

## **Condiciones Generales**

### **“kölbi Médica Esencial”**

El presente documento forma parte del Acuerdo de Asociación Empresarial entre **el Instituto Costarricense de Electricidad de Costa Rica y Grupo Especializado de Asistencia GEA de Costa Rica S.A.**

#### **GLOSARIO DE TÉRMINOS.**

#### **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.

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

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

**AFILIADO TITULAR**: 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**, el cónyuge, hijos menores de (dieciocho) 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del **AFILIADO**, quienes podrán gozar de algunos de los **SERVICIOS** a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

**SERVICIOS**: Hace referencia a todos los servicios de **ASISTENCIA MÉDICA** contemplados en el producto contratado por el **AFILIADO** de acuerdo a los montos y eventos máximos que se estipulan en el **ANEXO “TABLA DE PRESTACIONES ASISTENCIALES”** y cuyas definiciones se refiere el presente documento.

**EVENTO**: Toda situación de asistencia que se presente al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, siempre y cuando la causa que la origine sea independiente a cualquier solicitud de asistencia previa en una misma emergencia.

**FECHA DE INICIO**: Fecha a partir de la cual los **SERVICIOS** que ofrece **GEA** estarán a disposición del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** 24/7/365. 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**.

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

**RESIDENCIA PERMANENTE:** El domicilio permanente que manifieste tener un **AFILIADO** 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** haya notificado a **ICE** con posterioridad a la firma del mencionado contrato, domicilio que será considerado como el del **AFILIADO** 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:** Equipo de asistencia **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar servicios de Asistencia médica al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

**PROVEEDOR:** Es el personal (**MÉDICO**) y demás equipo de 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.

**TOMA DE SIGNOS VITALES:** Se refiere únicamente a la toma de Tensión arterial, Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, Pulso y Temperatura, por un profesional de la salud

**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:

1. Que la enfermedad haya sido diagnosticada por un médico.
2. Que la enfermedad haya sido aparente a la vista.
3. Que por sus síntomas y signos, no pudo pasar desapercibida.
4. 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.
5. En todos los casos, corresponde al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** comprobar la no preexistencia.

### **“ASISTENCIA MÉDICA”**

#### **A. Consulta Médica On-Line "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 en un horario de 09:00 am a 21:00 hrs de lunes a viernes o consulta telefónica 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.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **B. Orientación Médica Telefónica 24/7/365:**

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** podrá realizar consultas médicas telefónicas 24 (veinticuatro) horas, los 7 (siete) días de la semana, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, con un médico de **GEA**, 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.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **C. Consulta Médica General en Clínica GEA:**

**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, 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. Este beneficio podrá ser utilizado por un máximo de una (1) ocasión por mes ya sea para el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O**

**BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**. 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. Este servicio se brindará en el Gran Área Metropolitana y cabeceras de provincia. Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **D. Consulta Médica General en Clínicas de la red:**

**GEA** coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** previa consulta médica online o telefónica, a una clínica de la RED de PROVEEDORES de **GEA** con un médico general para una consulta, 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. Este beneficio podrá ser utilizado por un máximo de una (1) ocasión por mes ya sea para el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**. 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. Este servicio se brindará en el Gran Área Metropolitana y cabeceras de provincia. Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **E. Traslado Médico Terrestre (ambulancia) por emergencia:**

En caso que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** sufra un accidente automovilístico que les provoque lesiones o traumatismos, o una enfermedad repentina, tales que constituyan una urgencia médica y requieran su hospitalización, previa autorización del **EQUIPO MÉDICO** de **GEA**. **GEA** coordinará y brindará un traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de que no se cuente con proveedores privados para brindar el servicio, **GEA** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar 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 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**.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **F. Consulta Odontológica Diagnóstica:**

En caso de que el **AFILIADO** requiera de una consulta odontológica de diagnóstico (necesaria para determinar o prevenir posibles enfermedades odontológicas, **GEA** coordinará una cita en horas hábiles con un odontólogo de clínicas de la RED de **PROVEEDORES**. Este servicio comprende un chequeo completo de la cavidad oral realizado por el Odontólogo para prevenir o diagnosticar, una enfermedad en los dientes o encías). En caso de que el **AFILIADO** requiera de una Limpieza Dental profunda esta se brinda con costo preferencial. Cualquier otro servicio o atención que el **AFILIADO** requiera, deberá cancelarlo con su propio peculio. Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”

#### **G. Aplicación de sueros e inyecciones en clínicas de la red:**

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera de los servicios de aplicación de sueros e inyecciones, **GEA** coordinará cita con el **PERSONAL MÉDICO** de la Clínica de la RED de **PROVEEDORES** para proceder con la aplicación, siempre y cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** presente el suero y/o las inyecciones que previamente le fueron indicadas y recetadas por un profesional médico de la red de **GEA**. El costo de cualquier otro servicio o costo de medicamentos serán pagados directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos. 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**.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **H. Toma de signos vitales en Clínicas de la red**

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera de los servicios de toma de presión arterial, **GEA** coordinará con el **PERSONAL MÉDICO** de la Clínica de **GEA** o de la RED de **PROVEEDORES** para proceder con su solicitud. Y previa prescripción médica del médico **GEA** coordinará la asistencia, tal servicio se refiere únicamente a la toma de Tensión arterial, Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, Pulso y Temperatura, por un profesional de la salud. El costo de cualquier otro servicio o costo de medicamentos serán pagados directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.

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**.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **I. Orientación Nutricional Telefónica:**

Prevía solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** vía telefónica, **GEA** pondrá a su disposición, información u orientación acerca de consejería alimentaria, dietas y complementos nutricionales. **GEA** no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte del profesional de la salud, ni de los gastos en que se incurran por el seguimiento de algún consejo alimentario, dieta o complemento nutricional.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **J. Orientación Telefónica Psicológica:**

Prevía solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** vía telefónica, **GEA** brindará orientación telefónica con un Psicólogo de la RED de PROVEEDORES donde a través de la escucha confidencial se brindará orientación focalizada al problema que en ese momento el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** necesite superar, con la posibilidad de plantear y revisar emociones, pensamientos o conductas que le preocupan, con el objetivo de favorecer su bienestar emocional. **GEA** no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte del Psicólogo elegido.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **K. Interpretación de estudios de laboratorio vía telefónica:**

**GEA** pondrá a disposición del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, al PERSONAL MÉDICO de **GEA** las 24 horas los 365 días del año, para que puedan brindar una orientación en la interpretación de los resultados de estudios de laboratorio que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** se haya realizado, previa solicitud telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para tal efecto. **GEA** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones en la interpretación de los resultados y los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación en la interpretación y siempre será requerido el chequeo personal con el médico de cabecera del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para obtener un diagnóstico y/o plan de tratamiento. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar la prestación del **SERVICIO**.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **L. Examen de la vista:**

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, necesite realizarse un examen de la vista, **GEA** le coordinará y referirá a una Optica, para la práctica de dicho examen por parte de un Optometrista. Se excluye de este servicio la interpretación del examen realizado y demás gastos en que incurra serán asumidos por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** bajo sus propios recursos. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar la prestación del **SERVICIO**.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **M. Coordinación de envío de enfermeras 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**. El costo de los servicios de enfermería será pagado directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos. **GEA** únicamente realizará la coordinación del este servicio bajo las condiciones operativas del PROVEEDOR. Este servicio se brindará con un costo preferencial. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **N. Red de descuentos con Médicos Especialistas:**

Prevía solicitud telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** proporcionará información sobre los médicos especialistas con los que cuente dentro de su **RED de PROVEEDORES**, a precio preferencial. **GEA** no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte del establecimiento elegido. Este servicio se brindará con un costo preferencial y el costo de los servicios será pagado directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **O. Red de descuentos en Exámenes de Laboratorio:**

Prevía solicitud telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** proporcionará información sobre los laboratorios clínicos con los que cuente dentro de su RED de PROVEEDORES, a precio preferencial, para que el **AFILIADO Y/O BENEFICIO** pueda realizarse el examen de laboratorio

que requiera. **GEA** no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte del laboratorio clínico elegido. Este servicio se brindará con un costo preferencial y el costo de los servicios será pagado directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **P. Red de descuentos en Rayos X, Ultrasonidos y Tomografías:**

Prevía solicitud telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** proporcionará información sobre las clínicas con las que cuente dentro de su RED de PROVEEDORES, a precio preferencial, para que el **AFILIADO Y/O BENEFICIO** pueda realizarse el examen Rayos X, Ultrasonidos y/o Tomografías según lo requiera. **GEA** no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte del laboratorio clínico elegido. Este servicio se brindará con un costo preferencial y el costo de los servicios será pagado directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

#### **Q. Red de descuentos en Ópticas:**

Prevía solicitud telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** proporcionará información sobre las ópticas con las que cuente dentro de su RED de PROVEEDORES, a precio preferencial, para que el **AFILIADO Y/O BENEFICIO** pueda realizarse un examen o bien adquirir algún lente, aro, etc. **GEA** no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada por parte del laboratorio clínico elegido. Este servicio se brindará con un costo preferencial y el costo de los servicios será pagado directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.

Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en la “Tabla de Prestaciones Asistenciales”.

### **“LIMITACIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA”**

Además de las limitaciones antes indicadas, se deben tener en cuenta que:

No son objeto de los **SERVICIOS** las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- a. Las situaciones de asistencia que en su momento no fueron reportadas para ser solicitadas y por dicho motivo no fueron coordinadas para su atención por el centro de atención telefónica, operadores y funcionarios de **GEA** sin excepción alguna.
- b. Los servicios recibidos por parte de terceros en virtud de haber presentado alguna situación de asistencia solicitados directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** sin haberlos solicitado a **GEA**, sin excepción alguna.

- c. La mala fe del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, comprobada por el personal de **GEA**.
- d. Los producidos en forma culposa.
- e. Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, paros huelgas, bloqueos, etc.
- f. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- g. La energía nuclear radiactiva.
- h. Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad.
- i. La ingestión de drogas, alcohol, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- j. Enfermedades mentales padecidas por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIOS**.
- k. La adquisición y uso de prótesis, órtesis o anteojos.
- l. Durante el embarazo, se brindará únicamente el servicio en caso de emergencia.
- m. Prácticas deportivas en competencia o deportes extremos.
- n. Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** hagan uso de palabras altisonantes.
- o. Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** incurran en falsedad.
- p. Bajo ningún concepto, situación o circunstancia procederá REEMBOLSO o RESTITUCION alguna por la falta de cumplimiento al proceso general de solicitud de servicio de asistencia relacionado con el presente plan por parte de **GEA**.

#### **“OBLIGACIONES DEL AFILIADO Y/O BENEFICIARIO”**

Con el fin de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **GEA**.
2. Dar aviso oportuno a **GEA** del cambio de **RESIDENCIA PERMANENTE DEL TITULAR**. Queda entendido que en caso de que el **AFILIADO TITULAR** establezca su **RESIDENCIA PERMANENTE** en un lugar distinto al territorio distinto al del país en el cual contrató los **SERVICIOS**, la relación entre **GEA** y el **AFILIADO TITULAR** se tendrá por extinta, con lo cual **GEA** se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente Reglamento al Plan de Asistencia y el **AFILIADO TITULAR** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.
3. Realizar cuando este proceda, el respectivo reporte de cambio de domicilio en su contrato de cliente con ICE.
4. Estar al día con el pago de la línea celular y con el servicio **GEA**.
5. 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.

#### **PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA**

En caso de que un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera de los servicios contemplados, se procederá de la siguiente forma:

1. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** que requiera del servicio se comunicará con **GEA** al número telefónico **2211-6572** designado como piloto telefónico, de manera inmediata al presentarse la emergencia o necesidad.
2. El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** procederá a suministrarle al funcionario de **GEA** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.
3. Queda entendido que el personal de **GEA** únicamente prestará los servicios contemplados en este Reglamento del Plan de Asistencia, a las personas que figuren como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en la última lista de **AFILIADOS** activos ICE. De este modo, ICE asume la responsabilidad de mantener totalmente actualizada la lista de **AFILIADOS** activos.
4. 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.
5. En caso de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados **GEA** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados con el presente plan de asistencia.

### **GENERALIDADES**

1. **GEA** queda excluida de cualquier responsabilidad por los daños y perjuicios por los servicios no prestados directamente por sus colaboradores.
2. ICE DE COSTA RICA S.A., queda excluida de toda responsabilidad de las obligaciones que surjan entre **GEA** y los **AFILIADOS**. Todo reclamo por servicio no ofrecido directamente, deberá hacerse al **PROVEEDOR** respectivo.
3. El presente documento aplica únicamente para Costa Rica.
4. Para poder recibir los servicios aquí indicados, es necesario que el **AFILIADO** haya autorizado el cargo automático del Plan de Asistencia a su línea telefónica.
5. Para suscribirse es necesario que el **AFILIADO TITULAR** conozca y acepte anticipadamente las condiciones y limitaciones del programa, mismas que se encuentran estipuladas en este documento.
6. El simple acto de autorizar el cargo automático, tal y como se describe en este reglamento,

dará por hecho que él o la participante, conoce de la existencia de las condiciones y limitaciones a las cuáles se adhieren.

7. El presente programa se rige por este Reglamento, y en forma supletoria y complementaria se tiene por incorporada la legislación nacional, la jurisprudencia judicial y administrativa, así como las resoluciones de la Comisión Nacional del Consumidor, en cuanto sean aplicables.
8. **GEA** se reserva el derecho de determinar de acuerdo a los intereses de la actividad y de los derechos de los consumidores, los casos en que se incumpla con los artículos anteriores.
9. Las pruebas que sustenten actos como los descritos en los puntos anteriores, serán las que de acuerdo a los principios y leyes judiciales, sean las más comunes y/o permitidas por los Tribunales de Justicia.
10. Cualquier asunto que se presente con este programa y que no se encuentre previsto en el presente reglamento, será resuelto por **GEA** en estricto apego a las leyes de la República de Costa Rica
11. **GEA** no intervendrá, ni tendrá responsabilidad alguna por los inconvenientes o problemas o discusiones que se presenten entre prestatarios de servicios y cualquier AFILIADO, en relación o disputa a un servicio contratado. Estos conflictos deben ser resueltos por las partes, y si no pueden resolverlo, deberán recurrirán a un Tribunal de Resolución Alternativa de Conflictos (RAC), pero nunca se hará resolver el problema al patrocinador.
12. El servicio de Asistencia **GEA** podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, sin necesidad de alegar incumplimiento o responsabilidad para ICE o para el afiliado, en el momento que lo estimen conveniente; lo anterior con la obligación de dar aviso previo de treinta días naturales, la comunicación será de forma escrita.