



PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MEDICOS Y VIDA



SEGURO COLECTIVO DE VIDA



El monto asegurado para las coberturas básicas (Muerte Plus), incapacidad total y permanente adelantado (BI-1) o adicional y muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental, están suscritas bajo el siguiente esquema:

Salarios: Equivalente a 24 salarios mensuales.

Para la cobertura básica de Muerte Plus, el porcentaje o suma fija a indemnizar para los gastos funerarios será de Veinte por ciento (20%) o \$4.000,00.

COBERTURAS ADICIONALES A LA COBERTURA DE MUERTE PLUS

a) Cobertura de pago adelantado de la suma asegurada en la cobertura básica, en caso de incapacidad total y permanente (BI-1).

Cobertura de pago adicional de la suma asegurada en la cobertura básica, en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una cuota.

b) Cobertura de muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental (DID).

Esta cobertura ampara el riesgo de fallecimiento del Asegurado o pérdida de sus miembros como consecuencia de un accidente. Producto de lo anterior se procederá al pago de las indemnizaciones que se enumeran en la siguiente tabla:

TABLA DE INDEMNIZACIONES

a) Por muerte	LA SUMA BÁSICA
b) Ambas manos	LA SUMA BÁSICA
c) Ambos pies	LA SUMA BÁSICA
d) De una mano y un pie	LA SUMA BÁSICA
e) Total y definitiva de la vista	LA SUMA BÁSICA
f) De una mano o de un pie	LA MITAD DE LA SUMA BÁSICA
g) Total y definitiva de la vista completa de un ojo	LA TERCERA PARTE DE LA SUMA BÁSICA
h) De los dedos pulgar e índice de una misma mano	LA SEXTA PARTE DE LA SUMA BÁSICA

SEGURO DE GASTOS MEDICOS

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

MONTO MÁXIMO ANUAL ASEGURADO

Monto máximo anual	Hasta menos de 70 (setenta) años de edad	US\$ 200.000
Monto máximo anual	Alcanzados los 70 (setenta) años	US\$ 60.000

EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

ASEGURADO	EDAD CONTRATACIÓN	EDAD COBERTURA
Asegurado directo	18 en adelante	Sin límite
Cónyuge	18 en adelante	Sin límite
Hijos no nacidos en el seguro	31 días de nacido a 24 años	Hasta los 25 años
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	Hasta los 25 años

Beneficios y coberturas

Monto asegurado

Coberturas básicas

1-Cobertura de gastos médicos

Parto normal, aborto	\$3 500
Complicaciones durante el embarazo	\$1 000
Cesárea o parto múltiple	\$4 500
Trasplante de órganos	\$200 000
Trasplante de órganos a partir de los 70 años	\$60 000
Prótesis quirúrgicas	\$200 000
Prótesis quirúrgicas a partir de los 70 años	\$60 000
Aparatos de apoyo (según contrato)	\$10 000
Enfermedades congénitas del recién nacido	\$25 000
Prematurez	\$100 000
Enfermedades pandémicas y epidémicas	\$7 500
Práctica recreativa de buceo	\$200 000
Práctica recreativa de fútbol	\$10 000
Transporte en ambulancia aérea	\$25 000
Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos	\$1 000

Deportes (indicados en contrato)	\$10 000
Cuidados a domicilio por personal de enfermería	Máximo 30 días por año póliza siempre que se a un accidente o enfermedad cubierto.
Ambulancia terrestre	Previa coordinación con el Administrador de Red y siempre que sea medicamento justificada su utilización.
Tratamiento de fisioterapia o terapias afines	Máximo 20 sesiones por evento
Servicios médicos y quirúrgicos	Cubierto según contrato
Cirugías ambulatorias	Cubierto según contrato
Quimioterapias, radioterapias, diálisis	Cubierto según contrato
Medicamentos ambulatorios y durante una hospitalización	Cubierto según contrato
Cuidados intensivos	Cubierto según contrato
Exámenes de laboratorios rayosX, ultrasonidos, resonancias magnéticas y otros exámenes de diagnósticos	Cubierto según contrato
Gastos médicos sujetos a condiciones especiales	
Gastos ambulatorios por accidentes (primeras 24 horas)	100%
Transporte por evacuación (C.R. y Centroamérica)	100%
Emergencias durante viajes en el extranjero	Según contrato
Evacuación y/o repatriación por razones médicas	Según contrato
Repatriación de restos mortales	\$2 500
Prolongación de estancia por accidente o enfermedad del asegurado en el extranjero (máximo 10 días, monto fijo)	\$100 diarios
2-Cobertura de asistencia al viajero	Máximo \$10,000 según contrato
3-Cobertura de chequeos (PARA TODO EL GRUPO)	A partir de la fecha de inclusión
Chequeo general una vez al año (sólo a través de la Red de Proveedores). Aplica a partir de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	100%
Chequeo oftalmológico (sólo a través de la Red de Proveedores). Aplica a partir de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	100%
4-Cobertura por fallecimiento (PARA TODO EL GRUPO)	
Muerte	\$2 500
Sepelio	\$2 500
Liberación del pago del seguro por fallecimiento	Según contrato

5- Cobertura dental amplia	Según contrato
6- Beneficios especiales (de acuerdo con la red utilizada)	
Preexistencias: Una vez superado el deducible, se cubrirán las enfermedades preexistentes al ochenta por ciento (80%), siempre que no se encuentren excluidas en el contrato, según se indica en las Cláusulas de Gastos Excluidos y Riesgos Excluidos, ni se encuentren en período de carencia.	Superado el deducible, máximo \$200.000.
Extracción de terceras molares o cordales impactadas: por persona por año. De acuerdo al costo razonable y acostumbrado. Incluye medicamentos, rayosX y anestesia local en consultorio (Hasta un máximo por persona anualmente).	máximo, \$300
Control ginecológico (solo empleadas): Examen de Papanicolaou una vez al año. Examen de mamografía preventiva a partir de los 40 años de edad y una vez al año. Incluye consulta con el especialista. Este beneficio aplica a partir de la fecha de inclusión de la empleada.	máximo \$150
Control urológico (solo empleados): Examen antígeno prostático en sangre, una vez al año y solo para mayores de 40 años. Incluye consulta con el especialista. Este beneficio aplica a partir de la fecha de inclusión del empleado.	máximo \$150
Tratamiento de Alergias: Gastos hasta un máximo por persona por año póliza de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado.	máximo \$150
Salpingectomía: Se cubren los gastos de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado. Esta cobertura es únicamente para empleadas aseguradas.	Superado el deducible, máximo \$500.
Vasectomía: Se cubren los gastos y de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado. Esta cobertura es únicamente para empleados asegurados.	Superado el deducible, máximo \$250.
Anteojos y lentes de contacto: Por reembolso la compra de un (1) par de anteojos que incluye lentes y el marco y/o lentes de contacto, siempre que sean médicamente necesarios y recetados por un especialista en el cuidado de los ojos.	Hasta un máximo de \$100. No aplica deducible ni coaseguro.
Cobertura del niño sano: A los asegurados en la póliza con edades comprendidas entre los 11 días de nacidos y los 5 años, se les cubrirá el cuadro de esquema de vacunación adjunto. Adicionalmente se incluyen las consultas pediátricas y suministro de vitaminas (contra prescripción médica). Los gastos se cubren por la red de proveedores y de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado. Es esquema de consultases: 0-12meses:6 consultas al año,13-23meses: 2 consultas al año. 24 meses a menos de 5 años: 1 consulta al año. El esquema de vacunas se detalla de seguido:	máximo \$200.

VACUNA	EDAD
BCG	Recién nacido
VOP2	4,6 meses 4 años
DPT2	4, 6 meses, 15 meses y 4 años
SRP	15 meses
Hepatitis B	Recién nacido, 2 y 6 meses
H Influenza B2	4 y 6 meses 15 meses
Influenza Anual	< 5 años
Varicela	Según protocolo
Neumococo	Recién nacido
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo

GASTOS CON HOSPITALIZACIÓN

Dentro de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica y Preautorizado (Pago Directo).

Deducible hospitalario	Primer día de tarifa de habitación
Superado el deducible, al 90% de los primeros	\$5 000
El exceso será cubierto al	100%

Dentro de la Red de Proveedores, sin pre- autorización: el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red, con excepción de los casos de emergencia y accidente.

Fuera de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).

Deducible hospitalario	Primer día de tarifa de habitación, mínimo \$200
Superado el deducible, al 80% de los primeros	\$20 000
Exceso cubierto al	100%
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$800

Fuera de Costa Rica y Centroamérica (Por Reembolso y con los costos razonables y acostumbrados de Centroamérica).

Deducible hospitalario	Primer día de tarifa de habitación, mínima \$1,000
Superado el deducible, al 70% de los primeros	\$20 000
Exceso cubierto al	100%
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$1 000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$1 500

GASTOS AMBULATORIOS**Dentro de la red de Atención Médica Primaria (según anexo)**

Beneficios y coberturas	Monto asegurado
Gastos por Red Atención Médica Primaria según anexo	100%

Dentro de la red de Proveedores en Costa Rica y Centroamérica (Pago Directo)

Deducible por consulta	\$10 por visita
Tarifa máxima por consulta médico general	costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo razonable y acostumbrado
Superado el deducible, gastos cubiertos al	90%

Fuera de Red de Proveedores en Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).

Deducible por consulta	\$20 por visita
Tarifa máxima por consulta médico general	costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo razonable y acostumbrado
Superado el deducible, gastos cubiertos al	80%

Fuera de Costa Rica y Centroamérica (Reembolso y con los costos razonables y acostumbrados de Centroamérica).

Deducible por consulta	\$30 por visita
Tarifa máxima por consulta médico general	costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo razonable y acostumbrado
Superado el deducible, gastos cubiertos al	70%



Para más información
consulte a su Correduría de Seguros ASPROSE

