ANEXO COBERTURAS

N° de póliza:	**02 01 GFG 0000730 01**
Tomador del Seguro:	**COLEGIO DE ABOGADOS DE COSTA RICA**

Esta póliza cubrirá únicamente los costos por servicios médicos en cada una de las coberturas que el Tomador suscriba.

Los gastos cubiertos pueden ser tanto hospitalarios y/o ambulatorios y el beneficio máximo indemnizable será establecido en las Condiciones Particulares.

Para hacer uso de cualquier cobertura se establecerá un período de carencia el cual se indicará en las Condiciones Particulares.

Dentro de las coberturas que ofrece el Instituto para este seguro, están las que a continuación se detallan, el Tomador del Seguro elegirá libremente para todo el grupo Asegurado las coberturas que desea suscribir. Si luego de emitido el seguro, se desea incorporar otras coberturas, las mismas podrán solicitarse con al menos treinta (30) días de anticipación a la renovación anual. El Instituto analizará la solicitud e indicará en las Condiciones Particulares las coberturas aplicables a la póliza.

Este seguro se podrá suscribir con coberturas básicas, opcionales y adicionales, siendo esta última únicamente para el ámbito Regional. El Tomador puede elegir en el caso de las coberturas básicas una de ellas o ambas y añadir coberturas con sublímites. El monto asegurado será el establecido en las coberturas básicas. Los sublímites indicados en las coberturas se deducen del monto asegurado indicado para la (s) cobertura (s) básica (s), es decir el monto total cubierto no podrá exceder el monto asegurado que se indica para las Coberturas Básicas. Se exceptúan de esta condición, las coberturas adicionales de cáncer o enfermedades graves, las cuales solo se podrán suscribir cuando el seguro sea de ámbito de cobertura Regional, siendo las mismas excluyentes entre sí.

Para efecto de este seguro se entenderá como **tratamientos médicamente relacionados y necesarios,** a aquellos suministros médicos, tratamientos, servicios o procedimientos que el médico del Asegurado determina necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Estos deben cumplir con las siguientes condiciones:

- **a.** Ser aprobados y coordinados en conjunto con el Administrador de Servicios Médicos.
- **b.** Dichos tratamientos obedecen a una necesidad médica y son indispensables para el bienestar físico del Asegurado, por lo tanto, no obedecen a una preferencia del Asegurado, Familiar o Proveedor.

c. Los tratamientos prescritos no exceden los niveles de cuidado necesarios para la atención de la enfermedad.

SECCIÓN A. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA I. COBERTURAS BÁSICAS

1. Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad

Los servicios que se brindan al amparo a esta póliza serán sólo del tipo ambulatorio, originados por un accidente y/o enfermedad cubierto por el seguro, sufrido por el Asegurado y que consistan en tratamientos de manejo a nivel de consulta externa, hasta el límite especificado en las Condiciones Particulares del presente contrato.

Quedando excluido cualquier tratamiento o servicio que reciba el Asegurado en condición de paciente hospitalizado y debidamente registrado con asignación de cuarto y/o cama,

Dentro de los servicios que puede recibir el Asegurado están:

a. Consulta a médicos y/o especialistas
b. Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias. Incluye suturas y cirugía menor.
c. Exámenes de laboratorio, radiografías y otros exámenes especiales que el médico considere necesarios para el diagnóstico o tratamiento de la condición.
d. Gastos por accidentes dentales. Si a causa del accidente el Asegurado requiere una prótesis dental, ésta será cubierta únicamente si es reemplazo de piezas dentales naturales y que no corresponda a la primera dentición.
e. Medicamentos.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, en los casos que corresponda y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

Si el Asegurado sufre un accidente cubierto por la póliza, los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos a un 100%.

2. Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía

Serán cubiertos al amparo de esta cobertura únicamente los servicios de salud médicamente necesarios y requeridos por el Asegurado, sea para cirugías ambulatorias o mientras se encuentre hospitalizado y debidamente registrado con asignación de cuarto y/o cama, sea por causa accidental o por enfermedad, hasta el límite especificado en las Condiciones Particulares del presente contrato.

Los servicios objeto de cobertura son:

- **a.** Honorarios médicos por cirugía. Incluye gastos de médico asistente y anestesista.
- **b.** En caso de enfermedad o por cirugías hospitalarias se cubre la habitación individual, normal o bipersonal, o de cuidados intensivo en caso de ser necesaria. En caso de cirugías ambulatorias se cubre la estancia.
- **c.** Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos.
- **d.** Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados.
- **e.** Medicamentos y suministros intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos relacionados con el procedimiento realizado.
- **f.** Una visita médica hospitalaria diaria.
- **g.** Prótesis quirúrgicas

Todas las hospitalizaciones deberán ser coordinadas con el Instituto o el Administrador de Servicios Médicos.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible y coaseguro en los casos que corresponda, de acuerdo con lo especificado en las Condiciones Particulares.

En caso de cirugías ambulatorias, se aplicará el deducible anual y el coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

En esta cobertura para prótesis quirúrgicas:

Se cubre el valor de las prótesis que se requieran para el procedimiento quirúrgico, producto de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, el cual debe estar debidamente prescrito por el médico tratante y preautorizado por el Instituto, hasta por el monto Asegurado indicado en las Condiciones Particulares

En el caso de requerirse sustitución de la prótesis suministrada, dicha sustitución se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil de la prótesis a reemplazar. No se cubren prótesis dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

A esta cobertura se aplicará el deducible anual elegido y coaseguro correspondiente, según se indica en las Condiciones Particulares.

De no solicitarse la pre-autorización médica respectiva en caso de que se proceda con el reembolso se aplicará el porcentaje de coaseguro establecido en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA II. COBERTURAS OPCIONALES

1. Maternidad

Podrán gozar de esta cobertura las mujeres aseguradas en calidad de Asegurada Directa o cónyuge o conviviente del Asegurado Directo, cubriendo los gastos pre y post-natales, aborto y/o

amenaza de aborto y parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos rutinarios del recién nacido y complicaciones del embarazo, hasta el límite especificado en las Condiciones Particulares del presente contrato.

Para efectos de los gastos presentados bajo esta cobertura, se indemnizará conforme a lo estipulado en cada punto:

i. Parto normal: Gastos prenatales y postnatales o aborto (monto máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares).

ii. Complicaciones durante el embarazo o el postparto (monto máximo por embarazo establecido en las Condiciones Particulares). Esta cobertura es adicional a la indicada en los puntos i. y iii. de Maternidad.

Se cubrirán como complicaciones de embarazo y postparto, aquellas que se enmarquen en las siguientes situaciones:

1. Amenaza de aborto.
2. Hiperémesis gravídica (achaques) que ocurra dentro del I Trimestre de gestación.
3. Óbito fetal (muerte fetal).
4. Embarazo anembriónico (sin embrión) que no supere las veintisiete (27) semanas.
5. Toxemia gravídica (incluye síndrome de Hellp) que ocurra dentro del III Trimestre de gestación.
6. Embarazo extrauterino (fuera del útero).
7. Eclampsia.
8. Desprendimiento de placenta (abruptio placentae).
9. Placenta previa.
10. Ruptura uterina.
11. Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
12. Diabetes inducida por el embarazo.
13. Ruptura prematura de membranas.
14. Amenaza de parto inmaduro.
15. Amenaza de parto prematuro.
16. Infección del líquido amniótico.
17. Oligoamnios.
18. Polihidramnios.
19. Colestasis del embarazo.
20. Ictericia del embarazo.
21. Hemorragias del embarazo.
22. Anemia gestacional.
23. Anormalidades dinámicas del trabajo de parto.
24. Síndrome de Sheehan.
25. Hemorragia uterina postparto.

26. Desgarros de la vagina, la piel (periné), recto.
27. Infección de la vulva y/o vagina.
28. Endometritis (fiebre puerperal).
29. Infección de la herida (del piquete o de la césarea).
30. Mastitis (inflamación de la mama).
31. Absceso mamario.
32. Tromboflebitis (inflamación de las venas).
33. Atonía del útero (hemorragia uterina posterior al parto).
34. Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
35. Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
36. Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).

iii. Parto por Cesárea: Gastos prenatales y postnatales, cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal (monto máximo por embarazo establecido en las Condiciones Particulares).

Los gastos por concepto de maternidad se acumularán en primera instancia en el sublímite i. correspondiente a parto normal; no obstante, en caso de que se practique o se coordine una cesárea, se indemnizará la diferencia entre el monto asegurado correspondiente a este punto (iii) y el monto del punto i. (parto normal) para completar la suma definida en las Condiciones Particulares del presente contrato.

2. Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido

Cubre los gastos médicos derivados de las enfermedades congénitas y/o hereditarias de los hijos cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando el niño haya sido incluido dentro del núcleo familiar como Asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Generales. En el caso de terapias relacionadas con este padecimiento se establece un sublímite el cual se indicará en Condiciones Particulares.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

3. Prematurez

Esta cobertura, se suscribe para atender las condiciones propias de la prematurez del niño cuyo nacimiento fue cubierto por la póliza, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como Asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edad de Contratación y Cobertura de las Condiciones Generales. En el caso de terapias relacionadas con esta condición se establece un sublímite el cual se indicará en Condiciones Particulares.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares

4. Trasplante de órganos

Se brindará cobertura en caso de que el Asegurado requiera trasplante de corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea o hígado. Esto incluye los gastos médicos por servicios prestados tanto al Asegurado como al donador.

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

a) Se cubren los gastos médicos elegibles de hospitalización y cirugía del Asegurado y del donador seleccionado.
b) Serán cubiertos los costos por las pruebas de compatibilidad realizadas al Asegurado y al donador seleccionado.
c) Sólo se cubren órganos humanos
d) Todo gasto deberá ser pre autorizado por el Instituto y coordinado por medio del Administrador de Servicios, caso contrario no será cubierto.

Esta cubertura incluye el pre y post operatorio e inclusive el transporte del órgano a trasplantar en caso de requerirse.

Para esta cobertura se definirá un límite de monto Asegurado vitalicio.

Entendiéndose como la suma asegurada establecida en Condiciones Particulares, la cual será el único y máximo monto contratado de por vida mientras la póliza este vigente para cubrir todos los gastos sea ambulatorios y/o hospitalarios derivados de este beneficio. Este monto irá reduciéndose por cada reclamo presentado y efectivamente pagado, por lo cual no es un monto reinstalable.

Se aplicará el deducible anual y coaseguro que corresponda tanto a los gastos del Asegurado como del donador, estos gastos aplican a la póliza del Asegurado y los mismos serán los establecidos en las Condiciones Particulares

5. Aparatos de Apoyo

Al amparo de esta cobertura serán cubiertos las prótesis o aparatos externos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos que sean requeridos para tratar una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, debidamente prescritos por el médico tratante y pre-autorizado por el Instituto, hasta por el monto Asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

De no solicitarse la pre-autorización médica respectiva en caso de que se proceda con el reembolso, se aplicará el porcentaje de coaseguro establecido en las Condiciones Particulares.

Dicho monto Asegurado irá disminuyendo con cada gasto presentado y efectivamente pagado durante el año póliza.

En el caso de requerirse sustitución de prótesis o aparatos externos, dicha sustitución se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil del aparato a reemplazar, siempre

que el aparato de apoyo original haya sido cubierto por esta póliza u otra de la cual se otorgó el privilegio de continuidad y siempre que sea médicamente necesaria y justificada la sustitución.

A esta cobertura se aplicará el deducible anual elegido y coaseguro correspondiente, según se indica en las Condiciones Particulares.

6. Tratamiento de enfermedades mentales

Se cubren los gastos médicos y hasta el monto máximo definido en las Condiciones Particulares. Los gastos relacionados con enfermedades mentales o trastornos nerviosos, las atenciones médicas estarán a cargo de un psiquiatra (con o sin 00hospitalización).

Para esta cobertura, se cubrirán las terapias impartidas por un psicólogo siempre y cuando las mismas hayan sido prescritas por un psiquiatra.

De no solicitarse la pre-autorización médica respectiva en caso de que se proceda con el reembolso se aplicará el porcentaje de coaseguro establecido en las Condiciones Particulares.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

7. Enfermedades epidémicas o pandémicas

Están cubiertas las enfermedades epidémicas o pandémicas. Los gastos efectuados serán pagados como hospitalización o ambulatorio, según sea el caso, hasta por el límite establecido en la Cláusula Coberturas de las Condiciones Particulares.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

Adicionalmente se brinda la posibilidad de ampliar el monto asegurado de este sublímite, según lo estipulado en Condiciones Particulares, en el tanto el asegurado pague la extraprima correspondiente.

8. Deportes

Están cubiertos los gastos médicos relacionados con deportes que se practiquen en forma recreativa hasta el límite máximo anual establecido en la Cláusula Coberturas de las Condiciones Particulares de la presente póliza, lo anterior para los siguientes deportes:

ANEXO COBERTURAS

Rafting, uso de vehículos acuáticos con / sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling, pesca deportiva, rapel, escalar montañas, parapente, paracaidismo, alpinismo, boxeo, alas delta, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, motocross, bicicross, cuadraciclos, cuadracross, surfing, futbol americano, rugby, artes marciales mixtas, toreo y participación en corridas de toros, snowboard, esquí (cualquier modalidad), skateboard, kite surf, moto náutica, wind surf, moto de nieve, sand board y grass boards.

Los deportes que no se detallan, se amparan por el beneficio máximo anual del contrato.

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando este deporte se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

Se exceptúa de la presente cobertura buceo y la práctica competitiva de fútbol.

9. Práctica competitiva de fútbol

Están cubiertos los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica competitiva de fútbol específicamente, hasta por el límite establecido en la Cláusula Coberturas de las Condiciones Particulares.

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando este deporte se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

10.Práctica recreativa de buceo

Están cubiertos los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica recreativa y amateur de buceo específicamente, hasta por el límite establecido en la Cláusula Coberturas de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando este deporte se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares

11.Transporte en ambulancia aérea

Este servicio, está limitado a un viaje de traslado del lugar donde se desarrolle la enfermedad u ocurre el accidente al hospital o clínica más cercana equipada para el tratamiento de dicho evento y en caso de requerir el servicio para transporte intrahospitalarios por emergencia médica, se limita a un viaje.

a. **Transporte en ambulancia aérea**

   Previo a la utilización de este servicio deberá ser pre-autorizado por la Unidad de Asistencia del Instituto, quien coordinará el mismo en caso de una emergencia y no sea posible movilizar al paciente vía terrestre, caso contrario no será cubierto.

Este servicio no se ofrecerá para aquellas enfermedades que estén excluidas del seguro.

A esta cobertura se aplicará el deducible anual elegido y coaseguro correspondiente, según se indica en las Condiciones Particulares.

12.Transporte por evacuación

Cubre los costos por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y resto del mundo, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

13.Asistencia al viajero

Esta cobertura, cubre la atención médica tanto para accidente como enfermedad aguda a través de un Proveedor de Servicios Médicos fuera del país y en cualquier parte del mundo, el detalle de los beneficios se detalla en un anexo adicional. Esta cobertura se puede contratar únicamente si se suscriben las dos coberturas básicas, **Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad y Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía.**

14.Emergencias médicas durante viajes en el extranjero

Esta cobertura opera fuera del país y en cualquier parte del mundo en seguros con ámbito de cobertura internacional. Cubre cualquier emergencia médica que le suceda al Asegurado durante un viaje en el extranjero y únicamente se puede contratar si se suscribe la cobertura de Asistencia al Viajero. Esta cobertura se puede contratar únicamente si se suscriben las dos coberturas básicas, **Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad y Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía.**

ANEXO COBERTURAS

En el caso de seguros con ámbito de cobertura Regional, operará únicamente para Centro América, excepto en Costa Rica.

Esta cobertura operará, cuando se trate de un accidente o enfermedad aguda, en exceso de la cobertura de Asistencia al Viajero que se describe en el Anexo Cobertura de Asistencia al Viajero, siempre y cuando el Asegurado se comunique con el Administrador de Servicios Médicos para activar dicha cobertura. De lo contrario, solamente operará la Cobertura de Asistencia al Viajero.

Los beneficios de esta cobertura serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y/o por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso. Si la emergencia no fue comunicada al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir atención médica o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de sufrida la emergencia, los gastos serán cubiertos bajo las demás condiciones establecidas en la cobertura de Asistencia al Viajero.

Para efectos de esta cobertura, se entiende como Emergencia, únicamente lo indicado en la Cláusula Definiciones de las Condiciones Generales.

Las coberturas que se otorgan son:

a. **Evacuación y/o repatriación por razones médicas**

   Este beneficio se otorgará en el caso de presentarse una emergencia y determinarse que médicamente es necesario que el Asegurado sea evacuado y/o repatriado al hospital o centro de atención más cercano o especializado que pueda tratar la emergencia.

   Para estos casos, el Instituto y/o sus representantes en el extranjero, facilitarán una ambulancia terrestre o aérea o un vuelo en una aerolínea común, por la ruta más directa y adecuada.

   El proceso de evacuación, y/o repatriación deberá ser coordinado por el Administrador de Servicios Médicos en consulta con un médico local y con base en factores médicos. Sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

b. **Repatriación de restos mortales**

   En caso de que un Asegurado fallezca a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, mientras se encuentra de viaje en el extranjero, el Instituto, por intermedio del Administrador de Servicios Médicos, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para la repatriación de restos mortales, asumiendo los gastos hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Coberturas de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

c. **Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad**

   Cuando por accidente o enfermedad cubierta por la póliza y por prescripción médica dispuesta por el médico que lo atiende, el Asegurado requiera prolongar su estancia en el

extranjero para su atención médica, se cubrirá hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Coberturas de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

15.Chequeo general

Esta cobertura consiste en un paquete de servicios médicos para la comprobación del estado de salud del Asegurado.

La cobertura será otorgada únicamente a los Asegurados que se indiquen por el período establecido y de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares. Es aplicable únicamente previa coordinación a través de la Red de Proveedores que el Instituto ha establecido para el beneficio de chequeo general, **caso contrario no será cubierto.**

Para la utilización de esta cobertura, no serán aplicables deducible anual ni coaseguros.

16.Chequeo oftalmológico

Esta cobertura consiste únicamente en una consulta oftalmológica para la comprobación del estado de salud de ambos ojos del Asegurado.

La cobertura será otorgada únicamente a los Asegurados que se indiquen y hasta por el monto y período establecido en las Condiciones Particulares. Es aplicable únicamente previa coordinación a través de la Red de Proveedores que el Instituto ha establecido para este beneficio, caso contrario no será cubierto.

Para la utilización de esta cobertura, no serán aplicables el deducible anual ni coaseguros.

17.Cobertura odontológica Emergencia:

.

Esta póliza contiene el Anexo de cobertura dental por emergencia, el cual contempla las condiciones de esta cobertura que forman parte de esta póliza, según se indique en las Condiciones Particulares.

A esta cobertura no se le aplicará el deducible anual ni coaseguro y opera tanto en Costa Rica como en el resto del mundo.

18.Cobertura por fallecimiento

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado Anual por Persona. En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido y coaseguro.

a) Muerte

Este beneficio indemniza hasta la suma máxima establecida las Condiciones Particulares del presente contrato, por concepto de muerte de alguno de los Asegurados por esta póliza, siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones estipuladas en la misma. No obstante, si la forma de pago de la prima no fuera anual, se deducirá de este monto lo que corresponde a la prima pendiente de pago para completar la prima anual.

Para todas las coberturas de esta póliza, en caso del deceso del Asegurado Directo, la indemnización será pagada, de conformidad a lo establecido en la Cláusula Beneficiarios, del presente Contrato.

b) Sepelio

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta por el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares del presente contrato, siempre que el fallecimiento haya ocurrido como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza. Para su reclamación se deben presentar las facturas originales (en el caso de Costa Rica según el Ministerio de Hacienda) pagadas.

c) Liberación del pago del seguro por fallecimiento del Asegurado Directo

En caso de fallecimiento del Asegurado Directo, el Instituto otorgará cobertura a los dependientes asegurados bajo la misma póliza por un período máximo establecido las Condiciones Particulares, sin el pago de la prima, contados a partir de la próxima fecha de vencimiento anual de la póliza, por lo que en caso de pago fraccionado de la prima, los asegurados sobrevivientes deben pagar las primas de los períodos respectivos hasta completar el año póliza. Este beneficio se ofrece siempre que la muerte sea causada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

Se mantendrán asegurados los dependientes inscritos bajo la misma póliza en que se encontraba Asegurado el fallecido.

Para las coberturas anteriores, si la persona beneficiaria causa la muerte de la persona asegurada por dolo o culpa grave perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a esa persona beneficiaria.

19. Otros riesgos especiales

Esta cobertura ampara las pérdidas que afecten a los integrantes del grupo Asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial, el cual será detallado en las Condiciones Particulares, adicionalmente el Instituto podrá amparar previa valoración alguna de las exclusiones estipuladas en esta póliza. Esta cobertura brinda protección a riesgos o enfermedades que estén

directamente relacionados con la ocupación y actividades que practica el grupo Asegurado y que no están amparados en ninguna de las otras coberturas detalladas en esta póliza.

a. Transporte por evacuación

Cubre los costos por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y Centro América, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

SECCIÓN B. REGISTRO DE LEYENDA:

CLÁUSULA III. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A01-694** de fecha **V5** del **22 de diciembre del 2021.**