

ANEXO D
CONDICIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS DE “ASISTENCIA MÉDICA”

La compañía **GRUPO ESPECIALIZADO DE ASISTENCIA GEA COSTA RICA, S.A.**, será la única responsable de la prestación de los **SERVICIOS** de asistencia incluidos en el programa “**ASISTENCIA MÉDICA**”.

Los **SERVICIOS** estarán disponibles las 24 horas, los 365 días del año, con los límites y alcances que se detallan a continuación y sujetándose para ello al presente Anexo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

GEA: Definido en el contrato principal del cual forma parte del presente documento.

PROMERICA: Definido en el contrato principal del cual forma parte del presente documento.

AFILIADO / BENEFICIARIO (S): Es la persona física cliente de Banco Promerica, AFILIADO al programa de asistencia y usuario de los “ASISTENCIA MÉDICA”. Así como las personas que forman parte de su núcleo familiar previa comprobación por parte del proveedor de los servicios.

REPRESENTANTE: Cualquier persona, sea o no acompañante del AFILIADO que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los SERVICIOS.

PAÍS DE RESIDENCIA: Para fines de este contrato y sus Anexos, será la República de Costa Rica.

SERVICIOS: Los **SERVICIOS** de asistencia contemplados en el plan “ASISTENCIA MÉDICA”. Producto que haya sido adquirido por el AFILIADO de acuerdo a lo estipulado en el ANEXO A del Contrato principal y cuyas definiciones se refieren en el presente documento.

EVENTO: Es una SITUACION DE ASISTENCIA reportada por un AFILIADO que dé derecho a la prestación de uno de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente Instrumento.

PROVEEDOR: Es el personal técnico y demás equipo asistencia del Prestador de “ASISTENCIA MÉDICA”, o subcontratado por este, apropiado para prestar los SERVICIOS a un AFILIADO, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los SERVICIOS que ofrece GEA estarán a disposición de los AFILIADOS. 1 de Julio de 2021 cuando aceptó la afiliación.

MONTO POR EVENTO: Los SERVICIOS a que se alude en este instrumento serán prestados de acuerdo a los montos y eventos máximos que se establecen para cada uno de dichos SERVICIOS en la Tabla de Prestaciones del programa “ASISTENCIA MÉDICA”

COLONES: La moneda de curso legal vigente en la República de Costa Rica.

“ASISTENCIA MÉDICA”

a) Visita médica a domicilio 24/7:

Cuando el AFILIADO necesite en virtud de emergencia o enfermedad médica debidamente comprobada por el equipo médico de ASISTENCIA MÉDICA, ASISTENCIA MÉDICA gestionará y cubrirá los honorarios profesionales de la visita de un médico general al DOMICILIO PERMANENTE del AFILIADO reportado como vivienda habitual (siempre y cuando exista la infraestructura que lo permita). Queda entendido que el costo de los medicamentos será cubierto directamente por el AFILIADO. Queda a criterio profesional del médico, la visita.

Si los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de doce (12) meses, entonces GEA deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al AFILIADO e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague con sus propios recursos. El AFILIADO en todo momento deberá supervisar y estar presente en el lugar del EVENTO para la prestación de los SERVICIOS.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “Anexo C”.

b) E-Doctor Médico Virtual 24/7:

ASISTENCIA MÉDICA coordinará la consulta On-line del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO con un médico del staff de ASISTENCIA MÉDICA para una consulta mediante videoconferencia a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO ya sea por una enfermedad o padecimiento no preexistente, que no requieran de hospitalización y no se encuentre en riesgo la vida o la integridad del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO.

Se excluye de este **SERVICIO** el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos psiquiátricos, tratamientos especializados o medicamentos psicotrópicos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**. **ASISTENCIA MÉDICA** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados.

Si los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de doce (12) meses, entonces **ASISTENCIA MÉDICA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague con sus propios recursos.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “ANEXO C”.

c) Traslado Médico Terrestre:

En caso de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** sufra un accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización y de acuerdo al previo visto bueno del **EQUIPO MÉDICO** de **ASISTENCIA MÉDICA** ante dicha situación, **ASISTENCIA MÉDICA** gestionará y brindará un apoyo económico para el traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada (por

disponibilidad o presencia) que lo permita. En caso de no existirla, **ASISTENCIA MÉDICA** coordinará el traslado por medio de los **SERVICIOS** médicos públicos en la localidad. **ASISTENCIA MÉDICA** proporcionará el **SERVICIO** indicado en el párrafo anterior únicamente en las principales cabeceras de las provincias de la República de Costa Rica.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**ANEXO C**”.

d) Orientación Médica Telefónica 24 Horas:

Previa solicitud **del AFILIADO**, **ASISTENCIA MÉDICA** brindará orientación médica telefónica, cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el **AFILIADO** pueda resolver sus consultas sobre alguna dolencia o enfermedad.

ASISTENCIA MÉDICA no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el **AFILIADO** correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**ANEXO C**”.

e) Orientación Médica telefónica con Fisioterapeuta (Videoconferencia y/o chat)

Previa solicitud **del AFILIADO**, **ASISTENCIA MÉDICA** brindará orientación con Fisioterapeuta, en un horario de días y horas hábiles, para que el **AFILIADO** pueda resolver sus consultas, en los horarios que no se pueda contactar con un profesional fisioterapeuta **ASISTENCIA MÉDICA** realizara la orientación con un médico general para que pueda orientar al **AFILIADO**.

ASISTENCIA MÉDICA no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el **AFILIADO** correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**ANEXO C**”.

f) Orientación Médica telefónica con Psicólogo (Videoconferencia y/o chat)

Previa solicitud del **AFILIADO**, **ASISTENCIA MÉDICA** brindará apoyo emocional con un psicólogo de la red, en un horario de días y horas hábiles, donde a través de la escucha confidencial se brindará orientación focalizada al problema que en ese momento el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** necesite superar, con la posibilidad de plantear y revisar emociones, pensamientos o conductas que le preocupan, con el objetivo de favorecer su bienestar emocional, en los horarios que no se pueda contactar con un profesional psicólogo **ASISTENCIA MÉDICA** realizara la orientación con un médico general para que pueda orientar al **AFILIADO**.

ASISTENCIA MÉDICA no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el **AFILIADO** correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**ANEXO C**”.

g) Orientación Médica telefónica con Nutricionista (Videoconferencia y/o chat)

En caso de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requieran una orientación Nutricional, vía telefónica, **ASISTENCIA MÉDICA** pondrá a su disposición, información u orientación acerca de consejería alimentaria, dietas y complementos nutricionales con un nutricionista de la **RED de PROVEEDORES. ASISTENCIA MÉDICA** no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte del profesional de la salud, ni de los gastos en que se incurran por el seguimiento de algún consejo alimentario, dieta o complemento nutricional. El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos. **El AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar la prestación de los **SERVICIOS**.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**ANEXO C**”.

h) Consulta Médica General en Clínicas de la RED

En caso de que el **AFILIADO** requieran una consulta médica de emergencia por enfermedad o accidente que no pongan en riesgo la vida o la integridad, podrá realizarla con un médico general que proveerá **ASISTENCIA MÉDICA** realizando una cita médica previamente. Para una consulta, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas ya sea por una enfermedad o emergencia no preexistente, que no pongan en riesgo la vida y/o la integridad del **AFILIADO**

Si los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de doce (12) meses, entonces **ASISTENCIA MÉDICA** deberá, antes de proporcionar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**ANEXO C**”.

i) Consulta Médica General con electrocardiograma en Clínica Humana

En caso de que el **AFILIADO** requieran una consulta médica general por enfermedad o accidente que no pongan en riesgo la vida o la integridad, podrá realizarla con un médico general de clínica Humana que proveerá **ASISTENCIA MÉDICA** realizando una cita médica previamente. Para una consulta y si requiere previa solicitud del médico, se realizará un electrocardiograma, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas ya sea por una enfermedad o emergencia no preexistente, que no pongan en riesgo la vida y/o la integridad del **AFILIADO**

Si los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de doce (12) meses, entonces **ASISTENCIA MÉDICA** deberá, antes de proporcionar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**ANEXO C**”.

j) Descuentos en Servicios Médicos en Clínica Humana

Previa solicitud telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **ASISTENCIA MÉDICA** proporcionará información sobre los descuentos exclusivos en **Clínicas Humana**, de las siguientes especialidades y procedimientos médicos.

a) Descuentos en Clínica Humana:

30% en Consultas adicionales en medicina general

15% en Laboratorio Clínico

10% de descuento en especialidades médicas:

- Pediatría
- Psicología
- Ginecología
- Dermatología
- Reumatología
- Podología
- Neurocirugía
- Neurología
- Endocrinología

Descuentos desde 5% Hasta 10% en especialidades.

Descuentos en prueba PCR o prueba rápida de COVID-19

Descuentos en Ópticas de la red desde un 5 hasta un 20 %

“REFERENCIA MEDICAS”

a) Referencia de Consultorios, Laboratorios, Clínicas, Otros Especialistas

Previa solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** vía telefónica, **ASISTENCIA MÉDICA** proporcionará información actualizada sobre centros médicos y hospitales, laboratorios, médicos especialistas, Más cercanas al lugar donde se encuentre el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

En estos casos, **ASISTENCIA MÉDICA** proporcionará el servicio de referencia indicado en el párrafo anterior de acuerdo a la disponibilidad de información que se tenga; **ASISTENCIA MÉDICA** hará lo posible por ayudar al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** a contactar el centro médico con la mayor rapidez. Se deja constancia que en caso de que el centro médico forme parte de la red de proveedores **ASISTENCIA MÉDICA** podrá coordinar un descuento en el servicio solicitado.

ASISTENCIA MÉDICA no asumirá responsabilidad en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del centro médico que no forme parte de la **RED** contactado o elegido por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. En todos los casos, los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán ser pagados bajo sus propios recursos al **PROVEEDOR**. **ASISTENCIA MÉDICA** ha obtenido la lista de estos centros médicos con base en recomendaciones y experiencia de los mismos, pero no puede asumir ningún riesgo por el servicio contratado. Todo reclamo o garantía se deberá hacer directamente con el centro médico y nunca a **ASISTENCIA MÉDICA**, que solo se limita a brindar la información.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**ANEXO C**”.

b) Referencia de Implantes Dentales

Previa solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** vía telefónica, **ASISTENCIA MÉDICA** proporcionará referencia de Clínicas Odontológicas que realicen Implantes dentales. Más cercanas al lugar donde se encuentre el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

En estos casos, **ASISTENCIA MÉDICA** proporcionará el servicio de referencia indicado en el párrafo anterior de acuerdo a la disponibilidad de información que se tenga; **ASISTENCIA MÉDICA** hará lo posible por ayudar al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** a contactar el centro médico con la mayor rapidez. Se deja constancia que en caso de que el centro médico forme parte de la red de proveedores **ASISTENCIA MÉDICA** podrá coordinar un descuento en el servicio solicitado.

ASISTENCIA MÉDICA no asumirá responsabilidad en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del centro médico que no forme parte de la **RED** contactado o elegido por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. En todos los casos, los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán ser pagados bajo sus propios recursos al **PROVEEDOR**. **ASISTENCIA MÉDICA** ha obtenido la lista de estos centros médicos con base en recomendaciones y experiencia de los mismos, pero no puede asumir ningún riesgo por el servicio contratado. Todo reclamo o garantía se deberá hacer directamente con el centro médico y nunca a **ASISTENCIA MÉDICA**, que solo se limita a brindar la información.

El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el "**ANEXO C**".

LIMITACIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

Para efectos de este programa de servicio, se excluyen expresamente los siguientes hechos y situaciones.

Las asistencias derivadas de los **AFILIADO Y/O BENEFICIARIOS** por prácticas deportivas en competencias o los que se produzcan con ocasión de la participación **del VEHÍCULO AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en carreras, prácticas deportivas y pruebas preparatorias o entrenamientos.

Los causados por mala fe **del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** o conductor.

Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.

Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular. Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.

Los derivados de la energía nuclear radioactiva.

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** no se identifique como TAL.

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

Cualquier asistencia médica por parto o embarazo o enfermedad ya existente.

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

Los resultantes de los **SERVICIOS** que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** haya contratado sin el previo consentimiento de **ASISTENCIA MÉDICA**.

Las enfermedades existentes: para efectos del presente Plan de asistencia se entiende por existencia cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la afiliación. Por lo anterior a criterio de **ASISTENCIA MÉDICA** no se prestarán los **SERVICIOS** materia de este instrumento en situaciones ya existentes, además si se presentan los siguientes supuestos, por mencionar, pero sin limitar y a entera discreción de **ASISTENCIA MÉDICA** su comprobación:

- Que la enfermedad haya sido diagnosticada por un médico.
- Que la enfermedad haya sido aparente a la vista.
- Que, por sus síntomas y signos, no pudo pasar desapercibida.
- Aquellos por los que se hayan efectuado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dichos síntomas o signos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación.

En todos los casos, corresponde al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** comprobar la no existencia.

Mala fe del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, comprobada por el personal de **ASISTENCIA MÉDICA** o si en la petición mediare mala fe.

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE SERVICIO

Con el fin de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** pueda disfrutar de los **SERVICIOS** contemplados, deberá cumplir con el procedimiento para la solicitud del servicio, que consiste en:

Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **ASISTENCIA MÉDICA** e identificarse como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ante los funcionarios de **ASISTENCIA MÉDICA** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los **SERVICIOS** contemplados en el presente documento.

En caso de que un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera de los **SERVICIOS** a los que se refiere este documento, se procederá de la siguiente forma: se comunicará con **ASISTENCIA MÉDICA** a través los números telefónicos especificados para tal efecto y le suministrará al funcionario de **ASISTENCIA MÉDICA** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como, por mencionar pero sin limitar, la ubicación exacta de la residencia o ubicación del accidente o siniestro, un número telefónico en el cual localizarlo, descripción del problema, el tipo de ayuda que precise.

Reportar la emergencia en el momento preciso que esta ocurre y estar presente en el lugar de los hechos.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **ASISTENCIA MÉDICA** le prestará al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** los **SERVICIOS** solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

En caso de que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO no cumpla con los requisitos indicados, ASISTENCIA MÉDICA no asumirá responsabilidad ni brindará apoyo económico alguno relacionado con los SERVICIOS relacionados con el presente documento ni frente a Banco Promerica ni frente al AFILIADO Y/O BENEFICIARIO.

Que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO se encuentre al corriente en sus pagos.

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Queda entendido que ASISTENCIA MÉDICA podrá prestar los SERVICIOS en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su única y exclusiva responsabilidad, siempre y cuando exista en la localidad que sea solicitado el servicio la infraestructura necesaria para prestar dicho servicio.