



PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SEGUROS, AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMOS.

Para garantizar la adecuada utilización de las coberturas, la información para el Aviso de Siniestro y la presentación de Reclamos, nos permitimos sugerirle respetuosamente que se sirva realizar una lectura cuidadosa del clausulado de las Condiciones Generales de su póliza así como sus Anexos, en las cuales se detallan las coberturas y las sumas aseguradas máximas, los gastos cubiertos, las exclusiones, la información sobre deducibles y coaseguro, la información sobre las Pruebas de Asegurabilidad, así como las demás regulaciones. Es entendido que el uso de los servicios significa que el Asegurado conoce y acepta tales Condiciones Generales.

PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SEGUROS

I. UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN COSTA RICA

A. Atención ambulatoria y/o por accidente dentro de la Red de Proveedores Afiliados.

La atención ambulatoria, se refiere a los beneficios de atención médica, y que no requieren de una hospitalización o internamiento.

Mediante este sistema, usted puede consultar el sitio de internet <http://www.bcbscostarica.com/proveedores/> o comunicarse al teléfono: (506)4052-3030 , correo electrónico: contactanos@bcbscostarica.com o Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com, Fax: (506) 2248-4684 del Centro de Atención de Llamadas o Central Operativa de la Compañía, a efecto de que sea ésta la que le ubique y asesore con el proveedor afiliado disponible que corresponda, según la enfermedad, lesión o emergencia que presente.

Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas, serán cubiertos al cien por ciento (100%). Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato. El proveedor afiliado deberá solicitar a la Central Operativa de la Compañía la pre-notificación y ellos se encargaran de enviarle vía correo electrónico para que se reconozca el reclamo por el sistema de pago directo.

Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento, aunque haya sido dado de alta.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato. Durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente, el proveedor afiliado autorizado deberá solicitar la pre-notificación médica y reportar el caso al número telefónico: (506)4052-3030 o al correo electrónico Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com . De esta forma la Compañía, hará pago directo al proveedor afiliado de los gastos incurridos una vez superado el deducible y Usted deberá asumir el coaseguro o copago que corresponda, de acuerdo con lo establecido en el contrato.

B. Atención ambulatoria y/o por accidente fuera de la Red de Proveedores Afiliados.

Si Usted elige ser atendido por un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, no obtendrá ningún tipo de descuento a través de su Tarjeta de Identidad del Seguro.

En esta modalidad, Usted deberá pagar al proveedor afiliado la suma que corresponda y presentar a la Compañía, los documentos indicados en el aparte de este procedimiento denominado “Requisitos para la presentación de reclamos por reembolso para atenciones tanto fuera como dentro de la red de proveedores afiliados”, para el debido reembolso de los gastos incurridos, los cuales se indemnizarán de acuerdo con el costo usual, razonable y acostumbrado definido en las Condiciones Generales.

En caso de accidente, Usted deberá cancelar el monto correspondiente a la atención brindada y presentar el reclamo por reembolso a la Compañía. Los beneficios ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos al cien por ciento (100%). Los beneficios ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato. Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato para atenciones fuera de la Red de Proveedores Afiliados y será necesario solicitar pre-notificación a la Central Operativa de la Compañía al número de teléfono 506) 4052-3030 o correo electrónico Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com.

C. Atención hospitalaria y/o quirúrgica dentro de la Red de Proveedores Afiliados.

Cuando requiera atención hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá comunicarse a la Central Operativa de la Compañía, al número telefónico (506) 4052-3030 o contactar a la dirección electrónica Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com.

La solicitud debe ser enviada con un mínimo de setenta y dos horas (72) de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes prescritos y practicados que justifiquen la necesidad del procedimiento médico, tratamiento o cirugía recomendada. Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento aun y cuando el asegurado haya sido dado de alta.

La Compañía, realizará pago directo al proveedor afiliado de los gastos incurridos, una vez superado el deducible y conforme a los montos autorizados en la pre-notificación. El Asegurado deberá asumir el coaseguro correspondiente y cualquier suma en exceso, en los casos que sobrepasen los costos usuales, razonables y acostumbrados, con respecto a lo autorizado por la Compañía, en la pre-notificación.

Para los efectos de la Compañía, una cirugía programada o electiva es aquella que desde el punto de vista médico es necesaria y recomendable que se practique, pero no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.

Cuando el asegurado no realiza la “Solicitud de pre-notificación” correspondiente o ésta no ha sido aprobada por la Compañía, a pesar de utilizar los servicios de la Red de Proveedores Afiliados, el reembolso o reintegro se efectuará aplicando las condiciones establecidas para proveedores fuera de la red, con excepción de los casos de emergencia y accidentes.



En caso de que el asegurado no solicite la pre-notificación a la Central Operativa se aplicará una penalidad del 30% en la indemnización de los gastos incurridos, después de que hayan sido satisfechos el deducible y el coaseguro, que corresponden a su seguro.

D. Atención hospitalaria y/o quirúrgica fuera de la Red de Proveedores Afiliados.

Cuando se recibe el servicio hospitalario de un proveedor que no pertenece a la Red de Proveedores Afiliados, el asegurado debe enviar a la Unidad de Asistencia de Redbridge el formulario de “Solicitud de pre-notificación”, debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del Médico tratante.

Bajo esta modalidad el Asegurado deberá cancelar todos los gastos incurridos por la hospitalización y/o el (los) procedimiento (s) médicos efectuado (s) y presentar todos los documentos para reembolso a la Compañía. Dicho reembolso se efectuará de acuerdo con los costos usuales, razonables y acostumbrados.

II. UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN LOS DEMÁS PAÍSES

A. Cobertura de emergencias.

Si se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios de la póliza, Usted puede consultar la información que le ha sido entregada sobre la Red de Proveedores Afiliados o llamar a los siguientes números telefónicos:

• Gratis, dentro de Estados Unidos de América (USA)	1-844-6 BCBS(222727)
• Fax	(506) 4052-3030
• Blue Card Access	1-800-810-2583

(*) En algunos países la empresa telefónica no ofrece servicio de llamadas por cobrar, por lo que la llamada no se permite. En este caso, se debe hacer una llamada directa al número telefónico indicado, o bien, puede comunicarse escribiendo a la siguiente dirección electrónica: Prenotificaciones@BCBSCostaRica.com

Indique a la persona que le atiende la siguiente información:

1. Su nombre y apellidos.
2. Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
3. Plan de seguro que tiene suscrito con la Compañía.
4. Número de póliza (se encuentra anotado en su Tarjeta de Identidad del Seguro).
5. Dirección y teléfono del lugar donde se encuentre.

La persona que le atiende le recomendará el centro médico más cercano al que Usted puede acudir y le orientará en todo lo relacionado con su caso, los pagos por estos servicios se harán mediante la modalidad de pago directo.

Recuerde que los gastos incurridos por los siguientes conceptos NO están sujetos a reembolso, por lo que deberá coordinarse directamente con la Central Operativa de la Compañía:

- a. Repatriación por razones médicas.
- b. Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad.

En caso de que a consecuencia de un accidente se requiera hospitalización, Usted u otra persona deberá comunicarse con Central Operativa de la Compañía al número de teléfono o correo electrónico indicados, durante las primeras veinticuatro (24) después de sufrir la emergencia médica y reportar el caso.

En el caso de atención de emergencias con proveedores fuera de la Red de Proveedores afiliados, se reconocerá un máximo de \$25,000 por asegurado por año póliza.

B. Atención ambulatoria u hospitalaria dentro o fuera de la Red de Proveedores Afiliados en los demás países.

Estas coberturas operarán de la misma forma que funcionan para la atención en Costa Rica, según lo expuesto en los apartados A y C de este procedimiento, siempre y cuando se informe a la Central Operativa de la Compañía, o a los teléfonos o correo electrónico citados anteriormente.

Dentro de la Red de Proveedores Afiliados, la atención ambulatoria funciona por pago directo, previa comunicación con la Unidad de Asistencia a los teléfonos que se señalan en el aparte A de la “Utilización del seguro en los demás países”.

Para utilizar la cobertura fuera del país de residencia, el Asegurado debe solicitar la pre autorización a la Compañía, indicando el tratamiento o procedimiento que se va a realizar con al menos 15 (quince) días naturales de anticipación, siempre y cuando el procedimiento de que se trate no sea realizable en el país de residencia. El requisito de pre autorización tiene como finalidad coordinar lo relacionado con los costos, asesorarle en la selección del proveedor y ayudarle a reducir costos en el extranjero, así como determinar la posibilidad de contar con una segunda opinión médica.

Los gastos incurridos por la atención médica ambulatoria u hospitalaria con un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, deberán ser cancelados en su totalidad por el Asegurado y presentar a la Compañía, los documentos para su reembolso, de acuerdo a los requisitos citados en el apartado denominado “Requisitos para la presentación de reclamos por reembolso para atenciones tanto fuera como dentro de la red de proveedores afiliados” de este procedimiento.

Los gastos médicos incurridos por asistencia médica de emergencia por accidente o enfermedad se reembolsarán de acuerdo con las condiciones del contrato, para lo cual deberá presentar a la Compañía los requisitos enumerados en el apartado denominado “Requisitos para la presentación de reclamos por reembolso”.

III. ACUMULACIÓN DEL DEDUCIBLE ELEGIDO

Según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza, el deducible elegido es anual y por persona asegurada y se aplicará un máximo de dos deducibles por familia por año póliza, si se trata de un seguro individual, si es un seguro colectivo son tres deducibles por familia por año póliza. El monto del deducible elegido, cuyas opciones se incluyen en las condiciones generales o particulares de la póliza (colectivos).

En el caso de reembolsos, se deducirá del importe a indemnizar por el procedimiento médico recibido de la siguiente manera:

- a. La Compañía, efectuará el análisis de pertinencia y cobertura de los gastos y en caso de que sean cubiertos, se acumularán dichos gastos con el fin de alcanzar el monto de deducible elegido por el Asegurado.
- b. La Compañía llevará un adecuado control de la acumulación del deducible con la finalidad de aplicar uno anual por persona asegurada y un máximo de dos deducibles por familia.

IV. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En el evento de que la Compañía requiera de una evaluación adicional de su caso, se podrá solicitar una segunda opinión médica. El costo de tal examen será a cargo de la Compañía.

Es la opinión profesional de un médico autorizado por la Compañía para emitir otra opinión con respecto a la opinión dada por el médico tratante, que podría requerir ésta, antes que el Asegurado reciba un servicio o tratamiento médico elegible bajo esta póliza. En caso de que la compañía lo requiera, los gastos generados de esta opinión, serán cubiertas por la misma.

V. AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMOS.

En los supuestos de la utilización del seguro dentro de la Red de Proveedores Afiliados el Aviso de Siniestro se entenderá presentado con la Solicitud de Pre-notificación a la Central Operativa. En los tratamientos de emergencia el reporte del siniestro deberá realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, y en los casos de admisiones a hospitales y procedimientos quirúrgicos dentro de las setenta y dos (72) horas antes, comunicación que se hará a la Central Operativa de la Compañía. La comunicación debe ser realizada por el Asegurado u otra persona en su nombre.

C. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR REEMBOLSO.

El reclamo por reembolso o reintegro deberá ser presentado por el Asegurado cuando haya pagado los servicios directamente al proveedor, y el reclamo por muerte natural o accidental del Asegurado o su cónyuge deberá ser presentado por los beneficiarios, en ambos casos en el domicilio de la Compañía. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

Para Gastos Médicos:

La Compañía, efectuará el reembolso o reintegro de los gastos cubiertos de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el Asegurado presentar los siguientes requisitos:

- El Formulario de Reclamación de Salud debidamente completado, tanto por el Médico tratante como por el Asegurado.
- Las facturas originales detalladas correspondientes al tratamiento o servicio (las fotocopias no son aceptables). Estas facturas deben estar en la moneda del país donde los servicios fueron realizados, y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza.
- Recetas, indicaciones y prescripciones médicas.
- Resultado de los exámenes que se le prescribieron y practicaron.



Una vez presentada esta documentación y de encontrarse conforme, se efectuará el pago de los beneficios, o bien, se comunicará por escrito la declinación de la reclamación de acuerdo con lo indicado en la póliza.

Por fallecimiento natural o accidental del Asegurado o su Cónyuge:

La Compañía, pagará la indemnización correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el o los Beneficiarios designados en la póliza presentar los siguientes requisitos:

- El Formulario de Reclamación por Muerte firmado por el beneficiario.
- El Certificado de Defunción Oficial emitido por el Registro Civil o Registro equivalente si la muerte se produce fuera de Costa Rica, que indique las causas del fallecimiento.
- Fotocopias certificadas de los documentos de identificación del Asegurado fallecido y su (sus) beneficiarios.
- En caso de que el fallecimiento haya sido accidental, deberá aportarse copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
- Información escrita y firmada por el Beneficiario sobre los Centros Médicos donde fue atendido el Asegurado.
- Formulario de Autorización para consulta de expedientes tramite de reclamaciones por muerte, debidamente completado y firmado.

Las resoluciones que emita la Compañía con respecto a los reclamos, serán comunicadas a la dirección contractual suministrada por el Asegurado.

Por Desmembramiento

El asegurado debe presentar el certificado médico correspondiente en el que conste la pérdida sufrida (conforme a la tabla de indemnizaciones del contrato de seguro), la fecha de la pérdida y el tipo de accidente que ocasionó la pérdida.

Por Incapacidad Total y Permanente

1. Solicitud de indemnización que indique el nombre del Asegurado, número de cédula o documento de identificación, fecha de inclusión al seguro y suma asegurada.
2. Fotocopia de cédula o del documento de identificación del Asegurado, por ambos lados.
 - Certificado médico en el que se determine que el Asegurado tiene una pérdida del sesenta siete por ciento (66.66%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual. Dicho certificado debe contener el diagnóstico, evolución y la fecha exacta de la valoración médica que determinó la condición de incapacidad total y permanente y que la condición es irreversible, o sea que no hay posibilidad de mejora o que no es sujeta a una nueva revisión médica.
 - Si la incapacidad se produjo por un accidente, deberá aportar copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.



Presentar alguno de los siguientes documentos que comprueben su condición laboral, en el momento de haber sido declarado con incapacidad total y permanente:

1. Copia del contrato de servicios autenticado por un abogado.
2. Copia de la declaración anual del impuesto de la Renta presentado en Tributación Directa.
3. Constancia del patrono, en que conste el puesto que desempeñaba, la fecha de ingreso y la fecha de retiro por incapacidad total y permanente.

Si el Asegurado tiene menos de dos años de haber ingresado al seguro, debe:

1. Indicar por escrito los centros médicos en donde ha sido atendido.
2. Boleta de autorización de revisión de expediente suministrado por la compañía.
3. Si fue atendido en centros médicos privados, deberá aportar certificados médicos emitidos por profesionales médicos que le han atendido, incorporados al Colegio Profesional respectivo, donde anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.

En caso de desmembramiento o incapacidad total y permanente la Compañía podrá efectuar revisiones médicas para comprobar la condición de los asegurados y verificar las pérdidas alegadas.

Todos los beneficios y coberturas están sujetos a las condiciones, limitaciones y exclusiones indicadas en las condiciones generales del contrato 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 los Registros números: P16-35-A11-319 Seguro Humanus de Gastos Médicos Internacional de fecha 08 de marzo del 2010(V3), P16-35-A11-320 Seguro Dominus de Gastos Médicos Internacional de fecha 20 de marzo del 2013 (V2.1), P16-35-A11-321, Seguro Regius de Gastos Médicos Internacional de fecha 08 de marzo del 2012 (V2.1.), P16-35-A11-322, Seguro Sanitas de Gastos Médicos Internacional de fecha 08 de marzo de 2012 (V2.1), P20-64-A11-605, Dominus Plus Gastos Médicos Internacional de fecha 29 de enero de 2015 (V2), P-20-64-A11-378 ,Seguro de Gastos Médicos Colectivo Regional/Internacional de fecha 23 de agosto del 2012 (V2), P20-64-A11-426, (V2) Seguro Colectivo de Gastos médicos Internacional-Plan Grupo Joven de fecha 20 de marzo del 2013 (V2.1).