

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS
SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN + SALUD VITAL
CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	6
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	6
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	6
ÁMBITO DE COBERTURA.....	6
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	6
3. COBERTURA BÁSICA.....	6
4. COBERTURA OPCIONAL	7
5. COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	9
6. SUMA ASEGURADA.....	10
SECCIÓN II: EXCLUSIONES	10
7. EXCLUSIONES.....	10
SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA	13
8. SOBRE LA COBERTURA BÁSICA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	13
9. SOBRE LA COBERTURA OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.....	14
10. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.....	14
11. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA.....	14
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
12. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES	15
13. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	15
14. OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS	16
15. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	16
16. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA.....	16
17. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO.....	16
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	17
18. PAGO DE LA PRIMA.....	17
19. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS.....	17
20. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA.....	17

21.	PERIODO DE GRACIA.....	17
RECARGOS Y DESCUENTOS		17
22.	RECARGOS Y DECUENTOS	17
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....		17
23.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.....	17
24.	DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO.....	19
25.	PAGO DE RECLAMACIONES.....	19
26.	INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS.....	19
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES.....		20
27.	VIGENCIA DEL SEGURO	20
28.	RENOVACIÓN.....	20
29.	TERMINACIÓN DEL SEGURO	20
CONDICIONES VARIAS.....		20
30.	CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN.....	20
31.	EDAD	20
32.	ELEGIBILIDAD.....	20
33.	REHABILITACIÓN.....	20
34.	DERECHO DE RETRACTO	21
35.	NULIDAD DE LA PÓLIZA.....	21
36.	PRESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE SEGURO	21
37.	OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	21
38.	MONEDA	21
39.	PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.....	22
40.	LIMITACIÓN POR SANCIONES.....	22
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS		22
41.	DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	22
42.	LEGISLACIÓN APLICABLE	23
COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES		23
43.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	23

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 violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: El Homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. Igualmente, y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración no se considera Accidente: El Suicidio o el SIDA.
2. **ASEGURADO:** Es la persona que está cubierta por esta Póliza y debidamente registrada en la Propuesta de Seguro de la misma.
3. **COMPAÑÍA:** Sociedad legalmente constituida que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la obligación de cobertura de los riesgos objeto del presente Contrato de Seguro, de acuerdo con lo indicado por la Póliza de Seguros.
4. **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recogen los principios básicos que regulan este Contrato de Seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe la Compañía.
5. **DEPENDIENTE(S):** Son dependientes del Asegurado, su cónyuge o compañero(a) permanente, sus hijos menores de veintiún (21) años que vivan permanentemente en el mismo domicilio y bajo la dependencia económica del Asegurado.
6. **DEDUCIBLE:** Se establece en la Propuesta de Seguro y se indica como el número de Días de Hospitalización que el Asegurado permanece hospitalizado y por los cuales no tiene derecho a indemnización.
7. **DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:** Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
8. **DIAGNÓSTICO:** Es la identificación y comprobación realizada por un Médico Especialista sobre una Enfermedad, afección o Lesión del Asegurado, basándose en exámenes médicos correspondientes.
9. **EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental que pone en riesgo la vida y la integridad física del Asegurado. Para el uso de las Asistencias incluidas en este Seguro, la emergencia deberá ser reportada inmediatamente o dentro de un máximo de 24 horas después de haber ocurrido.
10. **ENFERMEDAD:** Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza.
11. **ENFERMEDAD GRAVE:** Para efectos de la presente Póliza, se considerará Enfermedad Grave cualquiera de las Enfermedades detalladas en el apartado de la cobertura opcional de "Enfermedades Graves".
12. **ENFERMEDADES O INCAPACIDADES PREEXISTENTES O ANTERIORES:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, Enfermedad, patología, incapacidad, Lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un Médico para Diagnóstico, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de Diagnóstico con anterioridad a la fecha de contratación de la Póliza.
13. **HOSPITAL:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el servicio médico de personas enfermas o lesionadas que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar Diagnósticos e intervenciones

quirúrgicas, es decir, que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipos de radiografía y quirófanos atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye dentro de este término un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

14. **HOSPITALIZACIÓN / HOSPITALIZADO:** Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice al menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería y pernoctando mínimo una noche. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina Hospitalización domiciliaria.
15. **LESIÓN:** Significa cualquier herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un Accidente cubierto por esta Póliza, después de emitida ésta y mientras se encuentre en vigor. Como aclaración, se considera que la muerte es la máxima Lesión.
16. **MÉDICO:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana en Costa Rica y calificada para efectuar el tratamiento y/o Diagnóstico requerido. Para efectos de la Póliza se excluye al Médico cuando es el mismo Asegurado, agente de seguros, socio, empleado del Asegurado o familiar de éste hasta tercer grado de afinidad o consanguinidad.
17. **MÉDICO ESPECIALISTA:** Médico que ha recibido educación adicional por una entidad reconocida debidamente para ello, que lo califica para diagnosticar o prescribir tratamientos para las Enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza, que no sea familiar del Asegurado, que sea portador de un título de especialista y que esté legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.
18. **METÁSTASIS:** Presencia de tejido neoplásico maligno en ubicación diferente de la Lesión primaria inicial, del mismo tipo histológico que surge en consecuencia de la diseminación del tumor primario por medio del torrente sanguíneo o linfático.
19. **OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía, se compromete a realizar la venta de los productos de Seguros.
20. **PERÍODO DE DISPUTABILIDAD:** Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores del Asegurado no declaradas por él o declaradas de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo gozará de esa facultad en el caso que el Asegurado haya actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en las presentes Condiciones Generales.
21. **PERÍODO DE ESPERA:** Se refiere al período en que el Asegurado aun estando vigente la Póliza, no cuenta con cobertura del Seguro.
22. **PLAN:** Alternativa seleccionada por el Asegurado en la Propuesta de Seguro donde se indica claramente la Suma Asegurada máxima por cobertura y la Prima a pagar.
23. **PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, la Propuesta de Seguro, Addenda y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo.
24. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Es la empresa que actuará como la operadora y prestadora de servicios de asistencia incluidos en la presente Póliza.
25. **PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados mediante el presente Contrato de Seguro.
26. **PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro.
27. **SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en la Propuesta de Seguro.
28. **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El agente infeccioso es el VIH y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente Póliza también se considera SIDA la encefalopatía, la demencia por VIH y el síndrome de desgaste por VIH decretados médicamente. Para



efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente de VIH.

29. **SUICIDIO:** Acción o conducta voluntaria del Asegurado con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
30. **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.
31. **TELEDOCTOR:** Es una aplicación móvil innovadora de Telemedicina para proporcionar una orientación médica enfocada a brindar atención primaria y preventiva de salud a distancia. En la cual el Asegurado y/o sus Dependientes, pueden contar con atención médica por medio de video llamada, llamada o chat con un Médico general certificado.
32. **TERRORISMO:** Se define como terrorismo los actos de violencia y maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios convertidos en explosivos o en medios incendiarios de cualquier clase, incluyendo específicamente aviones u otros vehículos o personas, igual que la utilización de sustancias contaminantes, tóxicas o contagiosas de cualquier clase, cualesquiera que sean los resultados producidos, medios, lugares, espacios y circunstancias de los actos.
33. **TOMADOR:** Persona física que suscribe el Seguro con la Compañía.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del Seguro Autoexpedible se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares dentro de las cuales se encuentra la Propuesta de Seguro, Condiciones Especiales, dentro de las cuales se encontrarán los Addendum si hubiere.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza del Seguro Autoexpedible respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Especiales y los Addendum si hubiere tienen prelación sobre la Propuesta de Seguro y Condiciones Particulares. La Propuesta de Seguro y Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

ÁMBITO DE COBERTURA

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

3. COBERTURA BÁSICA

3.1 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

3.1.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD (IDHe)

La Compañía pagará al Asegurado el monto diario de renta contratado para esta cobertura según se establezca de acuerdo con el Plan elegido, si el Asegurado es Hospitalizado a causa de una Enfermedad cubierta según los términos de la Póliza. Lo anterior sujeto al Período de Espera, Suma Asegurada, Límite de Responsabilidad Máxima y Deducible indicado en la Propuesta de Seguro.

3.1.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHa)

La Compañía pagará al Asegurado el monto diario de renta contratado para esta cobertura según se establezca de acuerdo con el Plan elegido, si el Asegurado es Hospitalizado a causa de un Accidente cubierto según los términos de la Póliza. Lo anterior sujeto a la Suma Asegurada, Límite de Responsabilidad Máxima y Deducible indicado en la Propuesta de Seguro.

4. COBERTURA OPCIONAL

4.1. ENFERMEDADES GRAVES

En caso el Asegurado contrate la presente cobertura y así conste en la Propuesta de Seguro, la Compañía realizará el pago de la indemnización correspondiente, si al Asegurado le es diagnosticada por primera vez en su vida y durante la vigencia de este Seguro, alguna Enfermedad Grave, según se define en la presente cobertura. Lo anterior sujeto al Período de Espera y demás limitaciones de esta cobertura. Se tendrán por Enfermedades Graves para efectos de la presente cobertura las siguientes:

4.1.1. NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER): Para los efectos de esta cobertura se entenderá por Neoplasia Maligna la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión y destrucción del tejido normal. Este Diagnóstico debe ser comprobado por un oncólogo o citólogo soportado por evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos basados en una biopsia, cirugía, endoscopia o radiografía.

4.1.2. CÁNCER CÉRVICO UTERINO: Para los efectos de esta cobertura se entenderá por Cáncer Cérvico Uterino la aparición de células cancerosas en el cuello uterino afectando los tejidos normales. Este Diagnóstico debe ser comprobado por un Médico Especialista en la materia soportado por evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos basada en una biopsia, cirugía, endoscopia o radiografía.

4.1.3. CÁNCER DE MAMA: Para los efectos de esta cobertura se entenderá por Cáncer de Mama la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos mamarios de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas. Este Diagnóstico debe ser comprobado por un Médico Especialista en la materia soportado por evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos basada en una biopsia, cirugía, endoscopia o radiografía.

4.1.4. CÁNCER DE PRÓSTATA: Para los efectos de esta cobertura se entenderá por Cáncer de Próstata la proliferación de células malignas a partir del tejido prostático manifestándose en un crecimiento anárquico y descontrolado de células. Este Diagnóstico debe ser comprobado por un Médico Especialista soportado por evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos basada en una biopsia, cirugía, endoscopia o radiografía.

4.1.5. CÁNCER TERMINAL: Para los efectos de esta Póliza se entenderá por cáncer terminal a la condición que se caracteriza por la existencia de una Enfermedad oncológica avanzada, progresiva e irreversible (incurable), la cual no responde a los tratamientos empleados habitualmente e incluye múltiples síntomas que provocan gran malestar en el enfermo disminuyendo su calidad de vida. Este Diagnóstico debe ser comprobado por un Médico Especialista soportado por evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos demostrada en una biopsia, cirugía, endoscopia o radiografía.

4.1.6. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO: Para efectos de esta cobertura se entenderá por infarto agudo al miocardio, el padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición de sangre produce necrosis. El Diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por lo menos uno de los siguientes puntos:

- a. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro (24) horas anteriores a dicha Hospitalización.
- b. Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de Enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultada para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva).
- c. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

4.1.7. APOPLEJÍA: Para efectos de esta cobertura se entenderá por apoplejía cualquier incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- a. Infarto del tejido cerebral.
- b. Hemorragia de un vaso intracraneal.
- c. Embolia de fuente extracraneal.

El Diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

4.1.8. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Para efectos de esta cobertura se entenderá como Enfermedad renal crónica la insuficiencia irreversible de los riñones que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

4.1.9. CIRUGÍA CORONARIA: Para efectos de esta cobertura se entenderá como cirugía coronaria a la cirugía realizada a las arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloque por medio de una revascularización (*bypass*).

4.1.10. ESCLORISIS MÚLTIPLE: Para efectos de esta cobertura se entenderá como una Enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina Esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso y Múltiple ya que afecta de forma dispersa al cerebro y a la médula espinal. Este Diagnóstico debe ser comprobado por un Médico Especialista en neurología.

4.1.11. PARÁLISIS DE EXTREMIDADES: Para efectos de esta cobertura se entenderá como la pérdida completa y permanente de la función de dos o más extremidades, inferiores y/o exteriores, debido a parálisis, sea por Accidente o Enfermedad. Este Diagnóstico debe ser comprobado por un Médico Especialista.

4.1.12. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES: Para efectos de esta cobertura se entenderá como la sustitución de un órgano del Asegurado, que ha perdido irreversiblemente su función vital a consecuencia de un Accidente cubierto, por un órgano sano procedente de un donante. Bajo esta cobertura estarán cubiertos los Asegurados que necesiten un trasplante de cualquiera de los órganos descritos a continuación, siempre y cuando sea diagnosticado por un Médico Especialista en la materia y se pueda comprobar que el trasplante se requiere a consecuencia de un Accidente cubierto.

- a. Corazón.
- b. Pulmón.

- c. Hígado.
- d. Páncreas.
- e. Riñón.
- f. Médula Ósea.

5. COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

Adicional a las coberturas antes descritas, el Asegurado, según el Plan que contrate, podrá contar con los siguientes servicios de asistencia:

5.1. TELEDOCTOR Y AMBULANCIA

5.1.1. TELEDOCTOR: Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al solicitante con un Médico General a través de la aplicación tecnológica de Teledocor, para que le brinde una orientación médica, ante cualquier emergencia, utilización de medicamentos para la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén aquejando al Asegurado o Dependiente, recomendaciones médicas en general, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, guardando un historial clínico.

Para descargar la aplicación, el Asegurado o Dependiente deberá de seguir los siguientes pasos:

1. Conectarse a una red de internet Wifi o de datos móviles, a través de un teléfono inteligente o *tablet*.
2. Descargar la aplicación de Teledocor Paciente en Google Play o App Store.
3. Se debe de comunicar al número de servicio al cliente para solicitar su usuario y contraseña.
4. Seguir los pasos del manual de usuario dentro de la aplicación para cambio de contraseña si así lo requiere.

El presente servicio busca brindar orientación médica al Asegurado y/o Dependiente, a través de videollamada o llamada telefónica, con el fin de apoyar en la solución más adecuada dependiendo del caso.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

5.1.2. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA CON MOTIVO DE ACCIDENTE O EMERGENCIA MÉDICA: La Prestadora de Servicios brindará el traslado médico terrestre en ambulancia en caso de que el Asegurado o Dependiente, a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad, requiera y solicite ser trasladado al centro hospitalario más cercano, con previa evaluación y aprobación del Médico General o personal de cabina de la Prestadora de Servicios. En caso de que el Asegurado o Dependiente no se pueda comunicar, el servicio lo podrá solicitar cualquier persona que se encuentre con el Asegurado o Dependiente 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 profesional médico-paciente.

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

Este servicio será brindado por un (1) evento al año dentro del territorio costarricense y sin límite máximo de cobertura. Se prestará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada, en caso de no tenerla se coordinará con ambulancia pública (Cruz Roja). Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio debido a solicitudes extras del Asegurado o Dependiente, dicho excedente será asumido por cuenta y riesgo del mismo.



5.2. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y EXÁMENES PREVENTIVOS

5.2.1. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA: Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto con un profesional en el campo de la nutrición, para adultos y niños, quién le orientará telefónicamente, con el objetivo de tener una alimentación saludable. La Prestadora de servicios quedará excluida de responsabilidad de cualquier determinación que adopte el Asegurado o Dependiente por la orientación telefónica.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

5.2.2. EXAMEN DE PAPANICOLAU O ANTÍGENO PROSTÁTICO: Por solicitud del Asegurado, la Prestadora de Servicios podrá brindar la autorización para que le sea realizado un (1) examen de papanicolau, a mujeres mayores de treinta (30) años de edad o el antígeno prostático, a hombres mayores de cuarenta (40) años. Este servicio será brindado con un proveedor de la red de la Prestadora de Servicios.

Este servicio se prestará por una única vez durante la vigencia de la Póliza, sujeto a un periodo de espera de tres (3) meses contados a partir de que haya sido contratado el servicio de esta asistencia.

5.3. GENERALIDADES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

1. La Prestadora de Servicios se compromete a prestar la asistencia médica siempre y cuando sean brindados y coordinados para beneficio del Asegurado o Dependiente. Sujeto a la disponibilidad del proveedor en las provincias de San José, Cartago, Heredia, Alajuela, Puntarenas, Guanacaste y Limón. Así como su disponibilidad de horario.
2. La Prestadora de Servicios no se responsabiliza por ningún servicio coordinado directamente por el Asegurado o Dependiente con un proveedor dentro o fuera de la red y en ningún caso realizará reembolso de los gastos incurridos.
3. La Prestadora de Servicios no asumirá ninguna responsabilidad en relación con la atención prestada, mala práctica o negligencia por parte del proveedor del servicio subcontratado.
4. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el Asegurado o Dependiente pueda llegar a realizar.

6. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada Máxima para cada Cobertura es definida por el Asegurado, y se establece de acuerdo con el Plan escogido en la Propuesta de Seguro.

SECCIÓN II: EXCLUSIONES

7. EXCLUSIONES

Se encuentran excluidas de todas las coberturas que otorga la presente Póliza, los hechos que sean consecuencia de:

1. Accidentes que se originen por participar en:

- 1.1. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- 1.2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado, debiendo mediar la correspondiente resolución judicial en el caso de los actos delictivos mencionados.

- 1.3. Lesiones sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del Asegurado cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un Médico.
 - 1.4. Lesiones sufridas por acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, radiación, reacción atómica, guerra bacteriológica, y sus complicaciones.
 - 1.5. Un Accidente ocurrido durante la prestación de sus servicios como miembro de cualquier cuerpo militar, de policía o de seguridad o vigilancia pública o privada.
 - 1.6. Inmersión submarina de cualquier tipo.
 - 1.7. Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.
2. Salvo pacto contrario entre el Asegurado y la Compañía, esta Póliza no ampara Accidentes que se originen mientras el Asegurado participe en actividades como:
- 2.1. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.
 - 2.2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - 2.3. Conducción de motocicletas o motonetas cuando se conduzcan con fines distintos a uso como transporte cotidiano y/o laboral.
 - 2.4. Conducción de cuatrimotos y/o vehículos de motor similares terrestres y acuáticos.
 - 2.5. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
 - 2.6. Intento de Suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el Asegurado en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
 - 2.7. Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave.
3. Exclusiones específicas aplicables a la Cobertura Básica de Renta por Hospitalización:
- 3.1. Condiciones médicas o Enfermedades Preexistentes, entendiéndose como tales las establecidas en el apartado de las definiciones.
 - 3.2. Hospitalización por tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nervioso, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente cubierto.
 - 3.3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de Accidentes cubiertos.
 - 3.4. Hospitalización por cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el Asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro (4) meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.
 - 3.5. Hospitalización por tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de Enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un Accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la Póliza.
 - 3.6. Hospitalización por tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 - 3.7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "check-up".
 - 3.8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo Sintomático Relacionado con el SIDA (CRS), y todas las Enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.
 - 3.9. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza causado como resultado de actos propios del Asegurado o actos intencionales o deliberados de un tercero, excepto cuando se demuestre que dicho envenenamiento fue accidental.
 - 3.10. Epidemias oficialmente declaradas.
 - 3.11. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.

- 3.12. Internamiento en un Hospital que no reúna los requisitos descritos en las definiciones.
- 3.13. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.
- 3.14. Cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un Accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- 3.15. Períodos de cuarentena o aislamiento.
- 3.16. Accidentes causados por Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.

4. Exclusiones específicas aplicables a la Cobertura Opcional de Enfermedades Graves:

- 4.1. Enfermedades y/o Diagnósticos Preexistentes y Enfermedades congénitas.
- 4.2. Diagnósticos realizados por una persona que no sea Médico de acuerdo a la definición establecida en las presentes condiciones.
- 4.3. Diagnósticos realizados por una persona que no sea el Médico Especialista requerido para tal diagnóstico, de acuerdo a la definición establecida en las presentes condiciones
- 4.4. Enfermedades Graves que no se encuentren cubiertas y descritas dentro del apartado de la cobertura.
- 4.5. Dentro de las Enfermedades Graves oncológicas se excluyen:
 - 4.5.1. Todo tipo de Cáncer diagnosticados previo a contratar el Seguro o bien aquellos por los cuales el Asegurado haya recibido tratamiento antes de adquirir la Póliza.
 - 4.5.2. Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma in situ y tumores que son descritos histológicamente como premalignos o no invasivos, incluyendo, pero no limitando a: Carcinoma in situ de Mama, Displasia cervical NIC-1, NIC.2 Y NIC3.
 - 4.5.3. Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamosos superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de Metástasis.
 - 4.5.4. Tumores en la próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1A, T1B o tumores en la próstata de otra clasificación menor.
 - 4.5.5. Micro carcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1cm de diámetro.
 - 4.5.6. Micro carcinoma papilar de la Vejiga.
 - 4.5.7. Leucemia Linfocítica crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI.
 - 4.5.8. Todos los tumores con presencia de infecciones de VIH.
- 4.6. Bajo la cobertura de Infarto Agudo al Miocardio se excluyen las reclamaciones cuando sea a consecuencia de:
 - 4.6.1. Culpa grave del Asegurado por estar bajo efectos de alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado.
 - 4.6.2. Enfermedades Preexistentes que puedan causar un Infarto Agudo al Miocardio como: Diabetes Mellitus tipo 1, 2 e idiopática, hipertensión arterial, obesidad mórbida definida por un índice de masa corporal mayor a treinta (30) unidades Kg/E2.
- 4.7. Bajo la cobertura de Apoplejía se excluyen los ataques isquémicos transitorios, es decir, cuando se detiene el flujo de la sangre al cerebro por un breve período.
- 4.8. Bajo la cobertura de Insuficiencia Renal Crónica se excluye la que se produzca por Diabetes.
- 4.9. Bajo la cobertura de Cirugía Coronaria se excluye la trombosis mediante cateterismo.
- 4.10. Bajo la cobertura de Parálisis de Extremidades se excluyen las ocasionadas por Apoplejía y por Esclerosis Múltiple.
- 4.11. Bajo la cobertura de Trasplante de Órganos Vitales no se encuentran cubiertos cualquier tipo de gasto incurrido por el donante y/o la adquisición e implantación de un corazón artificial o dispositivos monoventriculares y/o biventriculares que asistan la función del corazón.

5. Exclusiones de la Cobertura de Servicios de Asistencia:

Quedan excluidos de los servicios establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- 5.1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
- 5.2. Los servicios que el Asegurado o Dependiente haya contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.
- 5.3. Los servicios médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado o Dependiente con dolo o mala fe.
- 5.4. La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica. Ni por enfermedades mentales.
- 5.5. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de aerolitos, otros, etc.
- 5.6. Cuando el Asegurado o Dependiente no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente la emergencia o siniestro.
- 5.7. Cuando el Asegurado o Dependiente incumpla cualquiera de las obligaciones del servicio de asistencia indicados en las presentes condiciones.
- 5.8. En caso de que el Asegurado o Dependiente incumpla en reportar la necesidad del servicio de asistencia dentro de las 24 horas siguientes identificada la emergencia.
- 5.9. Bajo el servicio de ambulancia quedan excluidos los traslados interhospitalarios y el traslado del hospital hacia el domicilio del Asegurado o Dependiente.

SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA

8. SOBRE LA COBERTURA BÁSICA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

PERIODO DE ESPERA

El Periodo de Espera en el caso de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad se estipula en treinta (30) días naturales posteriores a la adquisición del seguro por parte del Tomador. Para el caso de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente no se establece Periodo de Espera.

PERIODO DE BENEFICIO

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará el número de días de Hospitalización que el Asegurado permanece en condición de Hospitalizado, descontando los días de Deducible y sujeto al límite de indemnización establecido en la Propuesta de Seguro.

El Asegurado está cubierto por cada día de veinticuatro (24) horas continuas de internamiento en un Hospital, hasta el máximo de días por año estipulado en la Propuesta de Seguro, como límite de responsabilidad máximo por Enfermedad o Accidente, cuando a consecuencia de estas, haya sido necesaria la Hospitalización del Asegurado debidamente certificada por un Médico, sin considerar la convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado para ésta.

DEDUCIBLE

El Deducible aplica para la Cobertura Básica de Renta Diaria por Hospitalización y se establece en la Propuesta de Seguro, y este corresponderá a el número de "Días de Hospitalización" que el Asegurado permanece Hospitalizado y por las cuales no tiene derecho a indemnización.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

- a. En el caso de Hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo Accidente o Enfermedad, siempre y cuando ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, cada período de Hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de calcular el período máximo del beneficio en días.
- b. En el caso de ocurrir una Hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido trescientos sesenta y cinco (365) días calendario desde el final de la Hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo Accidente o Enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de ciento ochenta (180) días en cada año de vigencia descrito de acuerdo con el Plan elegido en la Propuesta de Seguro, ya sea por Hospitalización a causa de Accidente, Enfermedad o combinación de ambas causas.

9. SOBRE LA COBERTURA OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

PERIODO DE ESPERA

El Periodo de Espera de la Cobertura Opcional de Enfermedades Graves se estipula en noventa (90) días naturales contados a partir de la contratación de la cobertura por parte del Tomador.

PROPIEDAD EXCLUYENTE

El pago efectuado bajo la Cobertura Opcional de Enfermedades Graves debido a que el Asegurado haya sido diagnosticado de alguna de las Enfermedades descritas y cubiertas por primera vez en su vida, excluye la posibilidad de que pueda realizar una nueva reclamación, durante la misma vigencia, si en caso le es diagnosticada por primera vez en su vida alguna otra Enfermedad descrita y cubierta. Lo anterior implica, que el límite de responsabilidad de la Compañía será una Enfermedad Grave diagnosticada por periodo de vigencia.

Por lo que queda entendido que el pago de cualquier indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de dicha cobertura para el periodo de vigencia, así como también la extinción definitiva de cobertura para la misma Enfermedad durante la totalidad del tiempo que la Póliza se encuentre vigente para un mismo Asegurado.

10. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La cobertura del Asegurado será disputable únicamente durante los primeros dos (2) años de vigencia de la Póliza; sin perjuicio de lo indicado por el artículo 91 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro, No. 895.

El periodo de disputabilidad se iniciará:

- a) En la fecha en que se otorga la cobertura al Asegurado.
- b) En casos de incrementos de Suma Asegurada efectuados con posterioridad a la fecha original en que se otorgó la cobertura a un Asegurado, el período de disputabilidad iniciará, con respecto de dicho aumento, en el momento en que la Compañía acepte dicho incremento y otorgue la cobertura así aumentada.

11. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

Las coberturas garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar, las veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el evento, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de esta Póliza. En

el caso de las coberturas de Servicios de Asistencia, estas se brindarán únicamente dentro de la República de Costa Rica.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

12. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado será el mismo beneficiario de las coberturas de esta Póliza.

En caso de que ocurra un Evento que produzca el fallecimiento del Asegurado y que dicho Evento no esté excluido, los beneficios serán pagados a los Beneficiarios designados en la Póliza que son nombrados por el Asegurado. Tal designación se hará al momento de suscribir la Póliza. Cuando no se designe Beneficiarios, o la designación se torne ineficaz o el Seguro se quede sin Beneficiarios por cualquier causa, se considerarán Beneficiarios a los herederos establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES

13. 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 Asegurado 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.

Durante el trámite del reclamo, el Asegurado deberá demostrar la ocurrencia del evento que constituya Siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberán colaborar con la Compañía en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para que la Compañía pueda darle trámite al reclamo. El incumplimiento demostrado de dichas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida, liberará a la Compañía de su obligación de indemnizar.

14. OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

Sin perjuicio que se trata de terceros relevantes para el presente Contrato de Seguro, en su momento los Beneficiarios tendrán las siguientes obligaciones:

1. En caso de Siniestro, comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, así como completar los requisitos establecidos en la Sección de "Notificación y Atención de Reclamos" de la presente Póliza.
2. Demostrar la ocurrencia del evento que constituya Siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberán colaborar con la Compañía en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para que la Compañía pueda darle trámite al reclamo.

15. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

Con el fin de que el Asegurado o Dependiente puedan 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 Prestadora de Servicios.
2. Identificarse como Asegurado o Dependiente ante los empleados de la Prestadora de Servicios o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en las presentes condiciones.
3. Ser Asegurado o Dependiente activo de los servicios prestados y permanecer al día en los pagos asociados al servicio de asistencia.
4. Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente de la Prestadora de Servicios.

16. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA

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 los Beneficiarios 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. En este caso, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

17. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

Durante la vigencia del presente Seguro, incluidos los trámites de indemnización, 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

18. 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.

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.

19. 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 mensualmente por adelantado en tarjeta de crédito o débito, o bien una cuenta de ahorros, en efectivo o mediante cheque, 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.

20. 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.

21. 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. Si no se abona la Prima antes de la expiración del período de gracia, la cobertura del Asegurado terminará automáticamente al final de dicho período de gracia por incumplimiento de pago.

RECARGOS Y DESCUENTOS

22. RECARGOS Y DECUMENTOS

En el presente producto no aplican recargos ni descuentos.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

En caso de Siniestro el Asegurado y/o Beneficiario deberá de contactar en primera instancia a la Compañía de Seguros.



En caso de ser necesaria la utilización de alguna de las coberturas que otorga la presente Póliza, el Asegurado tendrá que contactarse con la Compañía 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-ASSA (2503-2772)** o al correo electrónico: reclamosautoexp@assanet.com.

En caso de requerir asistencia, el Asegurado o Dependiente deberán comunicarse a la línea telefónica **(+506) 2503-2710** en el cual será atendido, con la finalidad de solicitar la coordinación de su atención.

De igual manera el Asegurado o Dependiente podrán informes actualizados de los proveedores de la Prestadora de Servicios a la línea telefónica **(+506) 2503-2710**.

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado y/o (los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite ante el Operador de Seguros Autoexpedibles con el cual adquirió la Póliza, o también podrá(n) 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 deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

En caso de que el reclamo sea presentado ante el Operador de Seguros Autoexpedibles, éste revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Compañía, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado y/o Beneficiario, o al Operador de Seguros Autoexpedibles en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales. El Asegurado y/o Beneficiario 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 de Siniestro 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 reclamación por un Siniestro:

PARA LA COBERTURA DE BÁSICA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

1. El formulario de Reclamación suministrado por la Compañía completado.
2. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. Original y copia de la factura pagada a la Clínica u Hospital donde fue atendido el Asegurado, o del documento probatorio donde se indique claramente la fecha y hora de ingreso y la fecha y hora de salida del Hospital o Clínica;
4. Copia del historial médico completo donde se indique claramente la razón de la Hospitalización y el nombre del(los) Médico(s) que atendieron el evento. En caso de que la Hospitalización inicial se extienda por más días, deberá aportar orden en la que se indique claramente la razón por la cual se extiende la Hospitalización y el nombre del Médico tratante.
5. Original y copia de la orden de Hospitalización del Médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre, el número de identificación del paciente y la razón de la Hospitalización, igualmente la fecha, el nombre, la dirección y el teléfono del Médico que la expidió.

PARA LA COBERTURA OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES:

1. El formulario de Reclamación suministrado por la Compañía completado.
2. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. Copia del historial e informe médico completo donde se indique claramente el Diagnóstico y el nombre del(los) Médico(s) que lo atendieron.
4. Exámenes o laboratorios que sirvieron de base para comprobar el Diagnóstico.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que haya una duda justificable. Además, tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

24. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

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

Revisión: Cualquier Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, está autorizado para 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 o Beneficiario, 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.

25. PAGO DE RECLAMACIONES

Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado o los Beneficiarios, 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.

26. 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. Tanto el Asegurado como el Beneficiario están obligados 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

27. 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.

28. 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.

29. 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 conforma a lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.
- Fallezca el Asegurado.

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

CONDICIONES VARIAS

30. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

La presente Póliza es un contrato de Adhesión definido en la categoría de Seguro de Personas, ramo de Salud en la línea de Renta por Hospitalización. Se emite bajo la modalidad de Seguro Autoexpedible.

31. EDAD

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad del Asegurado.

La Edad Mínima de Aceptación para constituirse como tomador del seguro será de dieciocho (18) años.

32. ELEGIBILIDAD

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

33. REHABILITACIÓN

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

34. DERECHO DE RETRACTO

El Asegurado tiene la facultad de revocar unilateralmente el Seguro, amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de adquisición de la Póliza de Seguro, siempre que no haya ocurrido el evento objeto de cobertura. La notificación de retracto deberá realizarse de conformidad con lo establecido en la cláusula "Comunicaciones y Notificaciones". En caso de que el Asegurado ejerza el derecho de retracto en el plazo indicado, la Compañía devolverá el 100% de la Prima pagada en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

35. 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.

36. PRESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE SEGURO

Las acciones que se derivan de la presente Póliza de Seguro y de los Addendum expedidos prescribirán transcurrido el plazo de cuatro (4) años, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

37. 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.

38. MONEDA

Este Seguro se contrata en la moneda que se indica en la Propuesta de Seguro, ya sea colones costarricenses o dólares de los Estados Unidos de América. Por lo tanto, los montos indicados en el



presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre el Asegurado y la Compañía se efectuarán en la moneda en que se haya pactado. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación con los límites o montos indicados en esta Póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica

No obstante, a elección del deudor de la obligación de pago, cualquier pago podrá efectuarse en colones costarricenses al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

39. 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.

40. 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.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

41. 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.

42. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este Seguro Autoexpedible, 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.

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

43. 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 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 P20-67-A05-847 de fecha 28 de enero del 2020.