

## ANEXO COBERTURAS

N° de póliza: 01 01 GFG 0000035 00

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.

**ANEXO COBERTURAS**

- 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:

**ANEXO COBERTURAS**

- 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.

## **CLÁUSULA II. COBERTURAS OPCIONALES**

### **1. Maternidad**

Podrán gozar de esta cobertura, todas las mujeres aseguradas, cubriendo los gastos pre y post-natales, aborto espontáneo y/o amenaza de aborto espontáneo 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.

**ANEXO COBERTURAS****2. 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.

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.

**3. Terapias**

Para cada Asegurado se cubrirá hasta un monto máximo indicado en las Condiciones Particulares. Este servicio cubre los gastos elegibles médicamente necesarios y justificados para que el Asegurado recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud que tenía antes de sufrir un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza.

Dichas terapias deben estar reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o el Colegio de Terapeutas de Costa Rica, según corresponda.

Para la pre-autorización de las terapias el Asegurado deberá presentar un plan de tratamiento debidamente elaborado por el médico tratante, el cual debe contener el tratamiento que estima necesario para la recuperación del paciente.

Los rubros de procedimientos terapéuticos que estarán cubiertos bajo esta cobertura son:

- a. Terapia física brindada en consultorio por un fisioterapeuta.
- b. Terapia para padecimientos de la columna vertebral (no quirúrgica).
- c. Terapia ocupacional.
- d. Terapia del lenguaje.
- e. Terapia para tratamiento neuro-restaurativo.
- f. Terapia respiratoria

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

**ANEXO COBERTURAS****4. Tratamiento de alergias**

Será cubierto la consulta y el tratamiento de alergias diagnosticadas luego de la inclusión del Asegurado en la póliza.

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

Adicionalmente, se ampara la prueba del panel de alergias hasta el monto indicado en las Condiciones Particulares, el cual se rebaja del monto asegurado de esta cobertura.

Las alergias que se detecten como resultado del panel serán cubiertas por el monto total de la presente cobertura siempre y cuando el mismo se realice posterior a la inclusión de la póliza y superado el período de carencia del contrato.

**5. 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 hospitalización).

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

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

**6. 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 y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.



## ANEXO COBERTURAS

**7. 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:

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, cuadraciclós, cuadracross, surfing, fútbol 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 y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

**Se exceptúa de la presente cobertura la práctica competitiva de fútbol.**

**8. 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 y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

**9. Transporte en ambulancia terrestre o 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.

**ANEXO COBERTURAS****a. Transporte en ambulancia terrestre**

Cubre de acuerdo con lo establecido en el cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares, los costos por traslado en ambulancia terrestre, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, previa certificación médica, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso.

Asimismo, se podrá autorizar el servicio de Ambulancia Terrestre, cuando por la condición del paciente el mismo no pueda ser movilizado en otro tipo de medio de transporte, aspecto que deberá ser pre-autorizado por la Unidad de Asistencia del Instituto, quien coordinará el servicio caso contrario no será cubierto.

**b. 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.

**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**.