

**ANEXO N°1 DE LA ADENDA N°3 CONTRATO DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS DE ASISTENCIA EN SEGUROS
PROGRAMA: ASISTENCIA FAMILIAR CS
CONDICIONES GENERAL DEL SERVICIO**

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES:

1. El presente ANEXO N°1 establece las características generales, coberturas y exclusiones de los servicios de asistencia establecidos en el Programa de Asistencia **“CS FAMILIA”**
2. COOPESERVIDORES mediante el programa de asistencia **“CS FAMILIA”** le brinda a sus ASOCIADOS en adelante llamado AFILIADO Y/O BENEFICIARIO servicios de asistencia que se indican en el presente anexo contractual.
3. Por solicitud telefónica del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO al centro de atención telefónica de INTERAMERICAN ASSIST COSTA RICA S.A. y/o ADDIUVA, dispondrá de atención ante cualquiera de las emergencias u otros servicios en la forma como se indica en el presente anexo contractual.

2. DEFINICIONES:

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

A) **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un AFILIADO Y/O BENEFICIARIO causados única y directamente por una causa externa, violenta, imprevista, fortuita y evidente (excluyendo cualquier enfermedad), durante la vigencia del contrato de asistencia al cual accede este anexo.

- B) **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO:** Persona natural **ASOCIADO** de **COOPESERVIDORES** que haya contratado el programa de asistencia “**CS FAMILIA**”.
- C) **PROVEEDOR:** INTERAMERICAN ASSIST COSTA RICA S.A.
- D) **BENEFICIARIO(S):** Son beneficiarios del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, su cónyuge o compañero (a) permanente, sus hijos menores de 21 (veintiuno) años, a excepción de los hijos con capacidades limitadas que serán cubiertos sin límite de edad, que vivan permanentemente en el mismo domicilio y bajo la dependencia económica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, quienes podrán gozar de todos o algunos de los servicios de “**CS FAMILIA**” de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en presente anexo contractual
- E) **DOMICILIO:** Es el lugar de uso habitacional permanente y habitual del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** dentro del territorio nacional.
- F) **EMERGENCIA:** Es todo hecho que se presente a consecuencia de acontecimientos debido a situaciones fortuitas, que no sean por daños o situaciones preexistentes, que no se deriven por falta de mantenimiento. Para ser considerada emergencia se deberá de reportar en el momento del incidente. La emergencia médica para efectos de prestación de servicios de asistencia médica se definirá como aquella situación médica en la cual peligre la vida o integridad física del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.
- G) **EQUIPO MÉDICO:** Es el personal médico y demás equipo asistencial subcontratado por **PROVEEDOR** puesto en contacto con el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, apropiado para prestar servicios de asistencia pre-hospitalaria en urgencia médica.

H) FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los servicios de “**CS FAMILIA**” estén a disposición del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, de forma inmediata previa verificación con el área de CS si el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO no aparece en base de datos.

I) GRUPO FAMILIAR: AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, Cónyuge e hijos menores de 21 (veintiuno) años.

J) PROGRAMA DE ASISTENCIA: Es el conjunto de servicios de asistencia que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO tienen a disposición de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente anexo.

K) SERVICIOS: Es la asistencia que se le brinda al AFILIADO Y/O BENEFICIARIO de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente anexo.

L) ALCANCE TERRITORIAL NACIONAL PARA TODOS LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA: Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional continental y en el domicilio habitual permanente del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

M) HORARIO COMERCIAL: Días hábiles, no feriados, de lunes a viernes de 7:00 am a 5:30 pm.

N) HORARIO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS: Durante las 24 (veinticuatro) horas.

O) **PREEXISTENCIA:** Corresponde a cualquier enfermedad, patología o condición que haya sido conocida por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato.

P) **ENFERMEDAD:** Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

3. DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS, COBERTURAS Y EXCLUSIONES

1. CONSULTA CON ESPECIALISTA EN SALUD.

1. **VISITA DE MÉDICO GENERAL AL DOMICILIO Y/O CONSULTORIO:** La visita del profesional se deberá coordinar 4 (cuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del médico que brinde la visita al domicilio y/o consultorio con base a la disponibilidad de la red de ADDIUVA. Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, derivado de una emergencia médica repentina y/o dolencia que no sea crónica y que no haya sido causada por una preexistencia, ADDIUVA enviará un médico general hasta el domicilio y/o consultorio al AFILIADO Y/O BENEFICIARIO para su revisión y diagnóstico. Este servicio cubre el costo de la visita médica. El presente servicio se prestará con las siguientes condiciones: Limitado a 3 (tres) visitas médicas sin límite en el costo de la visita al año para cada uno de los beneficiarios del plan. El costo de los medicamentos será cubierto directamente por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO MÉDICO A DOMICILIO: Están excluidas nuevas visitas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del AFILIADO

Y/O BENEFICIARIO. Donde no exista infraestructura adecuada el PROVEEDOR coordinará dicha la asistencia médica por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, médicos especialistas. El costo de los exámenes que deba realizarse el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, salvo que estén cubiertos bajo los servicios que incluye el programa CS FAMILIA en el presente documento, en caso de ser requerido o referidos por el especialista. El servicio no opera bajo modalidad de reembolso. El PROVEEDOR podrá optar entre coordinar la consulta médica a domicilio o en un consultorio de la red. En caso de que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO visite al consultorio este debe pertenecer a la red de PROVEEDOR y haberse coordinado por medio del call center de CS FAMILIA. El costo del transporte será cubierto por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO.

2. **TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA EN CASO DE EMERGENCIA:** En caso de que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO sufra una lesión súbita e imprevista a consecuencia de un ACCIDENTE y/o ENFERMEDAD grave que requiera el traslado al centro hospitalario más cercano público o privado, por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, PROVEEDOR a través de un proveedor de servicios, realizará la coordinación efectiva para el traslado del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO. Este servicio tendrá un límite de US\$250,00 (doscientos cincuenta dólares americanos) anuales en el costo con un límite de 2 (dos) eventos dentro del período para cada uno de los beneficiarios del plan. PROVEEDOR gestionará y cubrirá el pago del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existir ésta, PROVEEDOR coordinará el traslado por medio de servicios de emergencia de la localidad.

3. **COORDINACIÓN DE UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO y existiendo un diagnóstico de enfermedades graves complejas con riesgo de vida y para los efectos de realizar el servicio el AFILIADO Y/O

BENEFICIARIO deberá enviar al equipo médico de PROVEEDOR que se le indique, su historia clínica completa con toda la información, estudios y análisis realizados para diagnosticarlo. PROVEEDOR a través de su red médica profesional contactara una segunda opinión médica con el propósito de proporcionar información y consejo en los posibles tratamientos aplicables a la patología del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, el proveedor emitirá un informe el cual será entregado al AFILIADO Y/O BENEFICIARIO por el mismo medio, el médico de la red especialista en la patología del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO brindara la lectura e interpretación del informe recibido. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y 1 (un) evento por año para cada uno de los beneficiarios del plan.

4. **COORDINACIÓN DE CITAS EN CENTROS MÉDICOS: ESPECIALISTAS, CLINICAS Y LABORATORIOS.** Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, PROVEEDOR proporcionará información general vía telefónica sobre médicos incluyendo especialistas, nutricionistas clínicas, hospitales y laboratorios en el lugar de interés del solicitante. Si el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO lo solicita, PROVEEDOR coordinará una cita para su atención en aquellos centros médicos que realicen este tipo de reservación y siempre, sujeto a disponibilidad de espacio. PROVEEDOR presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios médicos o la atención del centro médico. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

2. ASISTENCIA EXÁMENES.

1. EXÁMENES A DISPOSICIÓN DEL AFILIADO Y/O BENEFICIARIO: ELECTROCARDIOGRAMA, HEMOGRAMA COMPLETO, COPROCULTIVO Y/O UROÁNÁLISIS y RAYOS X: Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, PROVEEDOR le coordinará una cita para el laboratorio o centro clínico dentro de la red de centros médicos del PROVEEDOR. Los Rayos X disponibles dentro de la cobertura son los siguientes: Tórax, Extremidades superiores e inferiores completas, Columna y Cadera.

2. ULTRASONIDOS DISPONIBLES: Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, el PROVEEDOR le coordinará una cita para realizar alguno de los siguientes exámenes: Hombro, Rodilla, Tobillo, Prostático, Tiroides, Vías Urinarias, Codo, Muñeca, Cuello, Abdomen General, Abdomen Superior, Abdomen Inferior, Protuberancias en tejidos, Testículos, Tejidos blandos y Mamas. Los siguientes aplican incluso en estado de embarazo en su modalidad básica: transvaginal y/o Pélvico.

Los servicios mencionados se prestarán con las siguientes condiciones: Limitado a 5 (cinco) eventos totales al año y sin límite en el monto para cada uno de los beneficiarios del plan.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS DEL SERVICIO ASISTENCIA EXÁMENES: Están excluidas nuevas visitas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO. El costo de los medicamentos y demás gastos que se deriven del resultado, serán cubiertos directamente por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, el presente servicio se coordina por medio de la red de especialistas del PROVEEDOR, la cual se agendará en base y disponibilidad de la agenda del especialista de la RED de

Página 7 de 14

proveedores del PROVEEDOR en las siguientes 24 (veinticuatro) horas. El presente servicio se prestará en horario comercial. La ASISTENCIA EXÁMENES: se coordina derivado de una consulta con el especialista en Medicina General, que pertenece a la red de proveedores del PROVEEDOR, el cual genera la referencia médica para solicitar los exámenes. El AFILIADO Y/O BENEFICIARIO en caso de contar con una referencia médica de un especialista que no pertenece a la red de PROVEEDOR deberá de enviarla por medio de un correo electrónico a la dirección que le suministra el centro de atención telefónica de asistencia del PROVEEDOR para proceder a la coordinación de la asistencia por cada evento solicitado, el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO podrá utilizar hasta 3 (tres) exámenes por evento previa referencia médica.

Ultrasonido no aplica para embarazos, salvo los que este documento avaleexpresamente y/o cirugías estéticas. Rayos X no aplica para imágenes dentales.

3. ESPECIALISTAS EN LINEA 24/7

1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA FITNESS: Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, PROVEEDOR lo pondrá en contacto telefónico con un profesional para que le brinde una orientación ante dudas que tenga mientras se encuentre entrenando o desarrollando una práctica deportiva y/o participando en una competencia deportiva, La orientación busca minimizar riesgos deportivos siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO entregando soluciones a dudas médicas, no se trata de una consulta médica, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

2. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL VÍA TELEFÓNICA: Por previa solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, PROVEEDOR lo pondrá en contacto telefónico con un orientador nutricional para que le sean proporcionados consejos de nutrición, guía para la preparación de una dieta saludable y bien balanceada, informaciones sobre las calorías contenidas en los alimentos o tabla de calorías y consejos de salud AFILIADO Y/O BENEFICIARIO al consumo de alimentos, recomendaciones alimenticias para personas diabéticas, intolerantes a la lactosa y personas con sobrepeso. El presente servicio se prestará sin límite en el monto ni límite de eventos por año y será proporcionado en horario comercial.

3. ASISTENCIA AUDICIÓN:

VALORACIÓN AUDITIVA: La valoración auditiva se deberá coordinar veinticuatro (24) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del médico que brinde la valoración auditiva. Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, PROVEEDOR coordinará una cita con el especialista para su revisión y examen auditivo básico. El presente servicio se prestará con las siguientes condiciones: Limitado a 1 (un) evento por año para cada uno de los beneficiarios del plan, pero no hay restricción en el monto o costo del examen. En caso de haber costos de medicamentos deberán ser cubiertos directamente por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO.

4. ASISTENCIA VISIÓN:

1. ASISTENCIA VISIÓN: Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO y en caso de requerir algún estudio de visión mencionados a continuación, PROVEEDOR pondrá a disposición de ópticas a disposición del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO ubicando precios preferenciales para los siguientes servicios:

- Estudio de la Agudeza Visual
- Refracción Pre y Post Ciclo lejía
- Toma de Tensión Intraocular
- Balance de los Movimientos Oculares
- Discriminación de Colores
- Fondo de Ojo

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

3. VISION URGENCIA: Cita con especialista en Oftalmología en caso de urgencia. Por solicitud del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, derivado de una emergencia médica repentina (irritación, ardor, lagrimeo o enrojecimiento ocular) y que no haya sido causada por una preexistencia, PROVEEDOR coordinara con el especialista una cita en el consultorio al AFILIADO Y/O BENEFICIARIO para su revisión. Se deberá coordinar 4 (cuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del médico que brinde la asistencia. El presente servicio se prestará con las siguientes condiciones: Limitado a 1 (un) visita médica para cada uno de los beneficiarios del plan, sin límite en el costo de la visita al año. El costo de los medicamentos será cubierto directamente por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO.

4. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidas de las coberturas establecidas, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

1. Los servicios que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO haya contratado sin previo consentimiento de PROVEEDOR.

2. Los servicios adicionales que el AFLIADO haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y riesgo y que no forman parte de la red de proveedores de PROVEEDOR.
3. Los traslados médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO con dolo o mala fe.
4. Las enfermedades, lesiones o traslados médicos derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes, que sean la causa de la solicitud médica o exámenes.
5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos
6. adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales, ni los causados por ingestión de bebidas alcohólicas.
7. Lo relativo y derivado de prótesis, anteojos o lentes de contacto.
8. Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, escalamiento de montañas, actos acrobáticos y prácticas de boxeo profesional en competencia o entrenamiento.
9. Los causados por mala fe del tomador, AFILIADO Y/O BENEFICIARIO.
10. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.
11. Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.
12. Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
13. La prestación de los servicios se realizará dentro de la territorialidad indicada desde que exista infraestructura pública y privada para la prestación de los servicios, se

exceptúan lugares donde no exista un acceso transitable por carretera, aquellos lugares en los que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiere prestar la asistencia y donde por razones de orden público se ponga en riesgo la integridad física del prestador del servicio.

14. Cualquier solicitud médica o traslado de ambulancia para por labor de parto, etapa final del Embarazo.
15. Los servicios se prestarán y tendrán cobertura en todo el territorio nacional continental.
16. La visita médica se brinda con especialista en medicina general. Si la solicitud es para un beneficiario menor a dos años previo a la coordinación del servicio se hará la aclaración al titular del servicio que es un médico general quien brindará la atención y no un especialista en pediatría.
17. Mala fe del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, comprobada por el personal de la Empresa Addiuva CR o si en la petición mediare mala fe.
18. Los casos de ambulancia por emergencia o accidente, no cubre traslados de hospital a casa ni de hospital a hospital.
19. Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o infección.
20. Siniestros a consecuencia directa o indirecta de terrorismo.

5. OTRAS CONSIDERACIONES

OBLIGACIONES DEL AFILIADO Y/O BENEFICIARIO y/o BENEFICIARIO(S): En caso de evento procedente según lo indicado en el presente anexo, el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO deberán solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números definidos para tal fin, debiendo indicar el nombre del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía o cédula de residencia o extranjería, la dirección donde solicita el servicio, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa. No serán atendidas solicitudes de reembolsos

por servicios que hayan sido contratados directamente por el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO sin previa autorización de PROVEEDOR.

6. RESPONSABILIDAD

PROVEEDOR a través del programa CS FAMILIA quedará relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO, no puedan efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo. Así mismo los servicios que el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO haya contratado sin previo consentimiento de PROVEEDOR, salvo en caso de comprobada fuerza mayor que le impida comunicarse con la misma o con terceros encargados de prestar dichos servicios.

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en el presente anexo, no implica aceptación de responsabilidad por parte de PROVEEDOR, respecto de los amparos básicos legales que del servicio deba garantizar su prestador original, tales como garantías, respaldos, incumplimientos, calidad del servicio, retrasos y otros que correspondan siendo que no se trata de un prestador de servicio por seleccionado por PROVEEDOR.

PROVEEDOR no será responsable en ningún caso y en ninguna circunstancia de los resultados de los procedimientos, prácticas, recomendaciones, dictámenes y conceptos médicos derivados del servicio de traslado médico terrestre, segunda opinión médica, orientación médica telefónica y médico a domicilio, por cuanto la responsabilidad se encuentra garantizada por cada uno de los médicos y profesionales contratados que atienden el caso como profesionales acreditados para ejercer esa función.

La mayor parte de los proveedores de los servicios asistenciales son contratistas independientes debidamente autorizados y no empleados de PROVEEDOR, sin embargo, PROVEEDOR será responsable de los actos u omisiones por parte de dichos proveedores cuando sea aplicable.

7. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

PROVEEDOR podrá prestar los servicios en forma directa, con recursos técnicos y humanos propios, o en forma indirecta, por intermedio de contratistas, subcontratistas o proveedores, siempre que en el lugar en donde ha de prestarse el servicio de asistencia exista la infraestructura pública o privada, tales como vías y calles que permitan el acceso al DOMICILIO o las condiciones de seguridad y vigilancia pública o privada que garanticen la integridad personal del funcionario, colaborador, técnico o proveedor que vaya a prestar el servicio de asistencia.

8. EXCEDENTES

Cualquier costo que supere los montos establecidos en las coberturas de este anexo, deberá ser pagado por parte del AFILIADO Y/O BENEFICIARIO con sus propios recursos antes de la prestación del servicio en efectivo.