ANEXO D
CONDICIONES GENERALES
PLAN ASISTENCIA MEDI PYMES

GLOSARIO DE TÉRMINOS.
DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen **CREDOMATIC** 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.

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

PROPIETARIO: Es la persona física propietaria del **COMERCIO** que haya contratado a través de **CREDOMATIC** el servicio **"ASISTENCIA MEDI PYMES"** y que efectivamente se encuentre registrado en la base de datos que para tal efecto **CREDOMATIC** valida a **GEA**.

BENEFICIARIO: Dentro de éste programa de asistencia se entenderá como Beneficiarios al administrador, colaborador y/o cliente del **COMERCIO AFILIADO,** en el momento de la emergencia y es quien podrá utilizar los **SERVICIOS** a los que tiene derecho 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 administrador con facultad o propietario del **COMERCIO AFILIADO** de acuerdo a los estipulado en este Contrato principal y cuyas definiciones se refieren en el presente documento.

SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho o acto del hombre, accidente a un ocurrido en los términos, características y limitaciones establecidas en el cuerpo del presente documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**. El Servicio que se ofrece por medio del presente documento, comprende aquellos hechos aislados que sufran los contratantes del servicio, no comprende EXPRESAMENTE, DESASTRES NATURALES TALES COMO HURACANES, INUNDACIONES, TERREMOTOS, TORNADOS, MAREMOTOS, ESTALLIDOS Y ERUPCIONES VOLCÁNICAS, ETC., NI LAS SITUACIONES DE PARÁLISIS ORIGINADAS POR EL HOMBRE, COMO MOTINES, TERRORISMO, MILICIA, HUELGAS, PAROS, CIERRES O BLOQUEOS DE CARRETERA, que impiden que **GEA** pueda ofrecer el servicio al **COMERCIO AFILIADO**. Tampoco se considerarán comprendidas aquellas situaciones que sin ser desastres impidan brindar físicamente servicios, tales como deslizamientos o terraplenes en carretera, ruptura o eliminación de puentes por fuertes lluvias, etc., que dependan de la reparación y remoción de desechos para restablecer las comunicaciones en vías y carreteras. Los casos serán analizados particularmente y el servicio de asistencia se dará; siempre y cuando sea posible brindarlo.

EVENTO: Toda situación de asistencia que se presente al **COMERCIO AFILIADO** siempre y cuando la causa que lo origine sea independiente a cualquier solicitud de asistencia previa en una misma emergencia.
ACCIDENTE: Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales al administrador o propietario, colaborador o cliente del **COMERCIO AFILIADO** causado única y directamente por una causa

externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad previa y la preexistencia) que ocurra durante la vigencia del presente documento.

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los **SERVICIOS** que ofrece **GEA** estarán a disposición del **COMERCIO AFILIADO**. Esto es veinticuatro (24) horas despues de la suscripción e inclusión del contrato y del cargo del plan en los sistemas de **CREDOMATIC**.

COMERCIO AFILIADO: El comercio que manifieste tener un administrador o propietario en el contrato que maneje con **CREDOMATIC** dentro de Costa Rica y que haya celebrado con esta empresa o cualquier otro domicilio que el administrador o propietario haya notificado a **CREDOMATIC** con posterioridad a la firma del mencionado contrato, que será considerado como el 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 Médica a un administrador o propietario, colaborador o cliente del **COMERCIO AFILIADO**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

EMERGENCIA: Para efectos del servicio de asistencia en el comercio, se considera **EMERGENCIA** una situación accidental y fortuita que deteriore el **COMERCIO AFILIADO** (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 del **COMERCIO AFILIADO**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

SERVICIOS AL COMERCIO AFILIADO: Las coberturas relativas al **COMERCIO AFILIADO** son las relacionadas en el **ANEXO C "TABLA DE PRESTACIONES ASISTENCIALES MEDI PYMES"**, 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 para cada uno de dichos servicios en el **ANEXO C** del presente Contrato.

PROVEEDOR: Es el **PERSONAL MÉDICO** y demás equipo de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar los **SERVICIOS** a un **COMERCIO AFILIADO**, 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 administrador o propietario, colaborador o cliente del **COMERCIO AFILIADO**, 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.

En todos los casos, corresponde **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** del **COMERCIO AFILIADO** comprobar la no preexistencia.

"ASISTENCIA MÉDICA"

A. Consulta Médica On-Line "E-Doctor":

El **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** del **COMERCIO AFILIADO** podrá realizar una consulta médica online 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, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **PROPIETARIO 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 **PROPIETARIO 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 **PROPIETARIO 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. Asimismo, **GEA** exime de responsabilidad a **CREDOMATIC** por cualquier hecho externo relacionado con la prestación de los servicios.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

B. Consulta Médica General en Clínica GEA:

GEA coordinará la visita del **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** previa consulta médica online o telefónica, en Clínica **GEA** con un médico general para una consulta, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **PROPIETARIO 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 mismo.

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 **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO**. Se excluye de este servicio el costo de medicamentos.

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 **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo preferencial, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio. Asimismo, **GEA** exime de responsabilidad a **CREDOMATIC** por cualquier hecho externo relacionado con la prestación de los servicios.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

C. Consulta Médica General al Comercio:

GEA coordinará la visita de un Médico General de la **RED DE PROVEEDORES** al **COMERCIO AFILIADO,** previa consulta médica online o telefónica del **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** al para la consulta correspondiente a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del administrador o propietario, colaborador o cliente, ya sea por accidente o por enfermedad que le impida trasladarse a un centro médico. Se excluye de este servicio el costo de medicamentos, estudios o procedimientos, solo los honorarios del MEDICO.

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 **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio. Asimismo, **GEA** exime de responsabilidad a **CREDOMATIC** por cualquier hecho externo relacionado con la prestación de los servicios.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

D. Check Up Anual en Clínicas de la red:

GEA coordinará la visita del **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** en Clínica GEA para un Check Up Anual que incluye:

I. Consulta con Médico General: Para una consulta, a efecto de realizar las valoraciones médicas correspondientes.
II. Exámenes de Laboratorio en clínicas de la red a escoger máximo dos exámenes entre: Glucosa, Colesterol, Triglicéridos o Exámen General de Orina.
III. Consulta de Interpretación de resultados de los estudios vía telefónica / e-doctor: Interpretación de los resultados de diagnósticos de laboratorio, previa solicitud telefónica del administrador o propietario para tal efecto.

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 **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio. El **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** podrá utilizar el beneficio una vez transcurrido un (1) mes posterior a la inscripción al programa. Asimismo, **GEA** exime de responsabilidad a **CREDOMATIC** por cualquier hecho externo relacionado con la prestación de los servicios.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

E. Exámen de laboratorio:

A solicitud del **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO**, previa orientación médica online o telefónica**, GEA** coordinará una cita para realizarse un estudio clínico de laboratorio, siempre y cuando sean prescritos y autorizados por el **EQUIPO MEDICO DE GEA**, realizándose con una orden médica en los laboratorios de la red y que comprende cualquiera de los que se mencionan a continuación hasta un máximo de dos (2) estudios por cada doce (12) meses.

- Hemograma
- Colesterol.
- Triglicéridos
- Glicemia

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 **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

F. Servicios de Enfermería en Clínica GEA: (Oxigenación, Curaciones, Suturas, Toma de Signos Vitales, Retiro de Puntos):

En caso que el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** requiera alguno de los siguientes servicios, previa consulta médica online o telefónica, podrá recibir asistencia de enfermería en Clínica **GEA** de:

- Oxigenación: Procedimiento médico, consistente en la administración de un fármaco o elemento terapéutico mediante vaporización a través de la vía respiratoria. La sustancia a ser administrada se combina con un medio líquido, frecuentemente solución salina, para luego con la ayuda de un gas, generalmente oxígeno, crear un vapor que pueda ser inhalado por el paciente. La sesión de oxigenación es de máximo 30 minutos. Quedará a cargo del administrador o propietario, colaborador o clientes el costo de material utilizado.

- Curaciones y/o Suturas menores: Heridas superficiales que no comprometan planos profundos (piel y tejido graso), zonas de pliegue cutáneo y/o con riesgo de retracción (orejas, párpados, labios, nariz, etc), sin compromiso vascular, nervioso y/o tendinoso.

- Toma de signos vitales (temperatura y Sat de Oxigeno): Se refiere únicamente a la toma de Tensión arterial, Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, Pulso y Temperatura, por un profesional de la salud.

- Retiro de puntos: Consiste en extraer parcial o totalmente las suturas de una herida cicatrizada.

Los servicios se atenderán previa cita realizada a través de una coordinación telefónica con **GEA**. La cita será programada con un máximo de tiempo de 3 horas posteriores a la llamada. Si el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** quiere ser atendido sin previa cita, este deberá esperar la confirmación por parte de **GEA** de la vigencia de su plan. Se cubrirá los honorarios del médico.

Se excluye de este **SERVICIO** los medicamentos e insumos. 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 proporcionar el servicio, comunicárselo al **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio. El excedente por evento, será cubierto por el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

G. Traslado Médico Terrestre (ambulancia) por emergencia o accidente en el comercio:

En caso que el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** sufra un accidente dentro de las instalaciones del **COMERCIO AFILIADO** 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 **PROPIETARIO 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 proporcionar el servicio, comunicárselo al **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio. El excedente por evento, será cubierto por el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

H. Orientación Médica Telefónica:

El **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** podrá realizar consultas médicas telefónicas 24/7 con un médico de **GEA**, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **PROPIETARIO 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 **PROPIETARIO 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 **PROPIETARIO 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 el Anexo C.

I. Orientación Nutricional Telefónica:

Previa solicitud del **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** vía telefónica, **GEA** pondrá a su disposición, información y 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. Todos los demás gastos en que se incurran por el seguimiento de algún consejo alimentario, dieta o complemento nutricional correrán por cuenta del **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO.**
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

J. Orientación Psicológica Telefónica (emocional) :

Previa solicitud del **PROPIETARIO 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 **PROPIETARIO 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 el Anexo C.

K. Interpretación de estudios de laboratorio vía telefónica:

GEA pondrá a disposición del **PROPIETARIO 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 administrador o propietario o un colaborador se haya realizado, previa solicitud telefónica 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 **PROPIETARIO 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 para obtener un diagnóstico y/o plan de tratamiento. El **PROPIETARIO 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 el Anexo C.

L. Coordinación de envío de enfermeras al Comercio Afiliado:

En caso que el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** requiera de los cuidados de una enfermera por enfermedad o accidente, **GEA**, previa solicitud vía telefónica, **GEA** podrá coordinar el envío de una enfermera (o) de la **RED** de **PROVEEDORES** al **COMERCIO AFILIADO**, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita en la localidad donde se encuentre el **COMERCIO AFILIADO**.

El costo de los servicios de enfermería será pagado directamente por el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** del **COMERCIO AFILIADO** 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 **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar la prestación de los **SERVICIOS**. Se excluye de este **SERVICIO** los medicamentos e insumos.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

M. Red de descuentos en Centros Médicos:

Previa solicitud telefónica del **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** proporcionará información sobre los Centros Médicos (hospitales, laboratorios, farmacias, ópticas) 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. El costo de todo medicamento obtenido servicio se brindará con un costo preferencial.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

N. Red de descuentos en Ópticas de la red:

Previa solicitud telefónica del **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** proporcionará información sobre las ópticas con las 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. El costo de todo medicamento obtenido servicio se brindará con un costo preferencial.
Este servicio se brindará de acuerdo a los montos y eventos máximo establecidos en el Anexo C.

“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 **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** del sin haberlos solicitado a **GEA**, sin excepción alguna.
c. La mala fe del **PROPIETARIO 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 **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO**.
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.
m. Cuando el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** hagan uso de palabras altisonantes.
n. Cuando el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** incurran en falsedad.
o. 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 PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO DEL COMERCIO AFILIADO"

Con el fin de que el **PROPIETARIO 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 **CREDOMATIC** del cambio de **COMERCIO AFILIADO.** Queda entendido que en caso de que el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** establezca un lugar distinto del **COMERCIO AFILIADO** al del país en el cual contrató los **SERVICIOS**, la relación entre **GEA** y el **COMERCIO AFILIADO** 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 administrador o propietario del **COMERCIO AFILIADO** 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 **CREDOMATIC**.

4. Estar al día con el pago del plan **ASISTENCIA MEDI PYMES.**

5. Identificarse como **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** o 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 el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** requiera de los servicios contemplados, se procederá de la siguiente forma:

1. El **PROPIETARIO** del **COMERCIO AFILIADO** deberá comunicará a **CREDOMATIC** al número telefónico que este defina de manera inmediata al presentarse la emergencia o necesidad.

2. El **PROPIETARIO** procederá a suministrarle al funcionario de **CREDOMATIC** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** al programa **ASISTENCIA MEDI PYMES,** así como suministrar todos los demás datos que sean necesarios con el fin de que se le pueda prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta del **COMERCIO AFILIADO**; un número telefónico; descripción 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 de los **COMERCIOS** que figuren como **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** según **CREDOMATIC**. De este modo, **CREDOMATIC** asume la responsabilidad de mantener totalmente actualizada la lista de **AFILIADOS** activos.

4. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **GEA** le prestará al **PROPIETARIO 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 **PROPIETARIO 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. El presente documento aplica únicamente para Costa Rica.

2. Para poder recibir los servicios aquí indicados, es necesario que el **COMERCIO AFILIADO** haya autorizado el cargo automático del Plan **ASISTENCIA MEDI PYMES.**

3. Estar afiliado al **PLAN DE ASISTENCIA MEDI PYMES,** se requiere que el **PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO** conozca y acepte las condiciones y limitaciones del programa, mismas que se encuentran estipuladas en este documento.

4. El simple acto de autorizar el cargo automático, tal y como se describe en este reglamento, dará por hecho que el **COMERCIO AFILIADO**, conoce de la existencia de las condiciones y limitaciones a las cuáles se adhieren.