

INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

Sección I - Información Sobre La Entidad Aseguradora:

1. **Entidad Aseguradora:** MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. (en adelante “MAPFRE | Costa Rica”), con cédula jurídica 3-101-560179, debidamente autorizada por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) bajo la licencia A03, lo cual puede verificarse en la dirección www.sugese.fi.cr
2. **Calificación de Riesgo Vigente:** AA+ (cri), otorgada por la empresa Fitch Ratings Centroamérica (www.fitchca.com). La Perspectiva de la calificación es Estable.
3. **Perfil empresarial:** Empresa subsidiaria de MAPFRE, compañía multinacional española de seguros y reaseguros de reconocido prestigio y con presencia en más de cuarenta países en el mundo entero.
4. **Opciones de Comunicación:** Nuestras oficinas se encuentran ubicadas en San José, Montes de Oca, San Pedro, cincuenta metros al oeste del supermercado Muñoz y Nanne, Torre Condal San Pedro. Piso 1, y puede contactarnos también a la central telefónica (506) 4104-0200, o al Fax (506) 2221-4656, o al correo electrónico servicioalcliente@mapfrecr.com. Nuestra página web está disponible bajo la dirección www.mapfrecr.com.
5. **Tratamiento de Datos de Carácter Personal:** La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial competente. En todo caso, MAPFRE Seguros Costa Rica S.A. protegerá y tratará la información personal del Tomador y/o Asegurado con base en los deberes y obligaciones que contempla la legislación vigente.
6. **Procedimiento de Quejas y Resolución de Disputas:** Sin perjuicio de las instancias y procedimientos que contempla la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, en caso que el Asegurado tenga alguna queja o reclamo contra MAPFRE | Costa Rica, puede optar por las siguientes opciones y procedimientos:
 - 6.1. Consulta Telefónica: El Tomador/Asegurado puede contactar a nuestro Departamento de Gastos Medicos al teléfono antes indicado en horario de 08:00 am a 05:30 pm, de lunes a viernes.
 - 6.2. Queja formal escrita: El Tomador/Asegurado puede presentar un reclamo escrito en nuestras oficinas, todo conforme a los datos de contacto antes indicados.
 - 6.3. Jurisdicción y Arbitraje: En caso de reclamos o disputas, serán competentes los Tribunales de San José, Costa Rica. No obstante lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje de forma voluntaria e incondicional. El arbitraje será de derecho y se realizará según lo establecido en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio (CICA).
 - 6.4. Respuesta Oportuna: El Tomador/Asegurado tiene el derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten personalmente, o por medio de su representante legal, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales a partir de la presentación de la documentación respectiva.
7. **Red de Proveedores:** Este seguro cuenta con una Red de proveedores denominada MAPFRE SALUD que le brinda a los asegurados la facilidad de atenderse realizando un pequeño aporte al proveedor y este a su vez coordinar el pago de las diferencias vía pago directo. Proveedores tales como centros de servicios hospitalarios, laboratorios y médicos generales y especialistas forman parte de la red.

La red de proveedores de servicios auxiliares de la Compañía, en caso de ser aplicable al producto, puede ser consultada en www.mapfrecr.com.

Sección II - Información Sobre La Póliza:

1. Nombre del Producto: Seguro colectivo de Gastos Medicos, bajo su producto denominado “**SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS POR SERVICIOS DE ATENCION MEDICA HOSPITALARIA**” inscrito en la SUGESE bajo el registro P20-64-A03-366 en dólares respectivamente
2. **Requisitos de Aseguramiento:**
 - a) **Para asegurados que cuentan con seguro de salud anterior previo al ingreso con MAPFRE, se brindará continuidad de cobertura.** Para ingresar al grupo, los asegurados deberán completar solicitud con declaración de salud y presentar evidencia de seguro de salud con proveedor anterior (copia del certificado de salud con las fechas de efectividad de cada asegurado) el cual se utilizará para evaluar la continuidad de cobertura. Dicha continuidad de cobertura no aplicará para condiciones catastróficas como enfermedades neurológicas o neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebro vasculares, cirugía cardiaca y angioplastia, cáncer y Trasplante de órganos, insuficiencia renal.
 - b) **Para asegurados que no cuenten con seguro de salud previo al ingreso en la cobertura con MAPFRE.** Para ingresar al grupo deberán completar solicitud con declaración de salud, con período de pre-existencias de 12 meses. Aplica endoso catastrófico. Gastos Ocasionados por condiciones catastróficas como enfermedades neurológicas o neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebro vasculares, cirugía cardiaca y angioplastia, cáncer y Trasplante de órganos, insuficiencia renal, no serán cubiertos dentro de la póliza si estas condiciones catastróficas se presentaron antes de la fecha efectiva de la cobertura).
3. **Modalidad de contratación:** Este seguro se contrata bajo modalidad colectiva, siendo del tipo Contributivo.
4. **Período de Cobertura:** El presente seguro establece su cobertura bajo la base de ocurrencia del siniestro, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En consecuencia, este seguro sólo cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida la póliza. Todo sin perjuicio de los términos de cobertura pactados y los plazos legales de prescripción.
5. **Vigencia:** Las fechas de inicio y término de vigencia serán las que se estipulen como tales en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el respectivo Certificado de Seguro Individual de cada Asegurado incluido. La póliza se emite como un Seguro Anual Renovable
6. **Prima a Pagar:** La prima a pagar como contraprestación a la cobertura que otorga este seguro, se facturará según la vigencia y se cobrará al cliente según la frecuencia de pago descrita en las Condiciones Particulares del certificado póliza.
7. **Período de Gracia:** Se permitirá un período de gracia de 10 días hábiles para el pago de la prima contados a partir de la fecha en que se debió realizar el pago.
8. **Causas de terminación de la Póliza:** Sin perjuicio de otras causas dispuestas por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la póliza termina a más tardar al medio día (12:00 meridiano) de cualquiera de las siguientes fechas, la que ocurra primero:
 - a. Para todos los asegurados, en la fecha de renovación en caso de no recibir por adelantado la primera prima por fraccionamiento de la vigencia siguiente.
 - b. Para todos los Asegurados, el día escogido por el Contratante - tomador previa notificación por escrito y entregada en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA**, o bien para todos los asegurados dentro de un certificado- póliza el día escogido por su Asegurado Principal y refrendada por el Contratante -Tomador, previa notificación por escrito y entregada en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA** ;
 - c. En el momento en que el Asegurado agote su Límite Máximo Vitalicio, o se agote el Máximo Vitalicio Conjunto sea de su certificado-póliza o bien de la Póliza colectiva- si existen - según se establezca en las

Condiciones Particulares del certificado - Póliza, lo que ocurra primero. En el caso de Coberturas contratadas con una suma asegurada o límite asegurado específico, la cobertura específica terminará para el asegurado cuando se agote la suma o límite asegurado estipulado según se establezca en las Condiciones Particulares del certificado -póliza;

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

9.a) **Seguro Colectivo de Gastos Médicos**

- **Opción 1:** Anual Renovable con Maternidad con cobertura Regional.
- **Opción 2:** Anual Renovable Sin Maternidad con cobertura Regional.
- **Opción 3:** Anual Renovable Con Maternidad con cobertura Internacional.

9.B) **Seguro Colectivo de Vida**

- Muerte natural

- Doble indemnización por muerte accidental y desmembramiento
- Incapacidad total y permanente
- Adelanto de gastos funerarios hasta \$2,000.00
- Adelanto del 35% por enfermedad Terminal
- Beneficio Adicional por Muerte Accidental Especial

“SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS”

“COBERTURAS Y SERVICIOS”

DE LA COBERTURA DE SU POLIZA EN GENERAL			
	Clase I	Clase II	Clase III
Anual Renovable	\$50.000.00	\$50.000,00	\$50.000,00
Área geográfica de Ocurrencia Local: Costa Rica y Centroamérica Resto del Mundo	Aplica No Aplica	Aplica No Aplica	Aplica Aplica
Deducible por persona por año calendario Local (máx. 3 por familia) Resto del Mundo	\$200.00 No Aplica	\$200.00 No Aplica	\$100.00 \$1.000,00
Máximo Desembolso Anual, por persona (año calendario): Local (Aplica para todos los gastos) Resto del Mundo	\$3,500.00 No Aplica	\$3,500.00 No Aplica	\$3,500.00 \$5.000,00
Red de Proveedores Médicos y Hospitalarios: a) Local b) Resto del mundo	MHCN-Global	MHCN-Global	MHCN-Global MHCN-Global
Reembolso sobre gastos elegibles en caso de no utilizar las Redes de Proveedores Médicos y/u Hospitalarios de la Red Médica MAPFRE Global	De acuerdo a los precios pactados de la Red	De acuerdo a los precios pactados de la Red	De acuerdo a los precios pactados de la Red
Requisito pre autorización – Aplica en todos y cada uno de los servicios que equivalen a los \$200,00,% de Reembolso sobre gastos elegibles No Pre autorizados	60%	60%	60%
Asegurado: Edad límite para elegibilidad de los asegurados. Asegurado Principal.....	Sin Limite	Sin Limite	Sin Limite
Cónyuge Elegible.....	Sin Limite	Sin Limite	Sin Limite
Hijo Elegible Si no está estudiando a tiempo completo.....	18 años	18 años	18 años
Hijo Elegible como estudiante de tiempo completo.....	25 años	25 años	25 años

Categorías de Hospitales

A: Clínica Bíblica, Hospital Cima el cual pagaremos al 70% los reembolsos
 B: Demás Hospitales se mantendrán los beneficios al 80%.

COBERTURAS PARA GASTOS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE	CLASE I	CLASE II	CLASE III
SERVICIOS CUBIERTOS GENERALES			
Servicio por Reclusión Hospitalario			
<ul style="list-style-type: none"> Cuarto regular (Primeros 45 días al 100%, excedentes al 80%) Local: Resto del Mundo: Cuarto Cuidados Intensivos y Coronarios (los primeros 15 días al 100%, excedentes al 80%) Local: Resto del Mundo: 	\$300,00 al 100% No Aplica \$800,00 al 100% No Aplica	\$300,00 al 100% No Aplica \$800,00 al 100% No Aplica	\$300,00 al 100% 80% \$800,00 al 100% 80%
Cargos misceláneos (por servicios y suministros)			
<ul style="list-style-type: none"> Misceláneos por Hospitalización, excedentes al 80% Misceláneos por Facilidad Ambulatoria Local: Resto del Mundo:	\$1.000,00 al 100% 80% No Aplica	\$1.000,00 al 100% 80% No Aplica	\$1.000,00 al 100% 80% 80%
Honorarios por Servicios Médicos Intrahospitalarios o en Facilidad Ambulatoria			
Honorarios por Servicios Medicos por cirugía Limite de \$3.000,00 al 100%, excedentes al 80%			
Honorarios de un cirujano (de acuerdo al con URA)	100% No Aplica	100% No Aplica	100% 80%
Honorarios anesthesiólogo (URA equivalente al 40% de los honorarios del cirujano)	100% No Aplica	100% No Aplica	100% 80%
Honorarios cirujano asistente (URA equivalente al 20% de los honorarios del cirujano)	100% No Aplica	100% No Aplica	100% 80%
Visita médica Intrahospitalaria por médico tratante, 1 visita por día	\$125,00 al 100% No Aplica	\$125,00 al 100% No Aplica	\$125,00 al 100% \$125,00 al 100%

Servicio por Atención en caso de Urgencias			
Urgencia por Accidente Local: Resto del Mundo:	\$500,00 al 100%, excedente al 80% No aplica	\$500,00 al 100%, excedente al 80 No Aplica	\$500,00 al 100%, excedente al 80 80%
Urgencia por Enfermedad Crítica Detallada Local: Resto del Mundo:	\$500,00 al 100%, excedente al 80% No Aplica	\$500,00 al 100%, excedente al 80 No Aplica	\$500,00 al 100%, excedente al 80 80%
Urgencia por Enfermedad No Crítica Detallada Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	No Aplica
Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales			
Servicios, procedimientos, tratamientos especiales y suministros de tipo general Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Equipos de Tipo Especifico (Limite Vitalicio Global de \$5.000,00 para todas las coberturas que incluyan este rubro) Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Procedimientos y Tratamientos Oncológicos Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Procedimientos y Tratamientos por Insuficiencia Renal Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Prótesis (incluyendo mas no limitando prótesis de miembros, ojos y arterias artificiales) Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Servicio de Consulta externa, Medicamentos y otros Medios Diagnósticos con Prescripción Médica			
Honorario por atención médica en consultorio Límite Máximo por consulta \$85,00 Local: • Consulta Médico General • Consulta Médico Especialista Resto del Mundo:	Co-pago \$15,00 Co-pago \$15,00 No Aplica	Co-pago \$15,00 Co-pago \$15,00 No Aplica	Co-pago \$15,00 Co-pago \$15,00 80%
Medicamentos (bajo prescripción médica)	80%	80%	80%

Local: Resto del Mundo:	No aplica	No aplica	80%
Laboratorios y Rayos X Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Servicios prestados por Enfermeras (Deberán ser pre-autorizadas y se aprobarán siempre que sean medicamente necesarias). Limitado a un máximo de año calendario de 20 servicios (un servicio es equivalente a un turno de 8 horas). <u>Solo Hospitalización</u> Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Servicio de Ambulancia • Aérea (por evento) Local: Resto del Mundo: • Terrestre (por evento) Local: Resto del Mundo: • Aérea Internacional:	Max \$1.500 al 100% No Aplica Max \$300 al 100% No Aplica No Aplica	Max \$1.500 al 100% No Aplica Max \$300 al 100% No Aplica No Aplica	Max \$1.500 al 100% No Aplica Max \$300 al 100% Max \$10.000,00 al 80%
Servicios de Terapia Fisico – Restaurativo y Acupuntura (Cobertura para Area Local Y Resto del Mundo) Limite por año calendario \$5.000,00 y Maximo Vitalicio de \$15.000,00 para el total de los servicios indicados en este punto			
Terapia de acupuntura	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Terapia para padecimientos de la espina dorsal	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Terapia Ocupacional y Terapia de lenguaje	80%	80%	80%
Terapia para tratamiento Neuro-Restaurativo	80%	80%	80%
Psicoterapia y Terapia Física	\$35,00 al 80%	\$35,00 al 80%	\$35,00 al 80%
Servicio de Cirugía Reconstructiva por Accidente o Malignidad Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Servicio Dental por tratamiento de una lesión accidental (presentar junto al siniestro placa panorámica dental y epicrisis medica) Local: Resto del Mundo	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
COBERTURA PARA GASTOS POR MATERNIDAD			

<p>Asegurado mediante Reembolso de gastos hasta por una Suma fija única máxima global para todos los gastos elegibles que se deriven de servicios prestados por maternidad a la que se hace referencia en esta Nota. Cabe señalar que dentro de la indemnización por reembolso no se podrán incluir ni estarán cubiertos bajo esta excepción los gastos prenatales. La Suma fija única máxima global a la que se hace referencia en esta Nota queda estipulada como sigue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto Normal: \$ 600.00 • Cesárea: \$900.00 • Aborto legal: \$ 250.00 • Amenaza de aborto: \$ 400.00. <p>Esta cobertura no incluye los servicios de atención prenatal descritos bajo el apartado 3.3.a de las Condiciones Generales de la póliza y solo se limita a los servicios de atención durante el alumbramiento que se describen en el apartado 3.3.b de dichas condiciones.</p>			
<p>Cuarto Regular por maternidad</p> <p style="text-align: right;">Local:</p> <p style="text-align: right;">Resto del Mundo:</p>	<p>\$300,00 al 80%</p> <p>No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>\$300,00 al 80%</p> <p>80%</p>
<p>Cuarto Cuidados Intensivos por Maternidad</p> <p style="text-align: right;">Local:</p> <p style="text-align: right;">Resto del Mundo:</p>	<p>\$800,00 al 80%</p> <p>No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>\$800,00 al 80%</p> <p>80%</p>
<p>Cargos Misceláneos por Maternidad</p> <p style="text-align: right;">Local:</p> <p style="text-align: right;">Resto del Mundo:</p>	<p>80%</p> <p>No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>80%</p> <p>80%</p>
<p>Honorarios Grupo Medico por Maternidad</p> <p style="text-align: right;">Local:</p> <p style="text-align: right;">Resto del Mundo:</p>	<p>80%</p> <p>No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>80%</p> <p>80%</p>
<p>COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR ATENCION DEL RECIEN NACIDO (cobertura de 0 al 9 dias de nacido)</p>			
<p>Tendrá derecho y será efectiva siempre y cuando el embarazo se inicie a partir del veinticuatro (24vo.) mes de cobertura contado desde la fecha de inclusión de la Asegurada Principal o Cónyuge elegible. Todos los SERVICIOS CUBIERTOS (Ver puntos 3.4.a al 3.4.g) que a continuación se mencionan se cubren sujeto</p>			

<p>a un Límite Máximo de gastos elegibles por recién nacido en cada Maternidad de \$2,500.00 en el seguro de la Madre del Recién Nacido, con excepción de los casos dispuestos en la NOTA 1 incluida en esta cobertura, para los cuales se deberá remitir a dicha nota en donde se establece el tipo de cobertura ofrecida, de existir.</p> <p style="text-align: right;">Local: Resto del Mundo:</p> <p>NOTA 1: Esta póliza no cubre ningún gasto elegible derivado por servicios de la maternidad lograda mediante procedimientos NO cubiertos tal y como se estipula en la Cláusula TERCERA numeral 1.12, "Exclusiones y Limitaciones", de las Condiciones Generales de la Póliza. Sin embargo, como excepción y para efectos de este Plan- póliza de seguros, la Compañía conviene indemnizar al Contratante-Asegurado mediante Reembolso de gastos hasta por una Suma fija única máxima de \$2,500.00 por recién nacido y una suma fija única máxima global por todos los recién nacidos de \$7,500.00 para esta cobertura en la maternidad correspondiente. Cualquier recién nacido producto de una maternidad lograda mediante procedimientos no cubiertos NO tendrá Inclusión Automática al seguro de acuerdo lo dispuesto en Cláusula segunda numeral 1.6, por consiguiente, el recién nacido deberá someterse a los requisitos de suscripción de la compañía para su aceptación como asegurado cubierto. Este beneficio será otorgado únicamente cuando el asegurado utilice los proveedores médicos y hospitalarios que pertenezcan a la red asignada para esta póliza.</p>	<p>Solo Hospitalización</p> <p>80% No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>80% 80%</p>
<p>Cuarto Regular por atención del Recién Nacido</p> <p style="text-align: right;">Local: Resto del Mundo:</p>	<p>\$300,00 al 80% No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>\$300,00 al 80% No Aplica</p>
<p>Cuarto Cuidados Intensivos por atención del Recién Nacido</p> <p style="text-align: right;">Local: Resto de Mundo:</p>	<p>\$800,00 al 80% No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>\$800,00 al 80% No Aplica</p>

Cargos Misceláneos por atención del Recién Nacido Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	No Aplica	80% 80%
Honorarios de un cirujano (de acuerdo al URA) Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	No Aplica	80% 80%
Honorarios anestesiólogo (URA equivalente al 40% de los honorarios del cirujano) Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	No Aplica	80% 80%
Honorarios cirujano asistente (URA equivalente al 20% de los honorarios del cirujano) Local: Resto del mundo:	80% según limite max de cobertura No Aplica	No Aplica	80% 80%
Visita médica Intrahospitalaria por médico tratante, 1 visita por día Local: Resto del Mundo:	\$125,00 al 80% No Aplica	No Aplica	\$125,00 al 80% No Aplica

COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR ATENCION DEL RECIEN NACIDO PREMATURO <u>(Todo bebé que nazca antes de las 37 semanas, Cobertura a partir del (10 día) nacido)</u>			
<p>Tendrá derecho y será efectiva siempre y cuando el embarazo se inicie a partir del veinticuatro (24vo.) mes de cobertura contado desde la fecha de inclusión de la Asegurada Principal o Cónyuge elegible. Todos los SERVICIOS CUBIERTOS (ver puntos del 3.5.a al 3.5.g) que a continuación se mencionan se cubren sujeto a un Límite Máximo de gastos elegibles por recién nacido prematuro en cada Maternidad de \$5,000.00 en el seguro del Recién Nacido con inclusión automática, con excepción de los casos dispuestos en la NOTA 1: incluida en esta cobertura, para los cuales se deberá remitir a dicha nota en donde se establece el tipo de cobertura ofrecida, de existir.</p> <p>Local: Resto del Mundo:</p>	Solo Hospitalización 80% No Aplica	No Aplica No Aplica	Solo Hospitalización 80% 80%

<p>NOTA 1: Esta póliza NO cubre ningún gasto elegible por servicios a recién nacido prematuro producto de la maternidad lograda mediante procedimientos NO cubiertos tal y como se estipula en la Cláusula TERCERA numeral 1.12, "Exclusiones y Limitaciones", de las Condiciones Generales de la Póliza. Sin embargo, como excepción y para efectos de este Plan-póliza de seguros, la Compañía conviene en indemnizar al Contratante Asegurado mediante reembolso de gastos hasta por una suma fija única máxima de \$2,500 por recién nacido y una suma fija única máxima global por todos los recién nacidos de \$7,500 para esta cobertura en la maternidad correspondiente. Cualquier recién nacido prematuro producto de una maternidad lograda según lo estipulado en esta Nota NO tendrá Inclusión Automática al seguro de acuerdo lo dispuesto en Cláusula segunda numeral 1.6, por consiguiente, el recién nacido deberá someterse a los requisitos de suscripción de la compañía para su aceptación como asegurado cubierto.</p>			
<p>Cuarto Regular por atención del Recién Nacido Prematuro Local: Resto del Mundo:</p>	<p>\$300,00 al 80% No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>\$300,00 al 80% 80%</p>
<p>Cuarto Cuidados Intensivos por atención del Recién Nacido Prematuro Local: Resto de Mundo:</p>	<p>\$800,00 al 80% No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>\$800,00 al 80% 80%</p>
<p>Cargos Misceláneos por atención del Recién Nacido Prematuro Local: Resto del Mundo:</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>80% 80%</p>
<p>Honorarios de un cirujano (de acuerdo al con URA) Local: Resto del mundo:</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>80% 80%</p>
<p>Honorarios anesthesiólogo (URA equivalente al 40% de los honorarios del cirujano) Local: Resto del mundo:</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>80% 80%</p>

Honorarios cirujano asistente (URA equivalente al 20% de los honorarios del cirujano) Local: Resto del mundo:	80% No Aplica	No Aplica	80% 80%
Visita médica Intrahospitalaria por médico tratante, 1 visita por día Local: Recto del Mundo:	\$125,00 al 80% No Aplica	No Aplica	\$125,00 al 80% \$125,00 al 80%

COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS a partir del décimo (10mo) día.			
<p>(Cobertura a partir del décimo día de nacido) Tendrá derecho y será efectiva siempre y cuando el embarazo se inicie a partir del veinticuatro (24vo.) mes de cobertura contado desde la fecha de inclusión de la Asegurada Principal o Cónyuge elegible. Todos los SERVICIOS CUBIERTOS que a continuación se mencionan se cubren sujeto al límite de Máximo Vitalicio de gastos elegibles por recién nacido con enfermedad congénita en cada maternidad de \$15,000.00 y en el seguro del recién nacido, con excepción de los casos dispuestos en la NOTA 1 incluida en esta cobertura, para los cuales se deberá remitir a dicha nota en donde se establece el tipo de cobertura ofrecida, de existir.</p> <p>Local Resto del Mundo:</p> <p>NOTA 1: Esta póliza NO cubre ningún gasto elegible por servicios a recién nacido con enfermedad congénita producto de la maternidad lograda mediante procedimientos NO cubiertos tal y como se estipula en la Cláusula TERCERA numeral 1.12, "Exclusiones y Limitaciones", de las Condiciones Generales de la Póliza. Sin embargo, como excepción y para efectos de este Plan-póliza de seguros, la Compañía conviene en indemnizar al Contratante-Asegurado mediante reembolso de gastos hasta por una suma fija única</p>	<p>Solo Hospitalización</p> <p>80% No Aplica</p>	<p>No Aplica No Aplica</p>	<p>Solo Hospitalización</p> <p>80% 80%</p>

máxima de \$5,000 por recién nacido y una suma fija única máxima global por todos los recién nacidos de \$10,000 para esta cobertura en la maternidad correspondiente. Cualquier recién nacido con enfermedad congénita producto de una maternidad lograda según lo estipulado en esta Nota NO tendrá Inclusión Automática al seguro de acuerdo lo dispuesto en Cláusula segunda numeral 1.6, por consiguiente el recién			
Cuarto Regular por atención del Recién Nacido Prematuro Local: Resto del Mundo:	\$300,00 al 80% No Aplica	No Aplica	\$300,00 al 80% 80%
Cuarto Cuidados Intensivos por atención del Recién Nacido Prematuro Local: Resto de Mundo:	\$800,00 al 80% No Aplica	No Aplica	\$800,00 al 80% 80%
Cargos Misceláneos por atención del Recién Nacido Prematuro Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	No Aplica	80% 80%
Honorarios de un cirujano (de acuerdo al con URA) Local: Resto del mundo:	80% No Aplica	No Aplica	80% 80%
Honorarios anesthesiólogo (URA equivalente al 40% de los honorarios del cirujano) Local: Resto del mundo:	80% No Aplica	No Aplica	80% 80%
Honorarios cirujano asistente (URA equivalente al 20% de los honorarios del cirujano) Local: Resto del mundo:	80% No Aplica	No Aplica	80% 80%
Visita médica Intrahospitalaria por médico tratante, 1 visita por día Local: Recto del Mundo:	\$125,00 al 80% No Aplica	No Aplica	\$125,00 al 80% \$125,00 al 80%
COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCION DE DESÓRDENES MENTALES O NERVIOSOS	No Aplica	No Aplica	No Aplica
COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCION DE ENFERMEDADES Y COMPLICACIONES DE LA SALUD POR SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O DEL VIRUS DE	Solo Hospitalización	Solo Hospitalización	Solo Hospitalización

<p>INMUNODEFICIENCIA HUMANO (VIH)</p> <p>Todo el servicio que se brindan bajo esta cobertura están sujeto a: Límite máximo vitalicio global de: Límite máximo por año calendario:</p> <p>Local: Resto del Mundo:</p>	<p>\$15,000.00 \$5,000.00</p> <p>80% No Aplica</p>	<p>\$15,000.00 \$5,000.00</p> <p>80% No Aplica</p>	<p>\$15,000.00 \$5,000.00</p> <p>80% No Aplica</p>
<p>Servicio por Reclusión Hospitalario</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuarto regular <p>Local: Resto del Mundo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuarto Cuidados Intensivos y Coronarios <p>Local: Resto del Mundo:</p>	<p>\$300,00 al 80% No Aplica</p> <p>\$800,00 al 80% No Aplica</p>	<p>\$300,00 al 80% No Aplica</p> <p>\$800,00 al 80% No Aplica</p>	<p>\$300,00 al 80% 80%</p> <p>\$800,00 al 80% 80%</p>
<p>Cargos misceláneos (por servicios y suministros)</p> <p>Local:</p> <ul style="list-style-type: none"> Misceláneos por Hospitalización, excedentes al 80% Misceláneos por Facilidad Ambulatoria <p>Resto del Mundo:</p>	<p>80%</p> <p>80% No Aplica</p>	<p>80%</p> <p>80% No Aplica</p>	<p>80%</p> <p>80% 80%</p>
<p>Honorarios por Servicios Médicos Intrahospitalarios o en Facilidad Ambulatoria</p>			
<p>Honorarios por Servicios Medicos por cirugía Limite de \$3.000,00 al 100%, excedentes al 80%</p>			
<p>Honorarios de un cirujano (de acuerdo al con URA)</p> <p>Local: Resto del Mundo:</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>80% 80%</p>
<p>Honorarios anesthesiólogo (URA equivalente al 40% de los honorarios del cirujano)</p> <p>Local: Resto del Mundo:</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>80% 80%</p>
<p>Honorarios cirujano asistente (URA equivalente al 20% de los honorarios del cirujano)</p> <p>Local: Resto del mundo:</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>80% 80%</p>
<p>Visita médica Intrahospitalaria por médico tratante, 1 visita por día</p> <p>Local: Recto del Mundo:</p>	<p>\$125,00 al 80% No Aplica</p>	<p>\$125,00 al 80% No Aplica</p>	<p>\$125,00 al 80% \$125,00 al 80%</p>
<p>Servicio por Atención en caso de Urgencias</p>			

Urgencia por Accidente Local: 80% Resto del Mundo: No aplica	80% No aplica	80% No aplica	80% No aplica
Urgencia por Enfermedad Critica Detallada Local: 80% Resto del Mundo: No aplica	80% No aplica	80% No aplica	80% No aplica
Urgencia por Enfermedad No Critica Detallada Local: 80% Resto del Mundo: No Aplica	80% No Aplica	80% No Aplica	No Aplica
Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales			
Servicios, procedimientos, tratamientos especiales y suministros de tipo general Local: 80% Resto del Mundo: No Aplica	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Equipos de Tipo Especifico (Limite Vitalicio Global de \$5.000,00 para todas las coberturas que incluyan este rubro) Local: 80% Resto del Mundo: No Aplica	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Procedimientos y Tratamientos Oncológicos Local: 80% Resto del Mundo: No Aplica	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Procedimientos y Tratamientos por Insuficiencia Renal Local: 80% Resto del Mundo: No Aplica	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Servicio de Consulta externa, Medicamentos y otros Medios Diagnósticos con Prescripción Médica			
Honorario por atención médica en consultorio Límite Máximo por consulta \$85,00 Local: Co-pago \$15,00 • Consulta Médico General Co-pago \$15,00 • Consulta Médico Especialista No Aplica Resto del Mundo:	Co-pago \$15,00 Co-pago \$15,00 No Aplica	Co-pago \$15,00 Co-pago \$15,00 No Aplica	Co-pago \$15,00 Co-pago \$15,00 80%
Medicamentos (bajo prescripción médica) Local: 80% Resto del Mundo: No aplica	80% No aplica	80% No aplica	80% 80%
Laboratorios y Rayos X Local: 80% Resto del Mundo: No Aplica	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%

<p>Servicios prestados por Enfermeras (Deberán ser pre-autorizadas y se aprobarán siempre que sean medicamente necesarias). Limitado a un máximo de año calendario de 20 servicios (un servicio es equivalente a un turno de 8 horas). Solo Hospitalización Local: Resto del Mundo:</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>80% No Aplica</p>	<p>80% 80%</p>
<p>Servicio de Ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aérea (por evento) Local: Resto del Mundo: • Terrestre (por evento) Local: Resto del Mundo: • Aérea Internacional: Local: Resto del Mundo: 	<p>Max \$1.500 al 100% No Aplica</p> <p>Max \$300 al 100% No Aplica</p>	<p>Max \$1.500 al 100% No Aplica</p> <p>Max \$300 al 100% No Aplica</p>	<p>Max \$1.500 al 100% No Aplica</p> <p>Max \$300 al 100% Max \$10.000,00 al 80%</p>
<p>COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS COBERTURA PARA GASTOS POR DONANTE DE ÓRGANO.</p>	<p>No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>	<p>No Aplica</p>
<p>COBERTURA PARA GASTOS DE ATENCION POR ENFERMEDADES MUY GRAVES</p>			
<p>Servicio por Reclusión Hospitalario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuarto regular (Primeros 45 días al 100%, excedentes al 80%) Local: Resto del Mundo: • Cuarto Cuidados Intensivos y Coronarios (los primeros 15 días al 100%, excedentes al 80%) Local: Resto del Mundo: 	<p>\$300,00 al 100% No Aplica</p> <p>\$800,00 al 100% No Aplica</p>	<p>\$300,00 al 100% No Aplica</p> <p>\$800,00 al 100% No Aplica</p>	<p>\$300,00 al 100% 80%</p> <p>\$800,00 al 100% 80%</p>
<p>Cargos misceláneos (por servicios y suministros) Local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misceláneos por Hospitalización, excedentes al 80% • Misceláneos por Facilidad Ambulatoria Resto del Mundo: 	<p>\$1.000,00 al 100%</p> <p>80% No Aplica</p>	<p>\$1.000,00 al 100%</p> <p>80% No Aplica</p>	<p>\$1.000,00 al 100%</p> <p>80% 80%</p>
<p>Honorarios por Servicios Médicos Intrahospitalarios o en Facilidad Ambulatoria</p>			

Honorarios por Servicios Medicos por cirugía Limite de \$3.000,00 al 100%, excedentes al 80%			
Honorarios de un cirujano (de acuerdo al con URA) Local: Resto del Mundo:	100% No Aplica	100% No Aplica	100% 80%
Honorarios anesthesiólogo (URA equivalente al 40% de los honorarios del cirujano) Local: Resto del Mundo:	100% No Aplica	100% No Aplica	100% 80%
Honorarios cirujano asistente (URA equivalente al 20% de los honorarios del cirujano) Local: Resto del mundo:	100% No Aplica	100% No Aplica	100% 80%
Visita médica Intrahospitalaria por médico tratante, 1 visita por día Local: Resto del Mundo:	\$125,00 al 100% No Aplica	\$125,00 al 100% No Aplica	\$125,00 al 100% \$125,00 al 100%
Servicio por Atención en caso de Urgencias			
Urgencia por Accidente Local: Resto del Mundo:	\$500,00 al 100%, excedente al 80% No aplica	\$500,00 al 100%, excedente al 80 No Aplica	\$500,00 al 100%, excedente al 80 80%
Urgencia por Enfermedad Critica Detallada Local: Resto del Mundo:	\$500,00 al 100%, excedente al 80% No Aplica	\$500,00 al 100%, excedente al 80 No Aplica	\$500,00 al 100%, excedente al 80 80%
Urgencia por Enfermedad No Critica Detallada Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	No Aplica
Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales			
Servicios, procedimientos, tratamientos especiales y suministros de tipo general Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Equipos de Tipo Especifico (Limite Vitalicio Global de \$5.000,00 para todas las coberturas que incluyan este rubro) Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Procedimientos y Tratamientos Oncológicos Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Procedimientos y Tratamientos por Insuficiencia Renal			

<p>Local: 80%</p> <p>Resto del Mundo: No Aplica</p>	80%	80%	80%
<p>Prótesis (incluyendo mas no limitando prótesis de miembros, ojos y arterias artificiales)</p> <p>Local: 80%</p> <p>Resto del Mundo: No Aplica</p>	80%	80%	80%
<p>Servicio de Consulta externa, Medicamentos y otros Medios Diagnósticos con Prescripción Médica</p>			
<p>Honorario por atención médica en consultorio Límite Máximo por consulta \$85,00</p> <p>Local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Médico General • Consulta Médico Especialista <p>Resto del Mundo:</p>	<p>Co-pago \$15,00</p> <p>Co-pago \$15,00</p> <p>No Aplica</p>	<p>Co-pago \$15,00</p> <p>Co-pago \$15,00</p> <p>No Aplica</p>	<p>Co-pago \$15,00</p> <p>Co-pago \$15,00</p> <p>80%</p>
<p>Medicamentos (bajo prescripción médica)</p> <p>Local: 80%</p> <p>Resto del Mundo: No aplica</p>	80%	80%	80%
<p>Laboratorios y Rayos X</p> <p>Local: 80%</p> <p>Resto del Mundo: No Aplica</p>	80%	80%	80%
<p>Servicios prestados por Enfermeras (Deberán ser pre-autorizadas y se aprobarán siempre que sean medicamento necesarias). Limitado a un máximo de año calendario de 20 servicios (un servicio es equivalente a un turno de 8 horas). <u>Solo Hospitalización</u></p> <p>Local:</p> <p>Resto del Mundo:</p>	80%	80%	80%
<p>Servicio de Ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aérea (por evento) Local: Max \$1.500 al 100% • Terrestre (por evento) Local: Max \$300 al 100% • Aérea Internacional: Local: No Aplica <p>Resto del Mundo:</p>	<p>Max \$1.500 al 100%</p> <p>No Aplica</p> <p>Max \$300 al 100%</p> <p>No Aplica</p> <p>No Aplica</p>	<p>Max \$1.500 al 100%</p> <p>No Aplica</p> <p>Max \$300 al 100%</p> <p>No Aplica</p> <p>No Aplica</p>	<p>Max \$1.500 al 100%</p> <p>No Aplica</p> <p>Max \$300 al 100%</p> <p>Max \$10.000,00 al 80%</p>
<p>Servicios de Terapia Fisico – Restaurativo y Acupuntura (Cobertura para Area Local Y Resto del Mundo) Limite por año calendario \$5.000,00 y Maximo Vitalicio de \$15.000,00 para el total de los servicios indicados en este punto</p>			
<p>Terapia de acupuntura</p>	No Aplica	No Aplica	No Aplica

Terapia para padecimientos de la espina dorsal	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Terapia Ocupacional y Terapia de lenguaje	80%	80%	80%
Terapia para tratamiento Neuro-Restaurativo	80%	80%	80%
Psicoterapia y Terapia Física	\$35,00 al 80%	\$35,00 al 80%	\$35,00 al 80%
Servicio de Cirugía Reconstructiva por Accidente o Malignidad Local: Resto del Mundo:	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%
Servicio Dental por tratamiento de una lesión accidental (presentar junto al siniestro placa panorámica dental y epicrisis medica) Local: Resto del Mundo	80% No Aplica	80% No Aplica	80% 80%

BENEFICIOS ADICIONALES

No Aplican al deducible
(Cobertura solo para Área Local)

BENEFICIOS ADICIONALES cobertura local	Clase I ,II y III
Consulta y Control de Papanicolaou , de acuerdo a lo razonable y acostumbrado. (Uno al año, aplica para aseguradas y cónyuges dependientes)	80%
Examen de PSA , de acuerdo a lo razonable y acostumbrado por área. (Para mayores de 40 años, 1 examen al año) Aplica Solo Asegurado Principal	80%
Mamografía , de acuerdo a lo razonable y acostumbrado por área.(Para mujeres mayores de 40 años, 1 al año) Aplica Solo Asegurada Principal	80%
Beneficio de Alergias Límite máximo \$150.00	Limite Máximo \$150,00 al 80%
Chequeo Médico Asegurado Principal y cónyuge (a partir del segundo año de cobertura del asegurado)	Limite Máximo \$100,00 al 80%

BENEFICIO DENTAL

Sumas aseguradas:

	Clases 1, 2 y 3
4.1 Máximo por año calendario combinado aplicable a los tipos I, II, III	\$1,000.00
4.2 Por el tratamiento de periodontología (incluido en el tipo II), la cantidad pagadera no excederá de un máximo vitalicio de:	\$1,000.00

Deducible por año calendario por persona asegurada, para los tipos I, II, III:	\$ 25.00
Máximo deducible agregado 3 por familia	
4.5 Reembolso:	
a) Tipo I: Tratamiento Preventivo	70%
b) Tipo II: Tratamiento Restaurativo	70%
c) Tipo III: Servicios Mayores	50%

TIPO I - TRATAMIENTO PREVENTIVO

- A. Exámenes Orales, incluyendo diagnóstico máximo 2 exámenes al año.
- B. Profilaxis, incluye limpieza, raspado de dientes, pulimento, no más de 2 veces al año.
- C. Aplicación de Fluoruro para niños hasta 14 años.
- D. Rayos X, de toda la dentadura, máximo una serie de rayos X en un periodo de 3 años, rayos x con una placa sostenida paralela a los dientes, no más de 2 veces por año calendario.
- E. Pruebas de Laboratorio y Otros Exámenes de Diagnóstico
- F. Sellantes
 - 1. Limitado a niños de 14 años o menos;
 - 2. Limitado a piezas dentales posteriores a los cúspides; y
 - 3. No más de una aplicación por año calendario por pieza dental.
- G. Instrucción de cepillado e hilo dental

TIPO II - TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS O PERIODONTOLÓGICO

- A. Mantenedores de Espacios
- B. Tratamiento Paliativo de Emergencia
- C. Extracciones Simples
- D. Extracciones Quirúrgicas
- E. Cirugía Oral
- F. Alveolectomía
- G. Anestesia
- H. Inyecciones Terapéuticas
- I. Restauración - Calza posterior o anterior
- J. Endodoncia
- K. Periodontología

TIPO III - SERVICIOS MAYORES

- A. Incrustaciones
- B. Calzas
- C. Coronas
- D. Reparación de dentadura y puente
- E. Extracción de terceras molares.
- F. Prótesis, incluyendo puente y dentadura:

Estará cubierta la instalación inicial, únicamente y si dicho tratamiento es para sustituir piezas o dentaduras extraídas después del inicio de vigencia de la póliza.

- 1. La instalación inicial o adición al trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles siempre que:
 - a) La instalación inicial o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales, debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro.
 - b) Incluye la reposición de un diente extraído.

- c) El trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de 12 meses siguientes a la extracción.
- 2. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se consideran pagaderos si la reposición o alteración es necesaria; si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del afiliado asegurado bajo la póliza; y si es completado dentro de los doce meses después.
 - a) Una lesión accidental que requieran tratamiento quirúrgico; o cirugía oral para aditamento muscular o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante
- 3. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
 - a) El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
 - b) Cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del individuo asegurado bajo esta póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

CONDICIONES GENERALES

- 1. Los asegurados podrán tratarse en la clínica de la red (**Clínica Freer**), la cual será previamente pre autorizado para aplicar un pago directo, si es otro médico todos estos trámites se harán por reembolso, y se pagarán de acuerdo a la tabla de costos de cada tratamiento.
- 2. Previo a todo tratamiento dental se requiere la presentación de radiografías

10. PERÍODO DE CARENCIA: Aplica solo para el Titular y Dependientes de nuevo ingreso.

Tratamiento	Periodo de espera
Preventivo	30 días
Periodontológico y Restaurativo	60 días
Gastos Mayores	90 días

EXCLUSIONES GENERALES

- 1. Lesión causada a sí mismo estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que en el primer caso, dicha lesión sea voluntariamente causada.
- 2. El tratamiento del alcoholismo crónico, adicción a drogas o estupefacientes.
- 3. Desórdenes mentales o nerviosos.
- 4. Consultas de niño sano (incluyendo vacunas y problemas de crecimiento, déficit de atención, problemas de lenguaje).
- 5. Tratamiento dental y sus complicaciones a menos que sea requerido por lesión accidental a los dientes naturales, ocurrida dentro la vigencia de la póliza y dentro de los 6 meses posteriores al accidente y que los gastos del accidente hayan sido pagados por la póliza. Tratamientos periodontales, maxilofaciales y cirugía ortognática.
- 6. Cirugía estética o tratamiento cosmético, a menos que sea necesitado por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado esté cubierto por esta póliza y dentro de los 6 meses posteriores al accidente, y que los gastos del accidente hayan sido pagados por la póliza.
- 7. Tratamiento para la infertilidad, esterilización, inseminación artificial e impotencia o frigidez, así como cualquier método de planificación familiar.

8. Tratamiento de obesidad exógena, control de peso, control dietético, consultas y/o planes de nutrición para cualquier condición o enfermedad, raquitismo, bulimia y anorexia.
9. Calvicie y/o alopecia, dermatitis o seborrea del cuero cabelludo.
10. Tratamiento de Queratoplastias, Queratotomías y Queratóconos, cirugías para corrección de la vista, así como somnoplastia.
11. Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, aparatos para el oído.
12. Cualquier tipo de transporte utilizado para el traslado del paciente, que no sea un servicio de ambulancia local.
13. Medicinas naturales, vitaminas, complementos o suplementos alimenticios y/o dietéticos y medicina preventiva.
14. Enfermedad, accidente, o secuelas de los mismos que se hubieren originado antes de la fecha de comienzo de la póliza y/o del aumento de máximo vitalicio, independientemente de que el asegurado haya tenido o no conocimiento del padecimiento de la misma; o de que dicha enfermedad haya sido o no diagnosticada. Esta exclusión no será válida después de transcurrido el período de preexistencia especificado en la póliza.
15. Menopausia o climaterio y sus complicaciones: Incendios, bochornos o sudoraciones. Prevención de osteoporosis. Vitaminas. Insomnio Problemas de ansiedad, terapia sustitutiva (hormonas oral o inyectable, parches). Laboratorios, rayos X, examen de diagnóstico para el tratamiento del mismo.
16. Acupuntura, quiropráctico, medicina naturista, homeopatía y/o medicamentos homeopáticos y otros tratamientos que no se consideren convencionales para la enfermedad declarada, tratamientos experimentales o en períodos de investigación.
17. Tratamientos con células madre.
18. Gastos incurridos por el asegurado a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) y sus complicaciones o consecuencias, hasta el monto indicado en el cuadro de beneficios.
19. No se reconocerá pago de honorarios médicos por servicios de analgesia y/o tratamientos del dolor; así como parto sin dolor.
20. Servicios o tratamientos no reconocidos, no se reconocerá pago alguno por todos aquellos servicios que no se encuentren descritos en las cláusulas generales de la póliza.
21. No se reconocerán honorarios por servicios médicos suministrados por familiares del asegurado, hasta cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, indistintamente del tipo de reembolso.
22. Diagnóstico y/o tratamientos para corregir trastornos del sueño.
23. Tratamientos en centros de SPA, gimnasios e hidroclínicas.
24. Gastos cuyo objeto principal sea chequeo médico rutinario electivo, es decir no por enfermedad.
25. Cualquier gasto aplicado a mejoras en la casa, tales como filtros especiales para aire acondicionado, baldosas, jacuzzis, piscinas, etc., sea que lo recete el médico o no.
26. Curas de rejuvenecimiento, curas de reposo, convalecencia, curas de custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
27. Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulten de la participación del asegurado o su dependiente en un desorden, motín o en la ejecución de o en la comisión de o intento de cometer un delito o un crimen, insurrección, revolución, rebelión, huelga, conmoción civil, asalto, tumulto, conspiración, disturbios del orden público o actos de riñas provocados por el asegurado. Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de un acto de guerra declarada o no declarada o agresión armada o invasión militar.
28. La cláusula 26, inciso 3 de Exclusiones, se modifica a leer de la siguiente manera: "Lesión o enfermedad que resulte a consecuencia de insurrección o de guerra declarada o no, o de participación en motines, huelgas o conmociones civiles".
29. Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital.
30. Los gastos que sean a consecuencia de riña o actos delictuosos en que participe directamente el asegurado como actor. Homicidio intencional.
31. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas de contiendas de seguridad, resistencia o velocidad incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor.
32. Reembolso de gastos médicos, hospitalarios o quirúrgicos prestados al asegurado en virtud de cualquier ley del Seguro Social u otra prestación a que tenga derecho el asegurado, directa o indirectamente. Sin embargo, el asegurado voluntariamente puede desistir de cualquier programa.
33. Lesiones deportivas cuando estas ocurran mientras el asegurado realice estas actividades con calidad de profesional o semi profesional.
34. Cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica: trastornos mentales, nerviosos, psiconeurosis, histeria, cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas; trastornos de la conducta, del lenguaje y aprendizaje,

salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. Así como gastos de psiquiatra o psicólogo, independientemente del diagnóstico tratado. Excepto lo indicado en el cuadro de beneficios.

35. Gastos de donantes de órganos.
36. Cualquier gasto posterior a la fecha de baja del asegurado.
Epidemias e infecciones, pandemias

EXCLUSIONES PLAN DENTAL

No se pagará ningún beneficio por los siguientes Cargos por Tratamientos Dentales:

- a) Gastos por servicios o suministros que hayan sido proporcionados al Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción de aquellos casos en que se haga un Cargo al Asegurado, por el cual esté legalmente obligado a pagar.
 - b) Cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un odontólogo o clínica contratados para o por cualquier organización de esa índole.
 - c) Cargos por cuidado o servicios que fueren necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al Asegurado, por cometer o por la intención de cometer un asalto, agresión, felonía o acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en una revuelta, o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarada o no.
 - d) Cargos por servicios dentales con fines cosméticos o estéticos.
 - e) Cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Inclusiones" de esta Póliza.
 - f) Cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
 - g) Cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de los seis (6) meses siguientes a su instalación.
 - h) Cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
 - i) Cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietética o de control de placas
 - j) Cargos por protectores bucales o atléticos.
 - k) Cargos por coronas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un diente o dientes posteriores a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico o pónicas.
 - l) Cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
 - m) Cargos cobrados por el odontólogo en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
 - n) Aquellos cargos por implantología.
 - o) Cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administradas por un dentista o doctor resultado de tratamiento dental.
 - p) Cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo aquellos de naturaleza experimental.
 - q) Cargos por tratamientos o procedimientos relacionados con la ortodoncia.
 - r) Cargos por tratamientos iniciados mientras el Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
 - s) Cargos que en general no se consideren como razonables y acostumbrados.
- Aquellos asegurados que ingresen al colectivo entre las edades de 63 años a 69 años les aplicará recargo del 50% sobre la tasa por categoría arriba mencionada.
 - Aquellos asegurados que ingresen al colectivo entre las edades de 70 años en adelante les aplicará recargo del 100% sobre la tasa por categoría arriba mencionada.

**“SEGURO COLECTIVO DE VIDA”
“DESCRIPCION DE BENEFICIOS BASICOS”**

COBERTURAS BASICAS:

- Muerte natural
- Doble indemnización por muerte accidental y desmembramiento
- Incapacidad total y permanente
- Adelanto de gastos funerarios hasta \$2,000.00
- Adelanto del 35% por enfermedad Terminal
- Beneficio Adicional por Muerte Accidental Especial

	Suma Asegurada
Alternativa	\$10,000.00

Nota:

- Aquellos asegurados que ingresen al colectivo entre las edades de 63 años a 69 años les aplicará recargo del 50% sobre la tasa por millar arriba mencionada.
- Aquellos asegurados que ingresen al colectivo entre las edades de 70 años a 74 años les aplicará recargo del 100% sobre la tasa por millar arriba mencionada.

BENEFICIOS

a. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Este beneficio ampara la vida del asegurado en caso de que su fallecimiento ocurra por cualquier causa. **Reducción de beneficios a la edad de 65 años al 50% de la suma asegurada.** Se excluye sida y suicidio dentro de los dos primeros años a partir de la fecha de emisión.

b. ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS

Para sufragar los últimos gastos de mortuoria por el fallecimiento de un asegurado. La Compañía reembolsará la suma de hasta **US\$2,000.00** sobre la suma asegurada a los principales beneficiarios, con la debida presentación del certificado de defunción, dicha suma será descontada de la Suma Asegurada de Muerte por Cualquier causa, a la firma del finiquito correspondiente.

c. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (60 RENTAS MENSUALES)

Este beneficio cubre al asegurado en caso de que, por una enfermedad o accidente sufra una incapacidad total y permanente que no le permita desempeñar ningún trabajo y recibir remuneración alguna por ello. Una vez comprobada la misma, se efectuará un solo pago, por lo que la cobertura en vida quedará sin efecto con el pago de la incapacidad.

d. MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

En este beneficio se cubre la vida del asegurado adicional al beneficio de Muerte por Cualquier Causa, en caso de que la muerte ocurra por causas ajenas a su voluntad. Se incluye también la pérdida total de miembros en forma accidental, la cual se paga de acuerdo a la tabla adjunta. Se excluye cualquier pérdida que no sea permanente, que ocurra más de 90 días después de la lesión; sea causada por reacción alérgica; resultado de lesiones recibidas mientras se encuentre operando o montando cualquier aeronave, excepto como pasajero en una aeronave comercial en un vuelo de itinerario fijo; o es excluida bajo las Exclusiones y Limitaciones Generales; resulte de o

sea causada directa o indirectamente por enfermedad o dolencia corporal o mental; resulten de carreras de velocidad sobre ruedas o en caballos o en esquí acuático o en barcos; desorden, motín o en la ejecución de o en la comisión o intento de cometer un delito o un crimen, insurrección, actos de guerra, declarado o no, revolución, huelga, motín, conmoción, asalto tumulto, conspiración, disturbios del orden público o actos o riñas provocadas por el asegurado.

TABLA DE PÉRDIDA DE MIEMBROS

Los beneficios por Desmembramiento Accidental son pagaderos de acuerdo con la tabla siguiente:

Pérdida de ambos brazos o ambas manos	100%.
Pérdida de ambas piernas o de ambos pies	100%.
Pérdida de un brazo o de una mano junto con la de una pierna o de un pie	100%.
Pérdida de un brazo o de una mano, o de una pierna o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo	100%.
Ceguera irreparable de ambos ojos	100%.
Parálisis presumiblemente incurable que impida todo trabajo	100%.
Pérdida del brazo arriba del codo del miembro dominante	65%.
Pérdida de la mano del miembro dominante	60%.
Pérdida del brazo arriba del codo del miembro no dominante	53%.
Pérdida de la mano del miembro no dominante	48%.
Pérdida de una pierna arriba del tobillo	65%.
Pérdida de un pie	40%.
Pérdida de la vista de un ojo	50%.
Pérdida total e irreparable del habla	50%.
Sordera Bilateral total e irreparable	50%.
Pérdida de dos (2) falanges del dedo pulgar de la mano del miembro dominante	18%.
Pérdida de dos (2) falanges del dedo pulgar de la mano del miembro no dominante	12%.
Pérdida de las tres (3) falanges del dedo índice de la mano del miembro dominante	12%.
Pérdida de las tres (3) falanges del dedo índice de la mano del miembro no dominante	8%.

Por pérdida total se entiende la **amputación o la inhabilitación** funcional total y definitivamente del miembro lesionado.

e. ENFERMEDAD TERMINAL (35% de la Suma Asegurada)

Este Beneficio es pagadero al asegurado si después de haber cubierto bajo este aditamento al menos 60 días consecutivos, es diagnosticado que padece una enfermedad Terminal. Para considerar el beneficio se requiere que:

- A.** El asegurado lo solicite por medio de una Comunicación escrita; y
- B.** La Compañía de Seguros reciba de todo beneficiario irrevocable o designatario una aceptación o acuerdo debidamente firmado para adelantar este pago.
- C.** La aseguradora, deberá a sus discreción, confirmar diagnóstico terminal con una evaluación llevada a cabo de Comité Médico Asesor.

**** F. BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL ESPECIAL**

La Compañía aseguradora pagará una suma adicional a la suma asegurada de Muerte Accidental en el caso de que la muerte accidental ocurra al asegurado mientras dicho asegurado:

- Se encuentre dentro de un ascensor de una entidad pública (excluyendo ascensor tipo minas, utilizando bajo la superficie de la tierra).

- Se encuentre en un edificio público y en dicho edificio ocurra un incendio mientras el asegurado permanece en su interior.

En cualquiera de estos casos, la indemnización aplicable a este beneficio será equivalente a la suma asegurada para el beneficio de Muerte Accidental, pero no mayor a \$100,000.00 **Este beneficio termina a los 60 años.**

10. Límites de Responsabilidad: El límite máximo de responsabilidad en cualquier momento para cada Asegurado; será igual a la suma estipulada en el Certificado.

11. Deducibles: Los deducibles se registrarán de acuerdo al Plan.

12. Pagos: Los pagos de indemnización podrán girarse directamente al Asegurado nombrado en cada Certificado de Seguro Individual.

13. Procedimiento en caso de Siniestro: A fin de que MAPFRE pueda atender un reclamo para el reconocimiento de alguna de las coberturas bajo su plan, el Asegurado Principal o Contratante, según sea el caso, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. El reclamo deberá presentarse a MAPFRE en los formularios que suministrará para tal fin.
2. El Asegurado se cerciorará que el médico tratante suministre en el “formulario de reclamo” la información que a él se le solicita, indicando claramente el diagnóstico del padecimiento del asegurado.
3. El formulario medico deberá estar contener el nombre del asegurado titular y paciente, acompañado de los siguientes documentos en original y emitidos con las formalidades legales correspondientes:
 - Facturas electrónicas con el debido detalle, así también estados de cuentas, correspondientes a las atenciones o servicios médicos u hospitalarios recibidos por el Asegurado, haciendo constar el pago de dichas atenciones o servicios.
 - Recetas médicas y recibos detallados por la compra de medicamentos.
 - Órdenes para exámenes de laboratorios y recibos detallados del pago por dicho servicio.
 - Los medicamentos de uso prolongado deben indicarse en la receta médica el límite de tratamiento, el diagnóstico y ser renovada cada seis (6) meses aportando su debida copia de formulario médico. Los medicamentos se pagarán mensualmente contra factura electrónica.
 - Para presentar reclamos siguientes por uso prolongado de medicamentos, es necesario que siempre vengán acompañadas de una fotocopia de la receta, formulario de reclamos debidamente completado, y facturas originales.
4. En caso de Cirugía, Maternidad o Tratamientos Programados que involucren reclusión hospitalaria, Procedimientos Ambulatorios y/o Exámenes Especiales, recuerde utilizar el formulario de “Pre-autorización e Historia Clínica”, como complemento deberán aportar cotizaciones para todo aquel gasto mayor a los \$800, los honorarios medicos deberán desglosarse y a su vez aportar cualquier reporte de examen complementario. Este formulario lo puede adquirir directamente en nuestro Depto. de Reclamos, Atención al Cliente-Salud, Hospitales y/o Clínicas.

Después de pre autorizado un procedimiento, y sea el paciente quien va a presentar los documentos para su respectivo reembolso debe adjuntar de igual manera:

- Formulario de Solicitud de Indemnización debidamente completada y firmada por el médico y paciente.
- Copia de los beneficios pre autorizados.
- Desglose de los suministros u honorarios.
- Facturas electrónicas debidamente detalladas.

Información que deberá suministrar el médico tratante.

- El médico tratante debe completar el formulario de reclamo, preguntas N° 12 a la 17.
- Firmar el documento en letra imprenta o legible.

- Nombre o razón social.
- Sello con códigos y registros correspondientes.
- Número de cédula o R.U.C.
- CPT (códigos de diagnóstico)
- Número(s) de teléfono(s).

14. Resolución del Reclamo: MAPFRE | COSTA RICA está obligada a brindar respuesta a todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito, entregada al interesado en la forma acordada para tal efecto, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir del recibo del reclamo. Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

15. Prescripción de Derechos: Los derechos derivados del contrato de seguro prescriben en un plazo de seis (6) meses, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.