de un Coaseguro del (30 %) Treinta por ciento, sobre el monto de la factura correspondiente.

Para el Plan SELECTO: NO HAY COBERTURA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES.

D. Exclusiones:

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

- a) Enfermedad Preexistente no declarada en la solicitud de seguro;**
- b) Pandemias y epidemias declaradas de conformidad con las autoridades de salud nacionales o internacionales;**

- c) **Cualquier complicación derivada del tratamiento médico o quirúrgico de los Accidentes o Enfermedades no cubiertas o excluidas de esta Póliza;**
- d) **Malformaciones o padecimientos congénitos, a excepción de lo mencionado en el apartado "Cuidado del Recién Nacido Enfermo" de esta Póliza;**
- e) **Estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, desórdenes de conducta y aprendizaje, trastornos del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo, terapia de lenguaje, cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas, o bien condiciones de tipo psicológico, psíquico o psiquiátrico a excepción de lo mencionado en el apartado Padecimientos Psiquiátricos de esta Póliza;**
- f) **Accidentes con participación activa del Asegurado o que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de éstas, una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica);**
- g) **Enfermedades atribuibles desde el punto de vista médico a la condición de alcoholismo, o por la adicción a drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamentos;**
- h) **Calvicie, acné y nevos, control de peso, obesidad, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad o cualquier otro trastorno alimenticio;**
- i) **Inducción abortiva o terminación electiva del embarazo, impotencia, control de la natalidad, embarazo inducido por técnicas artificiales, provocación o reversión de la infertilidad y/o la esterilidad, cambio de sexo, hormona del crecimiento. De todos los casos señalados, tampoco se cubrirán sus complicaciones ni efectos consecuenciales, en cualesquiera de sus manifestaciones y formas;**
- j) **Estrabismo o presbiopía, Queratotomía, Queratoplastía, Queratomeulosis, Queratocono, y Excímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia;**
- k) **Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir sesenta (60) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la Compañía. Para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con al menos sesenta (60) meses de cobertura continua e ininterrumpida con la Compañía;**

- l) Tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular (ATM), desórdenes cráneo mandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura Temporomandibular (ATM), así como la cirugía maxilofacial de cualquier origen estético o congénito, incluyendo la parte odontológica;**
- m) Tentativa de suicidio, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen. Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental, estado de ebriedad, o inhalación voluntaria de gas, o consumo de cualquier sustancia calificada como droga, de cualquier clase;**
- n) Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos;**
- o) Lesiones producidas en riñas provocadas por el Asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones.**

2. Esta Póliza tampoco cubre ninguno de los gastos que se describen a continuación:

- a) Gastos hospitalarios o sanitarios no considerados necesarios para la atención de la salud o que no estén relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, fianzas, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de videograbadora y discos de vídeo, televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía de bebé, paquete de recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites del Registro Civil;**
- b) Gastos realizado por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización y traslados de éste;**
- c) Los relacionados con la atención de dientes y encías, excepto en los casos en los cuales sean consecuencia de Accidentes o Enfermedades cubiertas por la Póliza;**
- d) Tratamientos con fines de descanso y relajamiento, tales como curas de reposo, retiros, vacaciones, así como todos aquellos productos que funcionan como complemento alimenticio (vitaminas, proteínas, leche, hormona del crecimiento, etc.) y toda sustancia o suplemento que no sea reconocido como medicamento por la autoridad sanitaria que corresponda;**

- e) Los que resulten de la atención recibida utilizando herbolaria, medicina alternativa o naturista, hipnotismo, tratamientos experimentales o de investigación y cualquier otro que no esté reconocido por la práctica médica científica en Costa Rica como un procedimiento médico;
- f) Cirugías con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de las mismas, incluyendo cirugía nasal estética, modificación del tamaño de mamas sin justificación clínica, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosmética;
- g) Tratamientos de podiatría, juanetes, callos o uñas encarnadas, hallux valgus;
- h) Los relacionados con la habilitación de lentes o cualquier otro tratamiento innovador para corregir defectos de la visión;
- i) Gastos incurridos por donantes de órganos fuera de los expresamente indicados en esta Póliza, así como cualquier costo por la compra de un órgano. Tampoco se cubrirá la investigación, exámenes ni estudios de donantes potenciales;
- j) Gastos por reposición de cualquier prótesis fija o removible, implantable o externa del oído, incluyendo todo tipo de audífonos;
- k) Lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de ningún deporte;
- l) Lesiones producidas como consecuencia de la práctica amateur, o no declarada en la solicitud, de deportes calificados como peligrosos o de alto riesgo, entre los que se señalan de manera enunciativa mas no limitativa: alpinismo, espeleología, rappel, aviación acrobática, planeo y salto en paracaídas o cualquier otro deporte de altura o aéreo, deportes de invierno, carreras de caballos, motonetas o motocicletas y todo tipo de competencias de velocidad en vehículos motorizados, actividades submarinas que involucren el uso de aparatos para respirar, esquí acuático;
- m) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos proporcionados por familiares del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad o por cualquier otro Médico que tenga relación directa por convivencia con el Asegurado;
- n) Cuando los costos médicos hayan sido suministrados en un Hospital o institución que no exija pago, o cuando por resolución judicial un tercero esté obligado a cubrirlos en beneficio del Asegurado;
- o) Cualquier tipo de gasto que no corresponda a los beneficios de protección que otorga el presente contrato;

- p) Excedentes por encima de lo específicamente señalado como límite de cobertura en el Cuadro de Beneficios;
- q) Gastos que ocurran mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente;
- r) Gastos por servicios médicos y hospitalarios prestados dentro del territorio de países o zonas contra las cuales el Gobierno de los Estados Unidos de América o cualquier organismo político internacional haya decretado embargo comercial;
- s) Gastos incurridos por cualquier causa, posteriores a la fecha de terminación de esta póliza salvo los casos en los que el Evento que les dio origen haya ocurrido en la vigencia y la cobertura estuviese vigente en ese momento.
- t) Exclusiones de Ambulancia: Los beneficios del uso de ambulancia terrestre o aérea no se brindarán cuando: i) El Asegurado se encuentre sujeto a proceso judicial, indagatoria o medidas cautelares de cualquier tipo; ii) El Asegurado no esté autorizado por su médico para el traslado hasta el destino elegido; iii) El Asegurado no presente los documentos que demuestren el criterio médico en la decisión de uso de la ambulancia y elección del destino.
- u) Se excluyen de la cobertura de Consultas Psiquiátricas:
 - i) La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de una enfermedad o accidente cubierto.
 - ii) Los honorarios del médico psiquiatra y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con la debida acreditación profesional ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
 - iii) Los honorarios de psicólogo.

E. Restricciones a las coberturas:

1. Período de Espera:

Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza. Durante los primeros treinta (30) días naturales a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza, esta Póliza cubrirá únicamente Accidentes (aplicando el Deducible y Coaseguro establecidos en el Cuadro de Beneficios, según corresponda). Se cubrirán además los siguientes padecimientos o tratamientos específicos de acuerdo con los Periodos de Espera establecidos a continuación:

- 1. Periodo de Espera de Treinta (30) Días:** En el caso de Enfermedades se considera para la aplicación de esta cobertura que las primeras manifestaciones o gastos médicos por diagnóstico o tratamiento deben presentarse treinta (30) días naturales después de la Fecha Efectiva de la Póliza. Esta limitación solo aplica en el primer año de vigencia de la Póliza.
- 2. Periodo de Espera de Nueve (9) Meses:** Aplicable a Maternidad y Cuidado del Recién Nacido según las coberturas indicadas en la cláusula III.A.7.
- 3. Periodo de Espera de Doce (12) Meses:** Se cubrirán después de transcurridos los primeros doce (12) meses, a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza y su vigencia ininterrumpida:

a) Condiciones Preexistentes declaradas en la solicitud de seguro, no excluidas en las condiciones especiales del contrato;

Para que una condición preexistente, una vez cumplido el Período de Espera establecido en el Cuadro de Beneficios, sea elegible para cobertura según el criterio único de la Compañía, debe haber sido declarada en la Solicitud de seguro. La Compañía y el Contratante podrán acordar excluir de forma permanente cualquiera condición pre-existente que estimen conveniente.

Para las condiciones pre-existentes sujetas al período de espera de pre-existencia definido en el cuadro de beneficios, la Compañía no pagará beneficios y no se acumularán para el deducible indicado en el Cuadro de Beneficios, por ningún gasto causado, o que se deba a, o que resulte de una condición preexistente, durante el período de pre-existencia establecido. Posterior al período de pre-existencia establecido, las condiciones pre-existentes declaradas tendrán cobertura como cualquiera otra enfermedad, sujetas a los límites de cobertura establecidos en el Cuadro de Beneficios.

Cualquier condición pre-existente que la Compañía y el Contratante acuerden excluir de forma permanente será incorporada formalmente como un anexo a esta póliza.

La Compañía no pagará beneficios y no se acumularán para el deducible indicado en el Cuadro de Beneficios, por ningún gasto causado, o que se deba a, o que resulte de una condición preexistente excluida de forma permanente.

Cualquier omisión por no haber revelado o descrito con certeza una condición médica o tratamiento podrá ser causal de terminación de la cobertura.

b) Los siguientes Eventos cuyas primeras manifestaciones o gastos médicos por diagnóstico o tratamiento se inicien a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza:

- **Patologías de Vesícula Biliar, Hígado y Vías Biliares;**
- **Padecimientos Crónicos o degenerativos osteo musculares;**
- **Patologías Ginecológicas;**
- **Patologías de columna vertebral;**
- **Cáncer;**
- **Cirugías por patologías de senos nasales, paranasales y deformidades agudas y crónicas del septum nasal;**
- **Cirugías por hernias inguinales y abdominales; y**
- **Cirugías por cálculos del sistema renal.**

4. Periodo de Espera de Sesenta (60) Meses: Se cubrirán después de transcurridos los primeros sesenta (60) meses, a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza y su vigencia ininterrumpida, los siguientes padecimientos, cuyas primeras manifestaciones o gastos médicos por diagnóstico o tratamiento se inicien a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza:

- **VIH y SIDA: Infección por Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH sean seropositivos y no hayan sido detectados antes o durante este Periodo de Espera. El monto máximo cubierto para este padecimiento se encuentra establecido en el Cuadro de Beneficios.**

Para este Evento no opera el beneficio de reconocimiento de antigüedad generada por otra Póliza.

2. Suma Máxima Anual Renovable:

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

IV. CLAUSULAS GENERALES

A. Obligaciones del Asegurado:

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

1. Deducible:

El Deducible es la porción de los Gastos Cubiertos cuyo pago es responsabilidad del Asegurado. En términos generales, se aplicará el pago de un Deducible en todos aquellos servicios brindados por personas físicas o jurídicas que no son parte de la Red de Proveedores. Sin embargo, en algunos casos específicos descritos en esta Póliza y en el Cuadro de Beneficios, se aplicará el Deducible también a ciertos Gastos Cubiertos proporcionados por miembros de la Red de proveedores.

La aplicación de Deducibles se regirá por las siguientes reglas:

- a)** El Asegurado deberá aportar por su cuenta la suma correspondiente al Deducible establecido en el Cuadro de Beneficios en todos los servicios médicos y hospitalarios que reciba a lo largo del Año Póliza, pero una vez alcanzado ese monto, no se aplicará Deducible alguno a los Cargos Cubiertos subsiguientes en que incurra durante ese periodo;
- b)** En el caso de que exista un Grupo Familiar asegurado, independientemente del número de sus miembros, el Grupo deberá haber desembolsado únicamente la suma correspondiente a tres Deducibles dentro del mismo Año Póliza para obtener el beneficio indicado en el inciso a) anterior para el resto de sus Cargos Cubiertos del periodo;
- c)** Los Gastos Cubiertos en que incurra el Asegurado y a los cuales sea aplicado el Deducible durante los últimos tres meses del Año Póliza, serán acumulados al Deducible del Asegurado para el siguiente año, con el fin de obtener el beneficio indicado en el inciso a) anterior;
- d)** No se aplicará Deducible alguno a los gastos médicos y hospitalarios correspondientes a la primera Hospitalización de cada Asegurado debida a un Accidente;
- e)** Cada asegurado que cumpla tres (3) años consecutivos sin haber presentado Reclamos a la Compañía es elegible para una reducción del cincuenta por ciento en el Deducible de su primer Reclamo. Los Reclamos que se presenten durante los Años Póliza subsecuentes, estarán sujetos al Deducible total;

- f) Los Reclamos por exámenes médicos preventivos no serán tomados en consideración para determinar los tres años consecutivos sin Reclamos. En años subsiguientes, el beneficio de reducción del Deducible estará disponible después de cada periodo adicional de tres años consecutivos sin Reclamos;
- g) Si la totalidad del Deducible reducido fuera cubierto durante los últimos tres meses del Año Póliza, esta cantidad será trasladada al Año Póliza siguiente, en el cual se considerará que el Deducible está satisfecho. Sin embargo, si solo una parte del Deducible reducido fuese aplicada al Deducible durante este periodo, esta cantidad será trasladada al año siguiente, en el cual se aplicará el Deducible total.

2. Copago y Coaseguro:

La aplicación de estos conceptos se efectuará de la siguiente forma:

- a) Una vez excedido el monto determinado como Deducible para el Gasto Cubierto correspondiente, según las reglas establecidas en el Cuadro de Beneficios, la Compañía asumirá la responsabilidad de un porcentaje o un monto fijo en la satisfacción del pago de dicho Gasto Cubierto, y el Asegurado el porcentaje o monto fijo restante;
- b) Si los Gastos Cubiertos corresponden a servicios prestados por miembros de la Red de Proveedores, el Asegurado pagará el porcentaje de Coaseguro o el Copago definido en el Cuadro de Beneficios al Proveedor al momento de recibir los servicios correspondientes;
- c) Si los Gastos Cubiertos corresponden a servicios prestados fuera de la Red de Proveedores, el Asegurado pagará la totalidad del importe de los servicios que le fueren prestados. Al presentar el Reclamo a la Compañía, ésta le reembolsará la Tarifa URA correspondiente, deduciendo un porcentaje del importe total, en condición de Coaseguro. El porcentaje de Coaseguro pactado para esta Póliza está descrito en el Cuadro de Beneficios.
- d) El Coaseguro que aplica a los gastos de hospitalización podrá estar sujeto a un límite que se denomina Límite de Coaseguro, el cual se determina en el Cuadro de Beneficios. Una vez que se cubre el Límite de Coaseguro los gastos elegibles incurridos por hospitalización serán cubiertos por la Compañía en su totalidad.

B. De la Póliza:

1. Vigencia y Ámbito de Cobertura de la Póliza:

El Seguro provisto bajo esta Póliza tendrá vigencia de un año, renovable por periodos iguales, contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza, durante las veinticuatro (24) horas del día,

únicamente dentro del Territorio de Cobertura, siempre que la Póliza se mantenga vigente mediante el pago de las Primas. La cobertura de esta póliza se suspende al agostarse el Máximo Anual Renovable.

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

Cobertura Internacional

La Cobertura Internacional solamente aplica si se indica en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

Para utilizar la Cobertura Internacional el Asegurado se debe pre-autorizar en el país de residencia, indicando el tratamiento o procedimiento que se va realizar con cinco (5) días hábiles de anticipación a la Compañía, para coordinar lo relacionado a los costos de hospital, segunda opinión médica en caso de tratarse de una cirugía o procedimiento, con el propósito de asesorarle en la selección del proveedor y ayudarle a reducir los costos en el extranjero. En caso de una emergencia el Asegurado deberá reportar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a dicha admisión, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta.

De no solicitar y obtener la pre-autorización, el reembolso de los gastos elegibles y medicamento indicados, será limitado al 50% de lo razonable y acostumbrado establecido en la Red de Proveedores del país donde se recibe el servicio y no se aplicará el límite de co-aseguro si lo hubiere.

a) Asegurados con cobertura internacional:

Deben utilizar la Red de Proveedores de la Compañía en los países donde exista dicha Red, incluyendo los Estados Unidos de América y los gastos serán reembolsados de acuerdo al máximo indicado en el Cuadro de Beneficios. Si el Asegurado no utiliza la Red de Proveedores, las cantidades que serán reembolsadas serán iguales a la misma cantidad que la Compañía hubiera pagado si el Asegurado hubiera recibido los servicios de un proveedor médico participante de la Red de Proveedores en el área de servicio donde se incurran los servicios que generan el reclamo. El Asegurado será responsable de la diferencia entre la cantidad cobrada por cualquier proveedor de servicios médicos y los costos establecidos con los proveedores de la Red de Proveedores participantes por servicios médicos, sin que aplique este excedente al límite de co-aseguro.

b) Asegurados sin cobertura internacional:

Si el Asegurado no tiene el beneficio de Cobertura Internacional, el reembolso de los gastos será igual a la misma cantidad que la Compañía hubiera reembolsado si hubiera recibido los servicios de un proveedor participante en la Red de Proveedores de su país de residencia y aplicará este beneficio únicamente en casos de emergencia comprobada, incurrida mientras el Asegurado esté viajando. Estos gastos no aplicarán para el límite de co-aseguro si lo hubiere. El Asegurado será responsable de la diferencia entre la cantidad cobrada por cualquier proveedor de servicios médicos fuera del país de residencia y los costos establecidos con la Red de Proveedores de servicios médicos. **Esta disposición NO APLICA PARA EL PLAN SELECTO.**

2. Modificaciones:

Solamente el Presidente o el Gerente General de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones de esta Póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en una *addendum* firmado que contenga el consentimiento del Asegurado Principal. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por ningún Corredor, Sociedad Corredora, Sociedad Agencia o Agente de Seguros o ninguna otra persona que no sea alguna de las mencionadas en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni los Corredores o Sociedades Corredoras ni las Sociedades Agencias o Agentes de Seguros actuarán en nombre de la Compañía, sino únicamente por cuenta de ésta.

C. De la Prima:

1. Pago de la Prima:

La Prima de esta Póliza deberá ser pagada en cada aniversario a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza. El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza será responsabilidad del Asegurado Principal.

2. Derecho de Retracto y Reembolso de Primas:

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

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

3. Periodo de Gracia:

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

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

4. Modificación de la Prima:

La Compañía se reserva el derecho, en cualquier aniversario de la Póliza, de modificar el monto de la Prima, para lo cual dará aviso al Asegurado Principal con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la Fecha de Vencimiento de la Póliza, con el fin de que éste manifieste su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo.

En caso de que el Asegurado conozca hechos o circunstancias, presentes o inminentes, que provoquen la agravación de los riesgos cubiertos por esta Póliza, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con al menos diez (10) días hábiles de anticipación al hecho, de ser éste previsible, o dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a entrar en conocimiento de su ocurrencia, en caso de que la agravación no dependa de la voluntad del asegurado.

En todo caso, si por cualquier hecho o circunstancia comunicados o no a la Compañía, ésta determina que los riesgos cubiertos por esta Póliza se han agravado, deberá comunicar al Asegurado el ajuste de prima correspondiente dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a haber entrado en conocimiento de dicho hecho o circunstancia. El Asegurado contará con diez (10) días hábiles para manifestar por escrito su conformidad con la nueva prima. En caso de no estar conforme, o no efectuar manifestación alguna, la Compañía podrá rescindir y dar por terminada esta Póliza.

En caso de que la agravación del riesgo fuera tal que, de haber existido o haberse conocido al momento de aceptación de la Solicitud de Seguro por parte de la Compañía, ésta no hubiese emitido la Póliza, la Compañía podrá rescindirla y darla por terminada previa comunicación escrita al Asegurado con al menos diez (10) días hábiles de anticipación.

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

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

5. Recargos a la prima:

a) Recargos por pago fraccionado de la prima:

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

Semestral	2%
Mensual	4%

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

b) Recargos por análisis de experiencia siniestral:

Anualmente La Compañía hará una revisión de la experiencia siniestral de la cartera de pólizas del Seguro de Salud Individual Panamedic (Dólares), con el fin de establecer las bases de ajuste general a las primas de prórroga de los contratos vigentes. Dicho ajuste general será prorrateado entre las pólizas vigentes de acuerdo con la experiencia propia de la póliza.

D. Del reclamo de siniestros:

1. Aviso de Siniestro:

El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer un Reclamo bajo esta Póliza, debe darse por escrito a la Compañía en sus oficinas ubicadas en San José, Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial FORUM, Torre I, segundo piso, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado conozca su ocurrencia.

La notificación que haga el Asegurado o el Reclamante Sustituto, según sea el caso, mediante la cual proporcione a la Compañía suficiente información para identificar al Asegurado, tal como el nombre del Asegurado y su número de identificación, será considerado como aviso de siniestro a la Compañía. La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La Compañía, al recibir el aviso de siniestro, suministrará al Asegurado o al Reclamante Sustituto, según sea el caso, el correspondiente *Formulario de Reclamo para Indemnización*. Dicho formulario debidamente cumplimentado, junto con la documentación de respaldo necesaria, deberá ser entregado dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha del siniestro, con el fin de permitirle a la Compañía el procesamiento de la reclamación correspondiente. La documentación que se deberá presentar será la siguiente:

- a) *Formulario de Reclamo para Indemnización* debidamente cumplimentado por el Asegurado o el Reclamante Sustituto en nombre del Asegurado, según corresponda;
- b) Certificación Médica debidamente firmada por el Médico tratante, incluyendo el Diagnóstico y los reportes de pruebas y exámenes médicos que sirvieron de respaldo a este Diagnóstico;
- c) Las facturas originales de cada Proveedor con un detalle de los rubros incluidos.

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

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

En caso de cualquier duda puede comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 2204-6300 o al correo electrónico Servicioalclientecr@palig.com.

2. Autorización Previa de servicios médicos y hospitalarios:

En el caso de los Eventos cubiertos por la Póliza que requieran autorización previa por parte de la Compañía, se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su intención de someterse al tratamiento u obtener el servicio correspondiente. Dicha comunicación deberá efectuarse por escrito, sea en las oficinas de la Compañía o mediante correo electrónico a la dirección

- autorizacionescr@palig.com, con una anticipación mínima de (5) días hábiles, salvo para casos de emergencia. La Compañía podrá en el futuro habilitar una línea telefónica gratuita para estos fines, cuyo número será comunicado oportunamente al Asegurado;
- b)** La Compañía podrá requerir bajo su costo una segunda opinión para evaluar la necesidad e idoneidad de los procedimientos quirúrgicos electivos;
 - c)** La Compañía emitirá una autorización del servicio directamente al proveedor médico, si se trata de un miembro de su Red de Proveedores. En caso de que se trate de un proveedor ajeno a la Red, se emitirá la autorización directamente al Asegurado, la cual deberá posteriormente acompañar la solicitud de reembolso respectiva.

Una vez obtenida la Autorización Previa, el Asegurado podrá recibir los servicios médicos u hospitalarios a los cuales se refiera su solicitud. **De no cumplirse este procedimiento, la Compañía podrá reducir a un 50% su indemnización de los Gastos Cubiertos, una vez deducidos Copagos, Coaseguros y Deducibles.**

3. Reclamante Sustituto:

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

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

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

4. Pago de Indemnizaciones:

Todo reembolso o pago que efectúe La Compañía podrá ser tanto en dólares de los Estados Unidos de América, como en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

Todos los pagos o reembolsos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado con motivo de este contrato, se efectuarán en las Oficinas de La Compañía en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso. La Compañía hará los pagos de Reclamos directamente a los Proveedores siempre que esto sea posible. Cuando no se efectúen pagos

directos a los Proveedores, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Tarifa URA de los cargos compensables que le hayan sido sometidos a estudio, excepto cuando las indemnizaciones sean montos fijos.

Asimismo, de conformidad con lo indicado en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza, la Compañía deducirá de cualquier reembolso otorgado al Asegurado o pago efectuado a Proveedores de servicios las sumas pactadas en concepto de Copagos (si se trata de pagos efectuados dentro de la Red de Proveedores) o de Deducibles y Coaseguros (si se trata de reembolsos efectuados fuera de la Red de Proveedores).

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

En caso de que el Asegurado cuente con la cobertura de otra u otras pólizas de seguro, la indemnización combinada de todas las pólizas no podrá exceder el 100% del monto total del Gasto Cubierto, y los beneficios provenientes de esta Póliza serán pagados en forma proporcional al monto total asegurado por todas ellas.

5. Revisión de reclamos:

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

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

6. Subrogación:

El Asegurado Principal transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos efectuados al Asegurado Principal y/o a cualquiera de sus Asegurados Dependientes por cualquier beneficio cubierto por esta Póliza, resultantes de pérdidas, lesiones o daños que hubieren sido declarados responsabilidad de un tercero. En virtud de este

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

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

7. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización:

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas, si queda demostrado que los Asegurado o sus representantes, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, han declarado en forma falsa e/o inexacta hechos que podrían excluir o restringir dichas obligaciones. En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado, sus beneficiarios, sucesores o cesionarios por cualquier cantidad que haya pagado, basándose en todo o en parte en una información falsa, incompleta, engañosa o errónea. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la presente póliza no se encuentre vigente.

8. Redes de Proveedores:

La Compañía pondrá a disposición de los Asegurados de los Planes Diamante, Oro y Plata los nombres y direcciones de su **Red de Proveedores "PALIGMED" del producto Panamedic** en el sitio Web que se indica en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, **en el cual se indicarán asimismo las restricciones a dicha red según corresponda**. La Compañía le entregará a cada Asegurado un carné de Asegurado el cual deberá presentar a los proveedores dentro de la Red a efectos de tener acceso a la prestación de los servicios. El Asegurado tendrá siempre la opción de utilizar otros proveedores de servicios de su elección.

La Compañía pondrá a disposición de los Asegurados del Plan Selecto los nombres y direcciones de su **Red de Proveedores "PALIGMED" del producto Panamedic** en el sitio Web que se indica en el Cuadro de Beneficios, **en el cual se indicarán asimismo las restricciones a dicha red..** La Compañía le entregará a cada Asegurado un carné de Asegurado el cual deberá presentar a los proveedores dentro de la Red a efectos de tener acceso a la prestación de los servicios.

E. Vigencia y posibilidad de Prórrogas:

1. Vigencia y Prórrogas:

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

2. Prórroga de la Póliza:

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

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

3. Terminación del Seguro:

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

- a)** Falta de pago de la Prima pactada al vencimiento del Período de Gracia;
- b)** Fallecimiento del Asegurado;
- c)** Pérdida del Asegurado de cualquiera de sus condiciones de elegibilidad, de conformidad con la cláusula **IV. F. 1. Elegibilidad de los Asegurados** de esta Póliza;
- d)** Por comprobarse inexactitud o falsedad en las declaraciones del Asegurado según se establece en la cláusula **IV.E.5. Declaraciones Falsas e Inexactas** de la póliza.

Además de lo anterior, el Contratante y/o Asegurado Principal podrá rescindir y dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que desea dar por terminada la Póliza. En este último caso, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos de un (20) veinte por ciento correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, el día de terminación de la Póliza.

La Compañía también podrá rescindir y dar por terminada la Póliza en cualquiera de los casos indicados en los apartes **IV.D.4** y **IV.E.5.** de la Póliza, así como en todos aquellos demás casos en que la legislación costarricense lo autorice.

4. Rehabilitación:

No obstante lo dispuesto por la Cláusula de Terminación de la Póliza, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, el Asegurado podrá rehabilitarla pagando la Prima adeudada, siempre que no hayan transcurrido más de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha de la terminación. En este caso, sólo se cubrirán aquellas pérdidas que resulten de un siniestro ocurrido a partir de la fecha de su rehabilitación, considerando siempre lo estipulado en la cláusula de **Exclusiones** de esta Póliza.

5. Declaraciones Falsas e Inexactas:

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

Si la información falsa o reticente hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Asegurado, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Asegurado una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Asegurado podrá aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Asegurado, o su negativa a aceptar el ajuste, darán derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el contrato conservando a su favor las primas devengadas.

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

Cualquier información falsa, reticente o errónea suministrada sin dolo a la Compañía deviene indisputable una vez transcurridos dos años desde la Fecha Efectiva de la Póliza, y no podrá ser alegada por la Compañía como causal para dar por terminado el contrato o ajustar la Póliza.

En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado Principal, sus Asegurados Dependientes, sucesores o

cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido de cualquiera de los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

F. Condiciones Varias:

1. Elegibilidad de los Asegurados:

Serán elegibles como Asegurado Principal y Asegurado Dependiente Conyugue de esta Póliza las personas físicas de cualquier género, residentes legalmente en Costa Rica que tengan al menos dieciocho (18) años de edad.

Serán elegibles como Asegurados Dependientes de esta Póliza los hijos (consanguíneos y adoptivos) e hijastros del Asegurado Principal y/o de su cónyuge o compañera (o) doméstica (o) que sean menores de dieciocho (18) años de edad cumplidos, o cuando tengan menos de veinticinco (25) años de edad cumplidos pero dependan económicamente del Asegurado Principal y demuestren ser estudiantes de tiempo completo.

2. Elegibilidad del Recién Nacido:

El Recién Nacido cuyo nacimiento haya sido cubierto por la Póliza será agregado a la Póliza como Asegurado Dependiente, sin evaluación de riesgos ni Periodo de Espera, siempre y cuando la Compañía reciba una Solicitud de Seguro en la cual se detalle su nombre, sexo y fecha de nacimiento dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento, junto con el pago de la Prima correspondiente.

Cuando la notificación de un nacimiento o el pago de la Prima sean recibidos por la Compañía más tarde de los treinta (30) días naturales posteriores al nacimiento, o cuando el Recién Nacido haya nacido de un embarazo no cubierto por la Póliza, se requerirá una Solicitud de Seguro para agregar el niño a la Póliza, y esta adición estará sujeta a evaluación de riesgos. Si la cobertura del niño es aprobada, la misma tendrá un Período de Espera de noventa (90) días naturales.

En cualquiera de los casos anteriores el Recién Nacido será elegible para ser incluido en la Póliza a partir del día catorce (14) siguiente a su nacimiento.

3. Incorporación de Asegurados:

En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Asegurado Principal podrá incorporar nuevos Asegurados Dependientes mediante la presentación de la Solicitud de Seguro y el pago de la Prima adicional correspondiente una vez que la Compañía haya aceptado el riesgo. Los nuevos

Asegurados Dependientes tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación. Tanto en el caso del Asegurado Principal como con los Asegurados Dependientes la Compañía podrá ofrecer al Asegurado posibilidades a escoger según la evaluación del riesgo y que incluyan combinaciones tales como mantener o disminuir la suma asegurada, mantener o aumentar la tarifa o combinaciones entre sí. En los casos de reducciones de la suma asegurada ésta no podrá ser mayor al 50%, y en caso de los recargos de tarifa, estos no podrán ser menores a 50% ni mayores a 300%.

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

4. Baja de Asegurados:

Las personas que se separen definitivamente de la Póliza dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que notifiquen por escrito esta situación a la Compañía, quedando sin validez alguna las coberturas con respecto a esa(s) persona(s). En este caso, la Compañía restituirá al Asegurado Principal la parte de la Prima no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, deduciendo únicamente los gastos administrativos correspondientes a esa devolución. El reembolso correspondiente se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales a su solicitud.

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

5. Edad de Aceptación:

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

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

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

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

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

G. Disposiciones Legales:

1. Limitación de Responsabilidad:

La Compañía pondrá a disposición de los Asegurados los nombres y direcciones de su Red de Proveedores PALIGMED Panamedic en los sitios Web que se indican en el Cuadro de Beneficios de conformidad con la cláusula **IV.D. 8. Redes de Proveedores**. Los Proveedores son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y la prestación de servicios asistenciales, que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones, por lo que la Compañía no asume más responsabilidad legal respecto de dichas personas que la impuesta por la legislación costarricense de protección al consumidor. En el caso de la red abierta para los Planes Diamante, Oro y Plata el Asegurado tendrá siempre la opción de utilizar otros proveedores de servicios de su elección.

2. Moneda:

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

3. Prescripción:

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

4. Período de Disputabilidad:

Plazo de dos años durante el cual la Compañía está legitimada para rescindir en forma inmediata, unilateral y de pleno derecho esta Póliza con respecto a uno o varios Asegurados, en caso de que se compruebe falsedad o inexactitud de la información suministrada a la Compañía, y con base en la cual ésta aceptó incluir al Asegurado dentro de la Póliza.

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

La Compañía tampoco podrá disputar una enfermedad preexistente, no manifestada al perfeccionarse el contrato, cuando ésta se manifieste después del período de disputabilidad.

5. Valoración:

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

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

6. Rectificación:

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

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

7. Confidencialidad:

La información de carácter confidencial que el Asegurado brinde a la Compañía, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizadas, complementadas o suprimidas, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

8. Solución de Controversias:

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

9. Comunicaciones:

Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Contratante, o entre la Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas en la dirección indicada en el Cuadro de Beneficios. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Tomador serán efectuadas en el domicilio consignado en la carátula de la Póliza. Los Asegurados serán notificados por los medios y en las direcciones consignadas en su Solicitud Individual.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

10. Jurisdicción y Competencia:

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A06-627 de fecha 29 de abril del 2015.

ANEXO A COBERTURA ADICIONAL DE SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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

I. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Con la presente cobertura, la Compañía pagará, en una sola ocasión y en un único abono a los beneficiarios que correspondan, el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura detallada en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, si durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, el Asegurado fallece por cualquier causa no descrita en las Exclusiones de esta cobertura.

II. DEFINICIONES

Beneficiario: Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado Principal, de conformidad con la cláusula **IV BENEFICIARIOS** de este Anexo, que recibirá el beneficio del Seguro de Vida que se estipule en el Cuadro de Beneficios.

Período de Disputabilidad: Plazo estipulado en la póliza durante el cual la Compañía está legitimada para rescindir en forma inmediata, unilateral y de pleno derecho esta Póliza con respecto a uno o varios Asegurados, en caso de que se compruebe falsedad o inexactitud de la información suministrada a la Compañía, y con base en la cual ésta aceptó incluir al Asegurado dentro de la Póliza.

Suma Asegurada: Es el monto que deberá pagar la Compañía por concepto del Beneficio de Seguro de Vida al o a los Beneficiarios, según corresponda, de acuerdo a lo estipulado en el Cuadro de Beneficios.

III. EXCLUSIONES

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

A. Cualquier Accidente o secuela de éste cuya ocurrencia sea anterior a la Fecha Efectiva de la Póliza;

- B. Cualquier enfermedad pre-existente al momento de aceptación del riesgo por parte de la Compañía, aunque no haya sido previamente declarada en la solicitud, si el fallecimiento ocurre antes del vencimiento del Período de Disputabilidad;**
- C. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus complicaciones durante los primeros dos (2) años del Seguro;**
- D. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas médicamente;**
- E. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, rodeo recreativo, esquí, tauromaquia y corridas de toros a la tica, boxeo, lucha libre y grecorromana, rafting, canopy, bungee jumping, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, o la práctica de cualquier deporte extremo o radical;**
- F. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;**
- G. La práctica o el desempeño de alguna actividad u ocupación claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia;**
- H. Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, actos de guerra o guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, duelos y riñas, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;**
- I. Suicidio, independientemente del estado mental del Asegurado, si éste ocurre dentro del primer año de vigencia de la Póliza;**
- J. Actos ilegales por parte del Asegurado o por los albaceas, herederos o representantes legales del Asegurado, que estén relacionados con la reclamación del beneficio.**

IV. BENEFICIARIOS

El Asegurado Principal podrá designar Beneficiarios para la presente cobertura. En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, la suma indicada en el Cuadro de Beneficios será girada a los Beneficiarios que hayan sido designados en el formulario suministrado por la Compañía. El Asegurado puede cambiar de Beneficiarios en cualquier momento, sin tener que notificar a dichos Beneficiarios ni obtener su consentimiento. El cambio de

Beneficiarios debe efectuarse en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por ésta, y el mismo será efectivo en la fecha en que el formulario, debidamente firmado, sea entregado a la Compañía.

En caso de que el Asegurado designe más de un Beneficiario sin especificar la proporción de los derechos respectivos, la Compañía distribuirá la eventual indemnización en partes iguales. Si alguno de los Beneficiarios designados hubiese fallecido antes que el Asegurado, su derecho quedará terminado y la cantidad que le hubiese correspondido será distribuida en partes iguales entre los otros Beneficiarios registrados en la póliza. De no vivir ningún Beneficiario al ocurrir el fallecimiento, la Compañía pondrá dicha indemnización a la orden del proceso sucesorio ante la autoridad judicial o pagará el beneficio de conformidad con la declaratoria de herederos correspondiente.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

V. AVISO DE SINIESTRO

El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer una reclamación bajo esta cobertura será responsabilidad del o de los Beneficiarios designados por el Asegurado Principal, y deberá darse por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que el reclamante conozca su ocurrencia.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La Compañía, al recibir el aviso de siniestro, suministrará al reclamante el correspondiente Formulario de Reclamación por Muerte. Dicho formulario debidamente cumplimentado, junto con la documentación de respaldo necesaria, deberá ser entregado dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha del siniestro. La documentación que se deberá presentar será la siguiente:

- a) Formulario de Reclamación por Muerte debidamente cumplimentado por el o los Beneficiario(s) correspondientes;
- b) Certificación original de la defunción con causa de la muerte emitida por el Registro Civil, acompañada de copia del dictamen médico en que se declaró el fallecimiento y sus causas (Acta de Defunción). En caso de que el fallecimiento ocurriese fuera de Costa Rica, deberá aportarse un certificado de defunción emitido por la autoridad competente en el lugar del deceso, detallando las causas del fallecimiento, debidamente apostillado o en su defecto autenticado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica;
- c) Si a causa del fallecimiento se hubiera abierto o completado un expediente policial o judicial, deberá aportarse también fotocopias certificadas del mismo;
- d) Fotocopia del documento de identidad o certificación de nacimiento, emitida por el Registro Civil, del Asegurado;
- e) Copia de la Cédula de Identidad o Certificación de Nacimiento del o los Beneficiarios designados por el Asegurado Principal;

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

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A06-627 de fecha 29 de abril del 2015.

ANEXO B COBERTURA ADICIONAL DE AUXILIO PARA GASTOS INMEDIATOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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

I. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Con el amparo de la presente Cobertura, si sobreviniere la muerte del Asegurado Principal, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada estipulada en el Cuadro de Beneficios.

II. DEFINICIONES

Beneficiario: Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado Principal, de conformidad con la cláusula **IV BENEFICIARIOS** de este Anexo, que recibirá el Beneficio de Gastos Funerarios y Repatriación de Restos Mortales en caso de Fallecimiento del Asegurado Principal que se estipule en el Cuadro de Beneficios.

Periodo de Disputabilidad: Plazo estipulado en la Póliza durante el cual la Compañía está legitimada para rescindir en forma inmediata, unilateral y de pleno derecho esta Póliza con respecto a uno o varios Asegurados, en caso de que se compruebe falsedad o inexactitud de la información suministrada a la Compañía, y con base en la cual ésta aceptó incluir al Asegurado dentro de la Póliza.

Suma Asegurada: Es el monto que deberá pagar la Compañía por concepto del Beneficio de Gastos Funerarios y Repatriación de Restos Mortales en caso de Fallecimiento del Asegurado Principal al o a los Beneficiarios, según corresponda, de acuerdo a lo estipulado en el Cuadro de Beneficios.

III. EXCLUSIONES

La presente Cobertura Adicional de Auxilio para Gastos Inmediatos por Fallecimiento del Asegurado Principal no surtirá efecto cuando las causas que originaron el Siniestro se encuentren entre las listadas a continuación:

- A. Cualquier Accidente o secuela de éste cuya ocurrencia sea anterior a la Fecha Efectiva de la Póliza;**
- B. Cualquier enfermedad pre-existente al momento de aceptación del riesgo por parte de la Compañía, aunque no haya sido previamente declarada en la**

solicitud, si el fallecimiento ocurre antes del vencimiento del Período de Disputabilidad;

C. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus complicaciones durante los primeros dos (2) años del Seguro;

D. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas médicamente;

E. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, rodeo recreativo, esquí, tauromaquia y corridas de toros a la tica, boxeo, lucha libre y grecorromana, rafting, canopy, bungee jumping, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, o la práctica de cualquier deporte extremo o radical;

F. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;

G. La práctica o el desempeño de alguna actividad u ocupación claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia;

H. Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, actos de guerra o guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, duelos y riñas, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;

I. Suicidio, independientemente del estado mental del Asegurado, si éste ocurre dentro del primer año de vigencia de la Póliza;

J. Actos ilegales por parte del Asegurado o por los albaceas, herederos o representantes legales del Asegurado, que estén relacionados con la reclamación del beneficio.

IV. BENEFICIARIOS

El Asegurado Principal podrá designar Beneficiarios para la presente cobertura. En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, la suma indicada en el Cuadro de Beneficios será girada a los Beneficiarios que hayan sido designados en el formulario suministrado por la Compañía. El Asegurado puede cambiar de Beneficiarios en cualquier momento, sin tener que notificar a dichos Beneficiarios ni obtener su consentimiento. El cambio de Beneficiarios debe efectuarse en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado

por ésta, y el mismo será efectivo en la fecha en que el formulario, debidamente firmado, sea entregado a la Compañía.

En caso de que el Asegurado designe más de un Beneficiario sin especificar la proporción de los derechos respectivos, la Compañía distribuirá la eventual indemnización en partes iguales. Si alguno de los Beneficiarios designados hubiese fallecido antes que el Asegurado, su derecho quedará terminado y la cantidad que le hubiese correspondido será distribuida en partes iguales entre los otros Beneficiarios registrados en la póliza. De no vivir ningún Beneficiario al ocurrir el fallecimiento, la Compañía pondrá dicha indemnización a la orden del proceso sucesorio ante la autoridad judicial o pagará el beneficio de conformidad con la declaratoria de herederos correspondiente.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

V. AVISO DE SINIESTRO

El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer una reclamación bajo esta cobertura será responsabilidad del o de los Beneficiarios designados por el Asegurado Principal, y deberá darse por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que el reclamante conozca su ocurrencia.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La Compañía, al recibir el aviso de siniestro, suministrará al reclamante el correspondiente Formulario de Reclamación por Muerte. Dicho formulario debidamente cumplimentado, junto con la documentación de respaldo necesaria, deberá ser entregado dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha del siniestro. La documentación que se deberá presentar será la siguiente:

- a) Formulario de Reclamación por Muerte debidamente cumplimentado por el o los Beneficiario(s) correspondientes;
- b) Certificación original de la defunción con causa de la muerte emitida por el Registro Civil, acompañada de copia del dictamen médico en que se declaró el fallecimiento y sus causas (Acta de Defunción). En caso de que el fallecimiento ocurriese fuera de Costa Rica, deberá aportarse un certificado de defunción emitido por la autoridad competente en el lugar del deceso, detallando las causas del fallecimiento, debidamente apostillado o en su defecto autenticado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica;
- c) Fotocopia del documento de identidad o certificación de nacimiento, emitida por el Registro Civil, del Asegurado; y
- d) Copia de la Cédula de Identidad o Certificación de Nacimiento del o los Beneficiarios designados por el Asegurado Principal.

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

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A06-627 de fecha 29 de abril del 2015.

ANEXO C COBERTURA ADICIONAL DE DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL

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

I. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Con el amparo de esta cobertura adicional, el Asegurado principal recibirá una indemnización, cuando producto de un accidente, cuyas lesiones no ocasionen el fallecimiento del Asegurado, éste sufra un desmembramiento (pérdida parcial, pérdida total o pérdida funcional de algún miembro) según se indican a continuación, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días naturales contados desde la ocurrencia del Accidente. La Compañía indemnizará al Asegurado Principal, al reclamante sustituto, o a los beneficiarios, según corresponda, los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada indicada en el Cuadro de Beneficios de la Póliza:

100% En caso de ceguera total y permanente de los dos ojos, o pérdida de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazo, antebrazo y mano), o uno de los miembros inferiores (muslo, pierna y pie),

50% Por la pérdida total de una mano (antebrazo y/o mano);

40% Por pérdida total de un pie (pierna y/o pie);

50% Por la sordera completa de ambos oídos;

25% Por la sordera completa de un oído en caso de que el Asegurado Principal ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

13% Por la sordera completa de un oído;

50% Por la ceguera total y permanente de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro ojo antes de contratar este seguro;

25% Por la ceguera total y permanente de un ojo;

20% Por la pérdida total de un dedo pulgar;

15% Por la pérdida total de un dedo índice;

5% Por la pérdida total de cualquier dedo de la mano, excepto dedo pulgar o dedo índice;

3% Por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% de la Suma Asegurada para esta cobertura adicional de desmembramiento.

Cuando un miembro inferior o un miembro superior es afectado por más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos de dicho miembro, no podrá, en ningún caso, exceder el porcentaje del monto asegurado correspondiente a la pérdida total del miembro indicada en la tabla de indemnizaciones de esta cobertura.

II. DEFINICIONES

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta cobertura adicional de Desmembramiento, se establece el significado de los siguientes términos:

Miembro: Se entiende por "miembro", únicamente alguno de los miembros superiores (brazo, antebrazo y mano) y los miembros inferiores (muslo, pierna y pie).

Órgano: Parte diferenciada del cuerpo que participa en la realización de alguna función (ojos, oídos y dedos).

Pérdida total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

III. EXCLUSIONES

La presente Cobertura de Desmembramiento Accidental para el Asegurado Principal no surtirá efecto cuando las causas que originaron el Siniestro se encuentren entre las listadas a continuación:

- A. Cualquier Accidente o secuela de éste cuya ocurrencia sea anterior a la Fecha Efectiva de la Póliza;**
- B. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado, incluyendo accidentes ocurridos como consecuencia de encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas médicamente;**
- C. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, rodeo recreativo, esquí, tauromaquia y corridas de toros a la tica, boxeo, lucha libre y grecorromana, artes marciales, rafting, canopy, bungee jumping, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, o la práctica de cualquier deporte extremo o radical;**
- D. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;**
- E. La práctica o el desempeño de alguna actividad u ocupación claramente riesgoso, salvo que hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia;**
- F. Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, actos de guerra o guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, duelos y riñas, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;**
- G. Tentativa de Suicidio, independientemente del estado mental del Asegurado;**

H. Actos ilegales por parte del Asegurado o por los albaceas, herederos, reclamantes sustitutos o representantes legales del Asegurado, que estén relacionados con la reclamación del beneficio.

I. Desmembramiento producto de una enfermedad.

IV. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, el Asegurado, el Reclamante Sustituto o los Beneficiarios, según sea el caso, se deberá presentar a la Compañía, los siguientes requisitos:

- a)** *Formulario de Reclamación* debidamente cumplimentado por el Asegurado, el Beneficiario o el Reclamante Sustituto en nombre del Asegurado, según corresponda;
- b)** Copia del informe policial y/o del expediente judicial;
- c)** Certificado Médico debidamente cumplimentado por el médico tratante, informando los detalles del Diagnóstico, incluyendo la fecha así como el mecanismo del trauma causante del Accidente.
- d)** Copia del expediente médico.
- e)** Fotocopia del documento de identidad o certificación de nacimiento, emitida por el Registro Civil, del Asegurado, el Beneficiario o el Reclamante Sustituto en nombre del Asegurado, según corresponda.

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

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A06-627 de fecha 29 de abril del 2015.