

“ANEXO H”
CONDICIONES GENERALES
ASISTENCIA DORADA

El presente documento forma parte del Contrato de Prestación de Servicios de Asistencia suscrito entre **GRUPO ESPECIALIZADO DE ASISTENCIA GEA COSTA RICA S.A Y ICE**

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen 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.

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

AFILIADO: Es la persona física que haya contratado a través de **ICE** los **SERVICIOS** de asistencia que presta **GEA** y que efectivamente se encuentre registrado en la base de datos que envíe para tal efecto **ICE** a **GEA**.

BENEFICIARIO: Dentro de éste rubro se entenderán como Beneficiarios **del AFILIADO al cónyuge, padre o madre considerado como adulto mayor (mayores a 65 años),** quienes podrán gozar de los **SERVICIOS** a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en el producto que haya sido contratado por el **AFILIADO** de acuerdo a los estipulado en este **ANEXO G “TABLA DE PRESTACIONES ASISTENCIALES”**, del Contrato principal y cuyas definiciones se refieren en el presente documento.

EVENTO: Es una **SITUACION DE ASISTENCIA** reportada por un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** 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.

ACCIDENTE: Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad previa y la preexistencia) que ocurra a un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** durante la vigencia del presente documento

FAMILIAR: Se refiere al padre, madre, cónyuge e hijos y/o dependientes económicos de un **AFILIADO**.

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los **SERVICIOS** que ofrece **GEA** estarán a disposición del **AFILIADO**. Esto es 48 (cuarenta y ocho) horas después de que el **AFILIADO** celebró el contrato correspondiente con **ICE**

PAÍS DE RESIDENCIA: Para fines de este contrato y sus Anexos, será el país en donde se haya firmado el contrato con **ICE** y donde tenga su **RESIDENCIA PERMANENTE** el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

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

RESIDENCIA PERMANENTE: El domicilio permanente que manifieste tener un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en el contrato que maneje con **ICE** dentro del **PAÍS DE RESIDENCIA** y que haya celebrado con esta empresa o cualquier otro domicilio que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** haya notificado a **ICE** con posterioridad a la firma del mencionado contrato, domicilio que será considerado como el del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para todos los efectos de la prestación de los **SERVICIOS** materia del presente documento, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

EQUIPO MÉDICO: Es el personal médico y demás equipo asistencia de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar servicios de Asistencia Pre-hospitalaria en urgencias médica a un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

EQUIPO TÉCNICO: Es el personal técnico y demás equipo asistencial de **GEA**, o subcontratado por **GEA** apropiado que gestione el **SERVICIO** solicitado por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

EMERGENCIA: Para efectos del servicio de asistencia en el hogar, se considera **EMERGENCIA** una situación accidental y fortuita que deteriore la **VIVIENDA AFILIADA** (fuga de agua), que no permita su utilización cotidiana (corto circuito), que ponga en riesgo la seguridad del mismo y sus habitantes (una cerradura exterior inservible, un cristal roto) e inhabitabilidad de la **VIVIENDA AFILIADA**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

VIVIENDA AFILIADA: Una casa de habitación la cual aparece previamente registrada en la base de datos de **ICE** como la **RESIDENCIA PERMANENTE** del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, la cual previa solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** se proporcionará la prestación de los **SERVICIOS**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

SERVICIOS A LA VIVIENDA AFILIADA: Las coberturas relativas a la **VIVIENDA AFILIADA** son las relacionadas en este anexo, que se prestarán de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

MONTO POR EVENTO: Los **SERVICIOS** a que se alude en este Anexo serán prestados de acuerdo a los montos y eventos máximos que se establecen en el **ANEXO “G”**.

PROVEEDOR: Es el personal (**MÉDICO Y/O TÉCNICO**) y demás equipo asistencia de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar los **SERVICIOS** a un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud, que no sea preexistente o crónica. Para efectos del presente contrato se entiende por preexistencia cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio del contrato. Por lo anterior a criterio de **GEA** no se prestarán los **SERVICIOS** materia de este instrumento en situación de preexistencia, además si se presentan los siguientes supuestos, por mencionar pero sin limitar y a entera discreción de **GEA** su comprobación:

- Que la enfermedad haya sido diagnosticada por un médico en el momento y determine su preexistencia.
- 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 preexistencia.

VIAJE: Traslado que se hace de una parte a otra por aire, mar o tierra.

“ASISTENCIA MÉDICA”

(Gran Área Metropolitana y Cabeceras de provincia)

A. CONSULTA MÉDICA ONLINE “E-DOCTOR”:

GEA coordinará la consulta On-line del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con un médico del staff de **GEA** para una consulta mediante videoconferencia veinticuatro siete (24/7), 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**. **GEA** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados.

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

B. ORIENTACION MEDICA TELEFONICA:

A solicitud de los **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** brindará orientación médica telefónica las veinticuatro horas, en todas las consultas que fueran necesarias para aclarar dudas de carácter médico, así como cualquier información médica relacionada. **GEA** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** correrán por su propia cuenta.

El servicio aquí establecido se brindará según los montos y eventos establecidos en el “**Anexo G**”.

C. SERVICIO DE TAXI DEL HOSPITAL DESPUÉS DE 2 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN:

En caso que el **AFILIADO** requiera el servicio de taxi (hospital-residencia) después de un día de hospitalización, **GEA** coordinará y cubrirá el costo del traslado desde el centro hospitalario hasta la residencia permanente del **AFILIADO**, toda vez que exista la infraestructura privada que lo permita. El **AFILIADO** deberá mostrar la documentación extendida por el Centro Médico donde se indique que se da de alta al paciente.

El **AFILIADO** en todo momento deberá supervisar la prestación del **SERVICIO**. Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen servicios que 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 de su propio peculio.

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

D. VISITA MÉDICA A DOMICILIO (previa OMT):

Cuando el **AFILIADO** necesite en virtud de emergencia médica debidamente comprobada por el equipo médico de **GEA**, **ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO**, **GEA** 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 serán cubiertos 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 G**”.

E. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE POR ACCIDENTE EN EL HOGAR (AMBULANCIA):

En caso de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** sufra un accidente en el hogar que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, **GEA** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada (por disponibilidad o presencia) que lo permita. En caso de no existirla, **GEA** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

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 Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague con sus propios recursos. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** 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 G**”.

F. COORDINACIÓN PARA EL ENVÍO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO (el servicio está sujeto a la disponibilidad que tenga la farmacia para el envío de medicamento):

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** necesite adquirir medicamentos o cualquier producto médico deseando que los mismos se le envíen al **DOMICILIO PERMANENTE**, **GEA** coordinará con la farmacia de la **RED de PROVEEDORES** y que ofrezca el servicio express el respectivo envío de los mismos hasta el **DOMICILIO PERMANENTE**. **GEA** no asumirá responsabilidad alguna en relación a los productos médicos adquiridos. Queda entendido que el **AFILIADO Y/O** cancelará el costo de los productos y del envío en el momento de su recepción.

En todos los casos, los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán ser pagados bajo sus propios recursos al **PROVEEDOR**. **GEA** 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 **GEA**, que solo se limita a brindar la información.

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

G. AGENDA Y AVISOS PARA EL CONTROL DE MEDICAMENTOS:

En caso que el **AFILIADO** inicie con un tratamiento médico, **GEA** podrá coordinar su agenda para dar aviso el inicio del tratamiento, por medio de una llamada telefónica o mensaje de voz según indicaciones del **AFILIADO**. En caso de no contestar la llamada o escuchar el mensaje, **GEA** no tendrá responsabilidad alguna sobre el seguimiento que el **AFILIADO** de al tratamiento prescrito.

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

H. EXAMEN DE BIENVENIDA (Optometría):

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** necesite realizarse un exámen de Optometría, **GEA** le coordinará y referirá a un laboratorio o centro médico, para la práctica de dicho examen. No se incluye impresión del examen realizado.

Se excluye de este **SERVICIO** el costo de lentes, limpiador de lentes, reparaciones, repuesto para los lentes. Cualquier otro gasto en que se incurra **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, serán pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**. **GEA** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados.

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar la prestación de los **SERVICIOS**.

El servicio aquí establecido se brindará según los montos y eventos establecidos en el “**Anexo G**”.

I. EXAMEN MEDICO INTEGRAL EN CLINICAS HUMANA (incluye electrocardiograma):

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** previa consulta médica online o telefónica, a la clínica de **GEA** con un médico general para una consulta que incluirá un electrocardiograma, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ya sea por accidente o por enfermedad no preexistente siempre y cuando no esté en riesgo la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Este médico será asignado y autorizado exclusivamente por el **EQUIPO MÉDICO de GEA** y se entiende que por tratarse de consultas programadas en consultorio, quedan excluidas consultas de urgencia y por padecimientos o accidentes que pongan en peligro la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. Se excluye de este servicio el costo de medicamentos. **GEA** 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 **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo preferencial, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio. El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** 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 G**”.

J. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE INTERHOSPITALARIO (ambulancia):

En caso de que el **AFILIADO** sufra una emergencia durante un viaje dentro de la República de Costa Rica y por prescripción médica tenga que ser trasladado en ambulancia hacia otro hospital, **GEA** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, **GEA** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

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 G**”.

K. ENFERMERIA A DOMICILIO:

En caso que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera de los cuidados de una enfermera por enfermedad o accidente, **GEA**, previa solicitud vía telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, coordinará el envío de una enfermera (o) de la **RED de PROVEEDORES** al **DOMICILIO PERMANENTE**, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita en la localidad donde se encuentre el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. **GEA** únicamente realizará la coordinación del este servicio bajo las condiciones operativas del **PROVEEDOR**. Este servicio se brindará con un costo establecido en el **Anexo G**.

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 Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague con sus propios recursos.

En todos los casos, los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán ser pagados bajo sus propios recursos al **PROVEEDOR**. **GEA** 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 **GEA**, que solo se limita a brindar la información.

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

L. MONITOREO DE PACIENTE EN CITA MEDICA:

En caso que el **AFILIADO** requiera del monitoreo durante una cita médica, **GEA** podrá coordinará el monitoreo desde que da inicio la cita la indicada a **GEA** y posterior monitoreara cada 30 minutos el status del **AFILIADO** durante la primer hora, por medio de una llamada telefónica según indicaciones del **AFILIADO**. En caso de no contestar la llamada. **GEA** no tendrá responsabilidad alguna sobre el seguimiento que el **AFILIADO** de al tratamiento prescrito por el médico.

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

“ASISTENCIA LEGAL”

A. ASESORIA LEGAL TELEFONICA EN MATERIA PATRIMONIAL:

Prevía solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** vía telefónica **GEA** brindará el servicio de orientación legal telefónica en materia patrimonial (entendido dentro del ámbito eminentemente personal o familiar) ello las veinticuatro (24) horas del día durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. En todo caso, los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** por la prestación de los servicios profesionales del referido, serán pagados con sus propios recursos. **GEA** no será responsable por el resultado de las gestiones y defensas realizadas por parte del abogado que contrate directamente el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. La responsabilidad del profesional escogido será única y exclusiva del mismo, esto quiere decir, que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** exonera y renuncia a demandar a **GEA** por el resultado final de la contratación.

GEA ha obtenido la lista de estos profesionales con base en recomendaciones y experiencia de los mismos, pero no puede asumir ningún riesgo por el servicio contratado. Todo reclamo se deberá hacer directamente con el **PROVEEDOR** del servicio o al Colegio Profesional y nunca a **GEA**, que solo se limita a brindar la información.

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

“ASISTENCIA EN EL HOGAR”

La prestación del servicio es exclusivo para el **DOMICILIO PERMANENTE** del **AFILIADO Y/O**

BENEFICIARIO. El derecho a las prestaciones que a continuación se mencionan se prestara única y exclusivamente en la Gran Área Metropolitana de la República de Costa Rica. En virtud del presente anexo, **GEA** garantiza la puesta a disposición del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** un apoyo económico inmediato por medio de la coordinación de servicios con el fin de limitar y controlar los daños materiales, presentados en el inmueble reportado por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, a consecuencia de un evento fortuito. En casos de emergencia los servicios se atenderán máximo en 60 minutos, siempre y cuando la solicitud del servicio se deba prestar dentro de los límites de horario y de la ciudad de que se trate. Sin embargo casos especiales tendrán otra duración y condiciones que le serán explicadas al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

En los casos en que **GEA** no tenga la disponibilidad de proveedores en la Gran Área Metropolitana, el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** podrá, contratar los servicios respectivos, para que **GEA** se haga cargo de ellos, siempre y cuando cuente esta contratación con la previa autorización por parte de **GEA**. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** tendrá derecho a reembolso de los diversos gastos cubiertos en el presente anexo, SIEMPRE Y CUANDO MEDIE PREVIA AUTORIZACIÓN de **GEA** (solicitada a través del teléfono que **GEA** defina y como respaldo estará la grabación de la llamada) sujeto a la presentación de la factura correspondiente de dicha reparación, debidamente autorizada por la Dirección General de Tributación Directa. Para efectos de este programa de servicio, se considera **EMERGENCIA** una situación fortuita que deteriore el inmueble (por ejemplo una fuga de agua), o que no permita su utilización normal y cotidiana (por ejemplo un corto circuito), o que ponga en riesgo la seguridad del mismo y sus habitantes (por ejemplo una cerradura exterior inservible, un cristal exterior roto), e inhabilitación de la vivienda a consecuencia de una de las emergencias antes citadas. Sin perjuicio de los anteriores ejemplos, cada situación será catalogada y analizada por los representantes de **GEA**, a fin de evitar que reparaciones banales o fútiles sean consideradas como emergencia.

Garantía: Los trabajos realizados por el personal autorizado por **GEA**, tendrán una garantía por un mes, garantía que se pierde cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** adelante trabajos con personal diferente al de **GEA** sobre los ya ejecutados o cuando no se avise oportunamente de la existencia de una incidencia sobre dichos trabajos. La garantía aplicara únicamente en los servicios contemplados en este plan, cualquier otro tipo de servicio por conexión que se brinde, diferente a los mencionados, el afiliado deberá de dirigirse ante cualquier reclamo directamente con el proveedor que presto el servicio, liberando de toda responsabilidad a **GEA**.

A. ARMADO DE MOBILIARIO PREENSAMBLADO:

Prevía solicitud vía telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** brindará el servicio de armado de mobiliario preensamblado en áreas internas del **DOMICILIO PERMANENTE**, siempre y cuando el evento sea solicitado a **GEA**. Se excluye de este **SERVICIO** el costo de la compra de materiales o cualquier otro gasto en que incurra **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, serán pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**. **GEA** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los **PROVEEDOR**. El

AFILIADO Y/O BENEFICIARIO en todo momento deberá supervisar y estar presente en el lugar **del EVENTO** para la prestación de los **SERVICIOS**.

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 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 G”**.

B. REUBICACION DE MUEBLES PESADOS EN UNA MISMA SUPERFICIE:

A solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** y cuando por motivos de remodelación o reestructuración en las instalaciones de la **RESIDENCIA** actual, remodelaciones de muebles, dormitorios, etc., y/o por el mismo cambio o traslado de lugar de los muebles dentro de la **RESIDENCIA**, **GEA** enviará a la actual dirección o lugar de **RESIDENCIA** del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** los servicios de una persona (sexo masculino) para que realice dentro de las instalaciones de la **RESIDENCIA** del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** esto para el buen acomodo solicitado por parte del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. Si para una cierta **VIVIENDA AFILIADA** a **GEA**, los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada año calendario en el que haya obtenido el servicio, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para que el excedente sea pagado en forma inmediata por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán supervisar en todo momento las labores realizadas por el personal de **GEA**, y así mismo el costo económico de cualquiera de los materiales que se utilizaran para el desempeño de las labores de estos servicios será por cuenta del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Para la prestación y coordinación de este **SERVICIO**, el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberá de solicitarlos a **GEA** con VEINTE y CUATRO (24) horas de anticipación, por no considerarse los mismos como servicios en emergencia, y estos se brindarán por **GEA** únicamente en los horarios de Lunes a Viernes de 08:00 de la mañana hasta las 05:00 de la tarde del mismo día. Así mismo el tiempo máximo de duración del servicio será de 3 (TRES) horas por evento.

Exclusiones del Servicio: Quedan excluidos del presente servicio cualquier clase de trabajo doméstico (limpieza, lavado, etc.), de mensajería, de jardinería (plantación directa de plantas, flores, limpieza de césped, etc.)

Este servicio será prestado de acuerdo a los montos y límites indicados en el “**Anexo G**”.

C. INSTALACION DE CORTINEROS:

A solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** y cuando por motivos de remodelación o reestructuración en las instalaciones de la **RESIDENCIA** actual requiera la instalación de cortineros por el mismo cambio o traslado de lugar dentro de la **RESIDENCIA**, **GEA** enviará a la actual dirección o lugar de **RESIDENCIA** del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** los servicios de una persona (sexo masculino) para que realice dentro de la **RESIDENCIA** del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** esto para el buen acomodo solicitado por parte del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Si para una cierta **VIVIENDA AFILIADA** a **GEA**, los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada año calendario en el que haya obtenido el servicio, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para que el excedente sea pagado en forma inmediata por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán supervisar en todo momento las labores realizadas por el personal de **GEA**, y así mismo el costo económico de cualquiera de los materiales que se utilizaran para el desempeño de las labores de estos servicios será por cuenta del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Para la prestación y coordinación de este **SERVICIO**, el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberá de solicitarlos a **GEA** con VEINTE y CUATRO (24) horas de anticipación, por no considerarse los mismos como servicios en emergencia, y estos se brindarán por **GEA** únicamente en los horarios de Lunes a Viernes de 08:00 de la mañana hasta las 05:00 de la tarde del mismo día. Así mismo el tiempo máximo de duración del servicio será de 3 (TRES) horas por evento.

Exclusiones del Servicio: Quedan excluidos del presente servicio cualquier clase de trabajo doméstico (limpieza, lavado, etc.), de mensajería, de jardinería (plantación directa de plantas, flores, limpieza de césped, etc.)

Este servicio será prestado de acuerdo a los montos y límites indicados en el “**Anexo G**”.

D. LIMPIEZA DE GARAJE:

A solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** y cuando por motivos de remodelación o reestructuración en las instalaciones de la **RESIDENCIA** actual requiera la Limpieza de Garaje por el mismo cambio o traslado de lugar dentro de la **RESIDENCIA**, **GEA** enviará a la actual dirección o lugar de **RESIDENCIA** del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** los servicios de una

persona (sexo masculino) para que realice dentro de la **RESIDENCIA** del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** esto para el buen acomodo solicitado por parte del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Si para una cierta **VIVIENDA AFILIADA** a **GEA**, los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada año calendario en el que haya obtenido el servicio, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para que el excedente sea pagado en forma inmediata por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán supervisar en todo momento las labores realizadas por el personal de **GEA**, y así mismo el costo económico de cualquiera de los materiales que se utilizaran para el desempeño de las labores de estos servicios será por cuenta del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Para la prestación y coordinación de este **SERVICIO**, el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberá de solicitarlos a **GEA** con VEINTE y CUATRO (24) horas de anticipación, por no considerarse los mismos como servicios en emergencia, y estos se brindarán por **GEA** únicamente en los horarios de Lunes a Viernes de 08:00 de la mañana hasta las 05:00 de la tarde del mismo día. Así mismo el tiempo máximo de duración del servicio será de 3 (TRES) horas por evento.

Exclusiones del Servicio: Quedan excluidos del presente servicio cualquier clase de trabajo doméstico (limpieza, lavado, etc.), de mensajería, de jardinería (plantación directa de plantas, flores, limpieza de césped, etc.)

Este servicio será prestado de acuerdo a los montos y límites indicados en el “**Anexo G**”.

E. LIMPIEZA DE CANOAS EN PRIMERA PLANTA (10 mts lineales):

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera del servicio de Limpieza de Canoas, **GEA** coordinará el envío de un técnico a la **RED DE PROVEEDORES** y especialista en limpieza de canoas para que atienda el servicio solicitado. El **SERVICIO** descrito no cubrirá la limpieza de bajantes de agua. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** podrá dirigirse a **GEA**, para señalar cualquier inconformidad o deficiencia con respecto a los servicios prestados y **GEA** deberá, a su sólo costo, hacer las reparaciones de lugar, hasta el límite descrito en este anexo.

El excedente del **MONTO POR EVENTO** será pagado en forma inmediata por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar y estar presente en el lugar del **EVENTO** para la prestación del **SERVICIO**. 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 Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague con sus propios recursos.

Para la prestación y coordinación de este **SERVICIO**, el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberá de solicitarlos a **GEA** con VEINTE y CUATRO (24) horas de anticipación, por no considerarse los mismos como servicios en emergencia, y estos se brindarán por **GEA** únicamente en los horarios de las 08:00 de la mañana hasta las 05:00 de la tarde del mismo día, durante los 365 días del año. Así mismo el tiempo máximo de duración del servicio será de 3 (TRES) horas por evento.

Exclusiones del Servicio: Quedan excluidos del presente servicio cualquier clase de trabajo doméstico (limpieza, lavado, etc.), de mensajería, de jardinería (plantación directa de plantas, flores, limpieza de césped, etc.)

Durante la ejecución de los trabajos, el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** podrá dirigirse a **GEA**, para señalar cualquier inconformidad o deficiencia con respecto a los servicios prestados. Estos servicios se atenderán en horarios de oficina de lunes a sábado por no considerarse servicios de emergencia. El servicio aquí establecido se brindara de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**Anexo G**”.

SERVICIO DE REFERENCIA

A) REFERENCIA Y COORDINACIÓN DE ENFERMERAS O PERSONAL DE CUIDO A DOMICILIO:

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** necesite referencia de enfermeras o personal dedicado al cuidado y a solicitud del mismo desea coordinar el servicio, **GEA** le proporcionará información y coordinará el envío del mismo del personal o enfermero a través de la **RED PROVEEDORES**. **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** y todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. **GEA** no se hace responsable del servicio que reciba el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** por las referencias brindadas ni por la atención o falta de la misma por parte de la floristería elegida.

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

B. REFERENCIA Y COORDINACIÓN DE TÉCNICOS PARA EL MANTENIMIENTO GENERAL EN EL HOGAR: (fontaneros, cerrajeros, electricista, pintores)

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera de referencia y coordinación de servicios de técnicos fontaneros, cerrajeros, electricista, pintores para el mantenimiento en el hogar, **GEA** a solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, podrá dar referencias de técnicos especializados, que atienda el servicio solicitado, el costo de estos servicios correrá por cuenta del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIOS**.

A solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** se enviará un especialista a su domicilio, para cotizar cualquier trabajo de reparación, mantenimiento, ampliación, o remodelación que este requiera fuera de cualquier situación de emergencia. **GEA** coordinará que el especialista presente simultáneamente al cliente y al servicio de hogar el presupuesto y programa de ejecución. Además analizará y dará sus recomendaciones para que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** decida en definitiva. Una vez que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** haya aceptado el presupuesto por escrito, asumiendo la totalidad del costo de los trabajos a realizar (mano de obra, materiales, entre otros). El servicio aquí establecido se brindara de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**Anexo G**”.

C. REFERENCIA DE CENTROS DE REHABILITACION:

A solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** le proporcionará información actualizada sobre los centros de rehabilitación cercanos al lugar que solicite el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, en el entendido que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** pagará el servicio y demás gastos en que incurra, **GEA** solo le brindará la información de empresas o personas que presten el servicio. **GEA** no se hace responsable del servicio que reciba el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** por las referencias brindadas ni por la atención o falta de la misma por parte de la floristería elegida. El servicio aquí establecido se brindara de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**Anexo G**”.

D. REFERENCIA DE PROFECIONALES EN NUTRICION:

A solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** le proporcionará información actualizada sobre profesionales en nutrición cercanos al lugar que solicite el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, en el entendido que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** pagará el servicio y demás gastos en que incurra, **GEA** solo le brindará la información de empresas o personas que presten el servicio. **GEA** no se hace responsable del servicio que reciba el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** por las referencias brindadas ni por la atención o falta de la misma por parte de la floristería elegida. El servicio aquí establecido se brindara de acuerdo a los montos y eventos máximos establecidos en el “**Anexo G**”.

E. REFERENCIA DE CENTROS DE VENTA DE EQUIPO MEDICO:

A solicitud telefónica del **AFILIADO**, **GEA** le brindará referencia de empresas dedicadas a la venta de accesorios y equipo para: el baño, aparatos auditivos, mobiliario, sillas de ruedas, entre otros. 24 horas los 365 días al año. **GEA** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del proveedor de servicio. Los gastos derivados de la prestación del servicio correrán por cuenta del **AFILIADO**.

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

F. REFERENCIA DE FUNERARIAS:

A solicitud telefónica del **AFILIADO**, **GEA** le brindará referencia de empresas fúnebres 24 horas los 365 días al año. **GEA** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del proveedor de servicio. Los gastos derivados de la prestación del servicio correrán por cuenta del **AFILIADO**.

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

A. REFERENCIAS ODONTOLÓGICAS:

En caso que el **AFILIADO** requiera referencia de centros odontológicos para la atención odontológica, por algún tratamiento dental no urgente, previa solicitud telefónica, **GEA** brindara la referencia de las clínicas dentales que formen parte de la **RED PROVEEDORES** más cercana donde el **AFILIADO** podrá asistir a consulta. Todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por el **AFILIADO**.

GEA no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del proveedor de servicio. Los gastos derivados de la prestación del servicio correrán por cuenta del **AFILIADO**.

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

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

A estas Condiciones Generales les son aplicables las exclusiones y limitaciones previstas para cada uno de los **SERVICIOS**. Es entendido que además no quedarán cubiertas por las disposiciones de estas condiciones además los siguientes:

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 **GEA**.

La preexistencia: para efectos del presente contrato se entiende por preexistencia cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, conocida o diagnosticada con

anterioridad a la fecha de inicio del contrato. Por lo anterior a criterio de **GEA** no se prestarán los **SERVICIOS** materia de este instrumento en situación de preexistencia, además si se presentan los siguientes supuestos, por mencionar pero sin limitar y a entera discreción de **GEA** su comprobación:

- Que la enfermedad haya sido diagnosticada por un médico o 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 preexistencia.
- Mala fe del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, comprobada por el personal de **GEA** o si en la petición mediere mala fe.
- Eventos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, ciclones, terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpo de seguridad. Energía nuclear.
- Cuando el **AFILIADO** no se identifique como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** de los **SERVICIOS**.

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL 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:

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

b) 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 a la línea de emergencia especificado para tal efecto y le suministrará al funcionario de **GEA** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, 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.

c. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **GEA** 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, **GEA** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los **SERVICIOS** relacionados con el presente contrato ni frente a **ICE** ni frente al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

kölbi Asistencia Dorada

El plan kölbi Asistencia Dorada está diseñado con diferentes asistencias pensadas para apoyarle en esas situaciones médicas de forma preventiva o emergencial.

