

SEGURO AUTOEXPEDIBLE "PLENITUD" CONDICIONES GENERALES

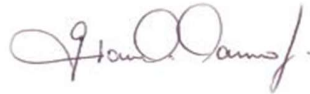
ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	2
DEFINICIONES	2
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	3
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN.....	3
ÁMBITO DE COBERTURA	3
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	3
2. COBERTURA BÁSICA.....	3
3. COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	4
SECCIÓN II: EXCLUSIONES	6
4. EXCLUSIONES.....	6
SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES	8
5. SUMA ASEGURADA.....	8
6. PERÍODO DE COBERTURA A BASE DE OCURRENCIA.....	8
7. DEDUCIBLE.....	8
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	8
8. BENEFICIARIO.....	8
OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES	8
9. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	8
10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y EL GRUPO FAMILIAR ANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	8
11. DECLARACIONES INEXACTAS O FRAUDULENTAS EN LA RECLAMACIÓN.....	9
12. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO.....	9
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	9
13. PAGO DE LA PRIMA.....	9
14. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS.....	9
15. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA.....	9
16. PERÍODO DE GRACIA.....	9
RECARGOS Y DESCUENTOS	9
17. RECARGOS Y DESCUENTOS.....	9
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	9
18. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.....	9
19. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO.....	10
20. PAGO DE RECLAMACIONES.....	10
21. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS.....	11
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	11
22. VIGENCIA DEL SEGURO.....	11
23. RENOVACIÓN.....	11
24. TERMINACIÓN DEL SEGURO.....	11
CONDICIONES VARIAS	11
25. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN.....	11
26. EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN.....	11
27. ELEGIBILIDAD.....	12
28. REHABILITACIÓN.....	12
29. DERECHO DE RETRACTO.....	12
30. NULIDAD DE LA PÓLIZA.....	12
31. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.....	12
32. MONEDA.....	12
33. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.....	13
34. LIMITACIÓN POR SANCIONES.....	13
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	13
35. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS.....	13
36. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	13
COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	13
37. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	13

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (en adelante conocida como la "COMPAÑÍA"), y de acuerdo con lo establecido en la Póliza de Seguro, se emite este Seguro AUTOEXPEDIBLE de acuerdo con las Condiciones Generales que a continuación se establecen y las declaraciones hechas por el Asegurado nombrado en la Propuesta de Seguro.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma se supedita al correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos los dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

DEFINICIONES

Para todos los efectos, los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones.
2. **ASEGURADO:** Persona cubierta por esta Póliza y debidamente registrada en la Propuesta de Seguro.
3. **BENEFICIARIO:** Persona física a quien se le reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este seguro autoexpedible.
4. **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas predisuestas registradas ante SUGESE.
5. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Condición física o enfermedad que ha sido investigada, diagnosticada o tratada con anterioridad a la fecha de la contratación de la Póliza.
6. **DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación realizada por el Asegurado en la Propuesta de Seguro.
7. **DEPOSITO DE GARANTÍA:** Cantidad de dinero en efectivo entregada por el Asegurado al proveedor perteneciente a la red de la Prestadora de Servicios, como garantía para la prestación del servicio de Alquiler de Equipo Médico Duradero.
8. **DOMICILIO:** Uso habitacional y habitual del Asegurado en territorio de la República de Costa Rica.
9. **ENFERMEDAD:** Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales.
10. **ENFERMEDAD CRÓNICA:** Enfermedad grave e incurable que puede ser controlada bajo cuidados médicos especiales y específicos.
11. **ENFERMERO(A):** Persona certificada legalmente autorizada para atender el cuidado de los enfermos, heridos o lesionados.
12. **EQUIPO MÉDICO DURADERO:** Equipo y suministros médicos, prescritos por un especialista de la salud, diseñados para uso diario y/o continuo.
13. **FAMILIARES:** Son familiares del Asegurado su cónyuge o compañero permanente y sus hijos.
14. **FRACTURA:** Rotura de un hueso que tiene como consecuencia la separación completa de la sustancia ósea, es decir, la pérdida de la continuidad del tejido óseo que debe ser diagnosticado por un Médico y soportado por estudios radiológicos. Se consideran Fracturas cubiertas las descritas en la Tabla de Lesiones "A" detallada en la Cobertura Básica de Fractura de Huesos.
15. **GRUPO FAMILIAR:** Conjunto de personas formado por el Asegurado y sus Familiares.
16. **HUESO:** Estructura orgánica rígida, compuesta por células y minerales que brinda sostén y protección al cuerpo humano.

17. **LESIÓN:** Menoscabo corporal y accidental que ocurre durante la vigencia de la Póliza.
18. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica el cual deberá estar debidamente inscrito, vigente y autorizado ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Sin perjuicio de lo anterior, el médico ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer grado o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
19. **OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES:** Persona autorizada para distribuir Seguros Autoexpedibles.
20. **OSTEOPOROSIS:** Enfermedad que provoca la disminución de minerales en los huesos, causando que pierdan la fuerza, se vuelvan quebradizos y susceptibles de Fracturas.
21. **PLAN:** Opciones de aseguramiento predeterminadas en la Propuesta de Seguro.
22. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia a través de su red proveedores.
23. **PROPUESTA U OFERTA DE SEGURO:** Documento que contiene la oferta que realiza la Compañía y las condiciones particulares que declara el Asegurado.
24. **SUMA ASEGURADA:** Es el valor para cada cobertura que define el Asegurado en la Propuesta de Seguro, de acuerdo con el Plan elegido, cuyo importe es la cantidad máxima a la que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
25. **TOMADOR:** Persona que contrata el seguro. Es a quien corresponde el pago de las primas.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

La Póliza de Seguro se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales y Propuesta de Seguro. La interpretación de la Póliza tiene el siguiente orden de prelación: La Propuesta de Seguro está sobre las Condiciones Especiales y éstas sobre las Condiciones Generales.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

2. COBERTURA BÁSICA

2.1. COBERTURA BÁSICA DE FRACTURA DE HUESOS

La Compañía pagará al Asegurado la indemnización que corresponda si durante el periodo de vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días seguidos del mismo, el Asegurado sufre una de las Fracturas indicadas en la Tabla de Lesiones "A" que se muestra a continuación.

TABLA DE LESIONES "A"

FRACTURA	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA A INDEMNIZAR
FÉMUR	100%
CADERA	100%
PELVIS	100%
COLUMNA VERTEBRAL	80%
TIBIA	60%
PERONÉ	60%
TOBILLOS	60%
CRÁNEO	50%
HÚMERO	25%
RADIO	25%



CÚBITO	25%
--------	-----

La indemnización de esta cobertura se encuentra sujeta a:

- I. Ser diagnosticada por un Médico especialista.
- II. En caso de Siniestro, la indemnización será calculada aplicando un porcentaje a la Suma Asegurada del Plan contratado, el porcentaje a indemnizar de esa suma asegurada será el correspondiente a la Fractura que sufra el Asegurado según se indica en la Tabla de Lesiones "A".
- III. Si como consecuencia de un mismo Accidente, el Asegurado sufre más de una Fractura descrita en la Tabla de Lesiones "A", la indemnización no excederá el monto de la Suma Asegurada contratada.
- IV. La Compañía indemnizará al Asegurado por cualquier Fractura descrita en la Tabla de Lesiones "A" debido a Osteoporosis o Fractura patológica solamente si el diagnóstico de estas es conocido por primera vez en el momento de ocurrencia del Accidente.
- V. Toda Fractura descrita en la Tabla de Lesiones "A" será indemnizada una sola vez durante la vigencia del seguro.

3. COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA:

Como parte complementaria a las coberturas descritas anteriormente, el Asegurado y/o los demás miembros del Grupo Familiar, cuando corresponda, contarán con los servicios de asistencia descritos a continuación, según sean contratados y así conste en la Propuesta de Seguro.

Para efectos de límites territoriales se aclara que el servicio de asistencia se brindará en todo el territorio de la República de Costa Rica.

3.1. ASISTENCIA PLENITUD BÁSICA

ALQUILER DE EQUIPO MÉDICO DURADERO: En caso de que el Asegurado sufra alguna enfermedad o accidente, la Prestadora de Servicios a solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, de acuerdo con las necesidades del Asegurado, gestionará y coordinará el alquiler del Equipo Médico Duradero, descrito a continuación:

- Silla de ruedas estándar de transporte manual.
- Cama hospitalaria manual estándar.
- Cama hospitalaria eléctrica estándar.
- Andadera de aluminio plegable de 4 puntos.
- Muletas de aluminio estándar.

Cada Equipo Médico Duradero descrito anteriormente será brindado por una (1) única vez durante la vigencia anual de la Póliza con un máximo de treinta (30) días calendario. Este servicio se prestará en todo el territorio costarricense. El transporte del Equipo Médico Duradero, al domicilio del Asegurado, no tendrá costo dentro del territorio de la Gran Área Metropolitana, fuera de este territorio el costo del transporte de este correrá por cuenta exclusiva del Asegurado.

El solicitante deberá de proporcionar a la Prestadora de Servicios el certificado médico del Asegurado firmado y sellado por un especialista de la salud en el cual se detalle la necesidad o incapacidad del Asegurado.

El Equipo Médico Duradero será entregado en el domicilio del Asegurado debiendo firmar un formulario de responsabilidad y entregar el monto en efectivo del Depósito en Garantía al proveedor al momento de la entrega de este. La Prestadora de Servicios se compromete a que antes de enviar el servicio, le comunicará al solicitante el monto del Depósito de Garantía para su autorización el cual también se encontrará detallado en el formulario de responsabilidad.

El proveedor de la red recogerá el Equipo Médico Duradero en el domicilio del Asegurado al finalizar el plazo por el cual fue requerido sin exceder el límite de los treinta (30) días, para lo cual se realizará la inspección del equipo, haciendo efectiva la devolución del Depósito de Garantía. En caso de avería, robo, extravío, desconfiguración, sea total o parcial, del Equipo Médico Duradero, el Asegurado será el único responsable del costo de reparación o reposición del equipo.

Si existiera algún requerimiento extra del solicitante, en cuanto al alquiler del Equipo Médico Duradero, el costo de dicha solicitud deberá ser asumido por cuenta y riesgo del solicitante.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA: La Prestadora de Servicios brindará el traslado médico terrestre en ambulancia en caso de que el Asegurado, a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad, requiera y solicite ser trasladado al centro hospitalario más cercano, con previa evaluación telefónica y aprobación del Médico General o personal de cabina de la Prestadora de Servicios. En caso de que el Asegurado no se pueda comunicar, el servicio lo podrá solicitar cualquier persona que se encuentre con el afectado para brindar la información que se solicite.

El personal médico de la Prestadora de Servicios orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto con la ambulancia.

Una vez finalizado el traslado de ambulancia, todo gasto incurrido a consecuencia de la atención médica será responsabilidad del Asegurado.

Este servicio será brindado por dos (2) eventos al año. Se prestará siempre y cuando se disponga de la infraestructura privada para atender la emergencia, en caso de no tenerla se coordinará con ambulancia pública o Cruz Roja. Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio de traslado debido a requerimientos extras del solicitante, dicho excedente será asumido por cuenta y riesgo de este.

3.2. ASISTENCIA PLENITUD PLUS

ALQUILER DE EQUIPO MÉDICO DURADERO: Cubre al Asegurado bajo las mismas condiciones, restricciones y limitaciones de esta misma cobertura detallada en la **Asistencia Plenitud Básica**.

ASISTENCIA DE ENFERMERO(A) A DOMICILIO: Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar y en caso de que el Asegurado sufra alguna enfermedad o accidente, la Prestadora de Servicios enviará a un(a) Enfermero(a) para realizar cuidados generales de enfermería en el domicilio del Asegurado.

Esta asistencia está sujeta a la autorización telefónica de un Médico General, perteneciente a la red médica de la Prestadora de Servicios, con el cual se realiza previamente una orientación médica telefónica.

Al momento de que el/la Enfermero(a) se presente en el domicilio del Asegurado, el solicitante deberá firmar el Consentimiento de la prestación de servicio al cual deberá de adjuntar originales de la prescripción y/u órdenes directas del médico tratante del Asegurado. El/la Enfermero(a) no podrá recetar ni tomar decisiones médicas por cuenta propia.

Esta asistencia será brindada por una (1) única vez durante la vigencia anual de la Póliza con un máximo de doce (12) horas y se prestará exclusivamente dentro de las principales ciudades del Gran Área Metropolitana.

TELEDOCTOR: Por solicitud del algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al solicitante con un Médico General a través de la aplicación tecnológica (*App*) llamada Teledoctor, para que le brinde una orientación médica, ante cualquier emergencia, en la utilización de medicamentos para la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén

aquejando al Asegurado, recomendaciones médicas en general, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, guardando un historial clínico.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año.

ASISTENCIA TECNOLÓGICA EN LÍNEA: Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios podrá en contacto al solicitante con un profesional en tecnología para que, por vía telefónica o remota, ingresando vía internet a la computadora del Asegurado bajo su debida autorización, pueda asesorarlo técnicamente en temas como:

- Instalación y desinstalación de software licenciados que posean documentación descriptiva del proceso de instalación (Office, Windows, Internet, antivirus, aplicativos multimedia, aplicativos de comunicación y sus *Service Pack*).
- Instalación de antivirus por periodo restrictivo o limitado (de prueba).
- Solución de problemas de acceso al correo electrónico (Outlook, Outlook Express, Gmail, Yahoo!, etc.).
- Instalación de *Antispyware (Adware)*.
- Solución, instalación y configuración de sistemas periféricos como cámaras digitales, escáner, impresoras, etc.
- Guía rápida para el acceso y navegación en internet (ubicación de funciones).
- Guía rápida para el uso de herramientas de programas del paquete Office a nivel básico o intermedio (ubicación de funciones).
- Instalación de filtro de seguridad en el acceso de internet para los niños.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año.

La Prestadora de Servicios quedará excluida de responsabilidad de cualquier determinación que adopte el solicitante por la asistencia tecnológica en línea u orientación telefónica. El costo de software, hardware o cualquier otro accesorio tecnológico lo asumirá el solicitante con sus propios recursos.

Para la prestación del servicio el Asegurado deberá de tener una copia de seguridad para la protección de sus archivos para resguardar la pérdida, parcial o total, de la información.

En el caso de instalación de software, el solicitante deberá proveer las licencias respectivas para proceder con su instalación.

MENSAJERO PARA TRANSLADO DE DOCUMENTACIÓN: Por solicitud del Asegurado, la Prestadora de Servicios gestionará y cubrirá el pago del envío por mensajería de documentos hacia el lugar requerido por el solicitante, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita y las condiciones de seguridad adecuadas.

Este servicio será brindado por un (1) evento al año con un límite máximo de USD \$30.00 (treinta dólares americanos) de cobertura. Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio de mensajería debido a solicitudes extras del Asegurado, dicho excedente será asumido por su cuenta y riesgo.

SECCIÓN II: EXCLUSIONES

4. EXCLUSIONES

A. Esta Póliza, de forma general, no cubre las pérdidas, gastos o reclamaciones que se produzcan por:

- 1. Actos de guerra declarados o no, invasión, fusión y fisión nuclear, actos de terrorismo, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no sean necesariamente nucleares, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares, actos delictivos o acciones**

dolosas o en hechos que las leyes califican como infracciones graves o delitos contra la seguridad interior del Estado.

2. Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos.
3. Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial con ruta e itinerario fijo.
4. Osteoporosis o Fractura patológica que haya sido diagnosticada antes de la ocurrencia de la Fractura.
5. Accidentes producidos intencionalmente o provocadas por el Asegurado, así como el suicidio o tentativa de suicidio, automutilación o autolesión del Asegurado, solo o con apoyo de terceros, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
6. Cualquier enfermedad (Esta exclusión no aplica para los servicios de asistencia).
7. Condiciones Preexistentes.
8. Participación profesional en cualquier deporte.
9. Realización o participación en una actividad riesgosa, que constituyan una agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlas. A vía de ejemplo el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión.
10. Trastornos mentales, nerviosos o de sueño.
11. Lesiones causadas por embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y alucinantes.
12. Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen sustancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivos.
13. Cualquier tratamiento o investigación que no sea médicamente necesario o consistente de acuerdo con los estándares de buenas prácticas médicas.
14. Anomalías congénitas, y los trastornos que se relacionen con ellas.
15. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, como por ejemplo terremotos, huracanes, maremotos, erupciones volcánicas, marejada, etc.
16. Participación como piloto o pasajero de algún vehículo automotor en carreras formales o informales, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
17. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.

De ocurrir el Accidente del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, no existiendo obligación de indemnización por parte de la Compañía.

B. Exclusiones específicas de las Coberturas del Servicio de Asistencia:

1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
2. Los servicios que el Asegurado o su Grupo Familiar haya contratado si previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.
3. Los servicios médicos para enfermedades o lesiones derivados de tratamientos médicos, Enfermedades crónicas o Condiciones Preexistentes.
4. Cuando el Asegurado se niegue a colaborar con el personal designado por la Prestadora de Servicios para la prestación de los servicios de asistencia.
5. Bajo el servicio de Traslado en Médico Terrestre en Ambulancia queda excluido:
 - a. Traslados interhospitalarios.
 - b. Traslados del hospital hacia el domicilio del Asegurado.
 - c. Traslados del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.
6. Bajo el servicio de Asistencia de Enfermero(a) a Domicilio queda excluido:
 - a. Servicios que no sean de índole médica.
 - b. Procedimientos de atención médica especializada, a vía de ejemplo, pero no limitado a, colocación o retiro de sondas, realización o retiro de suturas, lavados y desbridamientos, retiro de drenajes y similares.

c. Administración de medicamentos sin prescripción médica.

SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES

5. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para la **COBERTURA BÁSICA DE FRACTURA DE HUESOS** se establecerá en la Propuesta de Seguro.

6. PERÍODO DE COBERTURA A BASE DE OCURRENCIA

El seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aun si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes.

7. DEDUCIBLE

Al presente seguro no le aplicarán deducibles de ningún tipo.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

8. BENEFICIARIO

El Asegurado será el Beneficiario para las coberturas descritas en la presente Póliza.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES

9. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a brindar la información en consideración de las declaraciones contempladas en la Propuesta de Seguro. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el Contrato de Seguro no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del Contrato de Seguro, según corresponda. La Compañía podrá retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud intencional producen igual efecto si el Asegurado a encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

El Tomador deberá cancelar la Prima en las fechas establecidas para tales efectos. En caso de que se encuentre morosos en el pago de la Prima, la Compañía estará facultada a dar por terminado anticipadamente el Contrato de Seguro, o bien, proceder con el cobro de la Prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el Contrato de Seguro se mantenga vigente.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la Sección "Notificación y Atención de Reclamos". Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo, según lo indicado por el artículo 42 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y EL GRUPO FAMILIAR ANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

Con el fin de que el Asegurado pueda hacer uso de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con la Compañía.
2. Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente de la Compañía.

11. DECLARACIONES INEXACTAS O FRAUDULENTAS EN LA RECLAMACIÓN

Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la obligación de indemnizar que tiene la Compañía se extinguirá si demuestra que el Asegurado o el Grupo Familiar declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin perjuicio de que la conducta del Asegurado o del reclamante configure el delito de simulación.

12. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

Durante la vigencia del presente Seguro el Asegurado se compromete a brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del Terrorismo y a mantener actualizada dicha información. En caso contrario la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

13. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo con lo estipulado en la Propuesta de Seguro.

14. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS

El pago de la Prima de la presente Póliza será de pago fraccionado debiendo hacerse con la periodicidad indicada en la Propuesta de Seguro, dichos pagos se realizarán con cargo automático al medio de pago también indicado en la Propuesta de Seguro, sin aplicar recargos por pago fraccionado. Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente. Se procederá con un pago total y no fraccionado de la prima, únicamente en aquellos casos que el Tomador así lo solicite al Operador de Seguros Autoexpedibles de forma expresa.

15. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

El valor de la prima se determinará de acuerdo con el grupo etario en el cual se encuentre el Asegurado. La Compañía ajustará el valor de la prima de esta Póliza cuando el Asegurado supere la edad límite de cada grupo etario. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

16. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de sesenta (60) días naturales para el pago de la Prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago.

RECARGOS Y DESCUENTOS

17. RECARGOS Y DESCUENTOS

En el presente producto no aplican recargos ni descuentos.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

18. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

En caso de Siniestro, el Asegurado o su Grupo Familiar deberán de contactar en primera instancia a la Compañía de Seguros, en el plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del Siniestro. El Aviso de Siniestro podrá ser efectuado a través de la línea telefónica **(+506) 2503-2710** o al correo electrónico: reclamosautoexp@assanet.com.

En caso de requerir de servicios asistencia, el Asegurado o su Grupo Familiar deberán comunicarse a la línea telefónica de servicio al cliente **(+506) 4404-1179**.

De igual manera el Asegurado o su Grupo Familiar podrán solicitar informes actualizados de los proveedores de Red de Servicios de Asistencia vía telefónica al **(+506) 4404-1179**.

Se deberán presentar los requisitos para el trámite ante el Operador de Seguros Autoexpedibles con el cual adquirió la Póliza, o también podrá presentarlo en las oficinas de la Compañía, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el Siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado o su Grupo Familiar deberán demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o su Grupo Familiar, o al Operador de Seguros Autoexpedibles en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales. el Asegurado o su Grupo Familiar tendrán quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. **No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen en esta cláusula.

A continuación, se establecen los requisitos a presentar en caso de siniestro para la Cobertura Básica de Fractura de Huesos:

1. Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
2. Informe del diagnóstico con firma y sello del Médico tratante acreditando la Fractura y el tipo de hueso.
3. Estudios Radiológicos (Rayos X).
4. Fotocopia del documento de identidad por ambos lados del Asegurado.

La Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un Siniestro y determinar su monto. Además, la Compañía podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización. La obstaculización por parte del Asegurado o su Grupo Familiar para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

19. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado, según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El Asegurado podrá solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. **Instancia de Atención:** En caso de persistir la declinación de la cobertura del Seguro, el Asegurado, según sea el caso, podrá acudir a esta instancia, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la Compañía que declinó el reclamo, con el objeto de ser atendida su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página web de la Compañía.

20. PAGO DE RECLAMACIONES

Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y aceptación de pruebas satisfactorias de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación el Asegurado tendrá derecho a apelar ante la Compañía, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en esta Póliza.

21. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS

El Asegurado autoriza a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió el evento objeto de cobertura, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. El Asegurado está obligado a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, mientras esté pendiente una reclamación bajo la Póliza, de investigar las circunstancias del evento, exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar al Asegurado.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

22. VIGENCIA DEL SEGURO

La presente Póliza cuenta con una vigencia de un (1) año calendario contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la Propuesta de Seguro. Lo anterior sujeto al pago de la Prima en tiempo y forma también descritos en la Propuesta de Seguro.

23. RENOVACIÓN

Esta Póliza es renovable anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que el Asegurado no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre en incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso de que la Compañía requiera incluir modificaciones en la cobertura o la Prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

24. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Esta Póliza se tendrá por terminada cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma.
- A solicitud expresa del Asegurado.
- Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- Cuando exista mora en el pago de la prima por parte del Tomador del Seguro y se proceda conforme a lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.
- Falezca el Asegurado.

En el caso que existan Primas no devengadas a la fecha de finalización anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Asegurado o a su Grupo Familiar en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la finalización anticipada de la Póliza.

CONDICIONES VARIAS

25. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

La presente Póliza es un contrato de Adhesión definido en la categoría de Seguros Personales, ramo de Salud, bajo la línea de Gastos Médicos. Se emite bajo la modalidad de Seguro Autoexpedible.

26. EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN

La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años. No existirá una edad máxima para la contratación de este seguro.

27. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados, todas aquellas personas que residen en Costa Rica.

28. REHABILITACIÓN

La cobertura no podrá ser rehabilitada cuando la cancelación hubiera sido por falta de pago.

29. DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el Seguro sea cancelado a solicitud del Tomador durante los primeros quince (15) días hábiles posteriores a la emisión de la Póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el Seguro se está pagando de forma mensual, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Si se realizó el pago total de la Prima de forma adelantada y el Tomador solicita la cancelación del Seguro dentro del período de cobertura de la Póliza, únicamente procederá la devolución de las Primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación del Seguro por parte del Asegurado.

30. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Este Contrato de Seguro quedará nulo, de manera absoluta o relativa según corresponda, y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas determine que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, o su representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del Contrato de Seguro. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En caso de que aplique la devolución de las Primas pagadas por el Asegurado, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

31. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo y la presentación de la documentación necesaria para el análisis del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Compañía se compromete a darle trámite diligente a cada uno de los reclamos interpuestos como consecuencia de la celebración del Contrato de Seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la Compañía, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva. El retraso injustificado en el pago de dicha prestación obligará a la Compañía a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al Asegurado, mismos que, para el caso específico de mora en el pago de la indemnización, consistirán en el pago de intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma principal adeudada.

Asimismo, la Compañía se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al Asegurado, consagrados dentro de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (Acuerdo SUGESE 06 – 13), Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros (Acuerdo SGS-DES-A-031-2014) y demás normativa aplicable.

32. MONEDA

Este Seguro se contrata en colones costarricenses.

33. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La información que en virtud de la celebración del presente Contrato de Seguro sea obtenida por la Compañía, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La Compañía estará obligada a guardar el deber de confidencialidad de la información frente al Asegurado y solo quedará liberada de este deber mediante convenio escrito, diferente del Contrato de Seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de diseminación de los datos.

34. LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el Tomador, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

35. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este Seguro, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

36. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses, de conformidad con la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N. 7727 del 09 de setiembre de 1997. En caso de optar por un arbitraje, las partes conforme a las reglas estipuladas en la citada Ley escogerán o designarán al Tribunal Arbitral, pudiendo recurrir a cualquier centro dedicado a la administración de este tipo de procedimiento que elegirán de común acuerdo.

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

37. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este Seguro, serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado a través de medios de comunicación a distancia, que permitan guardar, recuperar, reproducir fácilmente sin cambios la información y demostrar la entrega de la información exigida

Página 13 de 14

por la normativa reguladora del mercado de Seguros a favor del Asegurado, o bien, enviadas por correo ordinario o certificado a la dirección contractual según se muestra en la Propuesta de Seguro.

El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de dirección contractual o medio de comunicación a distancia para efectos de su modificación, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección o información de contacto reportada en la Póliza de Seguro y otorgada por el Operador de Seguros Autoexpedibles. El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega en la dirección electrónica o medio de comunicación a distancia, entrega física de manera personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo y todo plazo que dependa de dicho aviso comenzará a contarse desde esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Asegurado a esta Póliza deberá constar por escrito y ser entregado a través de medios de comunicación a distancia, personalmente o remitido por correo.

En testimonio de lo cual se firma esta Póliza en la República de Costa Rica.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-76-A05-866 de fecha 23 de mayo del 2020.