

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE HOSPITALIZACIÓN POR RENTAS DIARIAS
CONDICIONES GENERALES

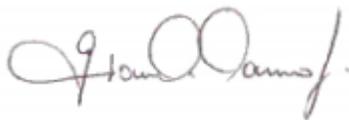
ÍNDICE

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	1
2. DEFINICIONES	2
3. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN.....	2
4. ÁMBITO DE COBERTURA	3
5. CONDICIONANTES DE LAS COBERTURAS BÁSICAS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	3
6. CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA	4
7. EXCLUSIONES	4
EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA:.....	5
8. SUMA ASEGURADA	5
9. PERÍODO DE COBERTURA A BASE DE OCURRENCIA.....	5
10. TERRITORIALIDAD	5
11. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO.....	5
12. PRIMA.....	6
13. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA	6
14. PERÍODO DE GRACIA.....	6
15. NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS Y ASISTENCIAS	6
16. VIGENCIA DEL SEGURO.....	7
17. PRÓRROGA.....	7
18. TERMINACIÓN DEL SEGURO	7
19. DERECHO DE RETRACTO	7
20. CONDICIONES VARIAS.....	7
21. INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	8
22. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	8

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (la “COMPAÑÍA”), 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.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.



Giancarlo Caamaño, Gerente General
Representante Autorizado

2. DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones.
2. **ASEGURADO:** Persona que se encuentra cubierta y debidamente registrada en la Propuesta de Seguro y quien contrata el mismo.
3. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, 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 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.
4. **DEDUCIBLE:** Número de días que el Asegurado permanece hospitalizado por los cuales no tiene derecho a indemnización.
5. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles el cual sintetiza las Condiciones Generales.
6. **DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:** Veinticuatro (24) horas en que el Asegurado se encuentra internado en un hospital.
7. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales, ocurrida durante la vigencia de la póliza. Bajo este concepto no se consideran enfermedades los eventos súbitos como tratamientos psiquiátricos o psicológicos, dentales, alveolares, gingivales, los requeridos por afecciones del embarazo, consumo de estupefacientes, curas de reposo, exámenes médicos de chequeo, tratamientos para control de peso o desórdenes alimenticios y cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual.
8. **GRUPO FAMILIAR:** Conjunto de personas formado por el Asegurado y su(s) Dependiente(s).
9. **HOSPITAL:** Establecimiento 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. 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.
10. **HOSPITALIZACIÓN / HOSPITALIZADO:** Situación en la que una persona esté registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice al menos un día completo (incluida la noche) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. No considera la hospitalización domiciliaria.
11. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en Costa Rica. 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.
12. **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
13. **PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene la oferta que realiza la Compañía y las condiciones particulares que declara el Asegurado.
14. **SERVICIO DE ASISTENCIA:** Agrupamiento de servicios técnicos y/o profesionales brindados por la Prestadora de Servicios, cuyo objetivo es respaldar al Asegurado ante eventos amparados en las presentes condiciones. Para poder gozar de estos servicios, el Asegurado deberá requerirlos y la Prestadora de Servicios deberá autorizarlos según corresponda, siempre y cuando se brinde la información y documentación solicitada y no se incumplan con aspectos de naturaleza legal.

3. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

La póliza se conforma por: Las Condiciones Generales, el Dersa y la Propuesta de Seguro. La interpretación de la póliza debe seguir el siguiente orden de prelación: La Propuesta de Seguro tiene prelación sobre las Condiciones Generales y en caso de contradicciones entre estos documentos y el Dersa se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

4.1. COBERTURA BÁSICA DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN

RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD

La Compañía pagará el monto diario de renta de acuerdo con el plan contratado, si el Asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad cubierta por la póliza, sujeto al período de espera, suma asegurada, límite de responsabilidad máximo y deducible indicado en la Propuesta de Seguro.

RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

La Compañía pagará el monto diario de renta de acuerdo con el plan contratado, si el Asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la póliza, sujeto a la suma asegurada, límite de responsabilidad máximo y deducible indicado en la Propuesta de Seguro.

4.2. SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA

Adicional a las coberturas antes descritas, el Asegurado dependiendo del plan contratado en la Propuesta de Seguro, podrá contar con los siguientes servicios de asistencia, siempre y cuando sean requeridos por consecuencia de un accidente o enfermedad.

- a. **Orientación telefónica:** Por solicitud del Asegurado vía telefónica, se le brindará: orientación nutricional, consulta y localización de mejores precios en medicamentos y farmacias, así como orientación médica en la utilización de medicamentos, sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas y farmacéuticas en general e interpretación de exámenes de laboratorio. Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo que el médico no diagnosticará o prescribirá.
- b. **Servicios de coordinación:** La prestadora de servicios le brindará y coordinará al Asegurado la visita de un fisioterapeuta a su domicilio para que le realice una terapia conforme a sus necesidades. En caso de emergencia se brindará y coordinará su traslado terrestre en ambulancia, únicamente desde el lugar de la emergencia hacia el hospital.

Límites:

Visita de fisioterapeuta a domicilio: Dos (2) visitas al año póliza, siempre y cuando se traten de tratamientos diferentes.

Traslado terrestre en ambulancia: Dos (2) traslados en el año póliza. En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con la Cruz Roja.

Servicio de referencias: La prestadora de servicios le brindará información referencial vía telefónica al Asegurado, sobre clínicas médicas y dentales, hospitales y laboratorios.

5. CONDICIONANTES DE LAS COBERTURAS BÁSICAS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

PERÍODO DE ESPERA

Aplica únicamente para hospitalizaciones por enfermedad y se establece en la Propuesta de Seguro. Para que una hospitalización por intervención quirúrgica o tratamiento de amigdalitis, adenoiditis o hernias, pueda ser cubierto, deberá haber transcurrido un período de espera de cuatro (4) meses.

DEDUCIBLE

El deducible se establece en la Propuesta de Seguro.

PERÍODO DE BENEFICIO

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará los días que el Asegurado haya estado hospitalizado, descontando los días de deducible.

El Asegurado está cubierto por cada día de hospitalización por enfermedad, hasta un máximo de ciento ochenta (180) días por hospitalización, lo que será el límite de responsabilidad máximo por hospitalización sin importar si es por enfermedad, por accidente o combinación de ambas causas.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad cubiertos 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.

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).

6. CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

- a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la prestadora de servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del Asegurado.
- b. Los servicios de orientación telefónica serán brindados sin límite de eventos en el año póliza.
- c. Los servicios médicos deberán ser previamente autorizados en una orientación médica telefónica.
- d. Para el servicio de visita de fisioterapeuta a domicilio:
- e. El horario hábil será de lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.
- f. En caso de cancelar una visita, se deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
- g. La visita tendrá una duración máxima de una (1) hora.
- h. El servicio de orientación telefónica con nutricionista será brindado en horario hábil de lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.
- i. Cualquier gasto adicional en los servicios debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por el Asegurado con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.
- j. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el Asegurado pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.

7. EXCLUSIONES

Esta póliza, de forma general en todas las coberturas, no cubre las pérdidas que se produzcan por:

- 1. Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
- 2. Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.**
- 3. Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado.**
- 4. Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.**
- 5. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.**
- 6. Riñas o peleas.**

7. El siniestro se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.
8. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección. Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres (cuando se conduzcan con fines distintos a su uso como transporte cotidiano y/o laboral) o acuáticas, actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.
9. Epidemias, endemia, pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.
10. Infección bacteriana, excepto aquellas causadas por medio de una herida accidental.

Exclusiones específicas a las Coberturas de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad y Accidente:

1. Hospitalización por cirugía plástica, cosmética o colocación de prótesis e implantes, salvo que sea necesaria como resultado de un accidente ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza y que se realice dentro de los seis (6) meses después del mismo.

Exclusión específica para las coberturas de asistencia:

1. Cualquier enfermedad crónica, medicamento o procedimiento diferente a la visita a domicilio.

8. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada cobertura se establece en Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

9. PERÍODO DE COBERTURA A BASE DE OCURRENCIA

El presente seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, aun si el reclamo se presenta después de vencida dicha vigencia.

10. TERRITORIALIDAD

Las Coberturas Básicas de Renta Diaria por Hospitalización garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar.

El servicio de asistencia garantiza protección únicamente dentro de la República de Costa Rica.

11. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

- a. Brindar la información requerida al momento de contratar el seguro, o bien, sobre la ocurrencia de siniestros y solicitudes del Servicio de Asistencia, de forma veraz y oportuna.
- b. Realizar el pago de la prima en tiempo y forma.
- c. Brindar la información relacionada la Ley 8204 sobre prevención de legitimación de capitales.
- d. Pago de deducible según se indique en la Propuesta de Seguro.

En caso contrario, la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

12.PRIMA

El Asegurado se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de prima, de acuerdo con lo establecido en la Propuesta de Seguro.

El pago de la prima será de pago fraccionado debiendo hacerse con la periodicidad indicada en la Propuesta de Seguro, dichos pagos se realizarán al medio de pago también indicado en la Propuesta de Seguro, sin aplicar recargos por pago fraccionado.

13.AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA

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 tal y como se establece a continuación y en la Propuesta de Seguro, en las secciones de monto de prima mensual por pagar por cada plan.

Grupo Etario	Prima Mensual				
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
Hasta los 64 años.	₡6.600	₡8.100	₡10.100	₡6.000	₡4.900
De 65 años a más	₡21.400	₡24.100	₡30.300	₡17.800	₡14.600

14.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.

15.NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS Y ASISTENCIAS

En caso de siniestro, el Asegurado deberá contactar a la Compañía, través de la línea telefónica **(+506) 2503-2772** o al correo electrónico: reclamosautoexp@assanet.com. En caso de requerir alguno de los servicios de asistencia o consultar sobre los proveedores de la misma, deberá comunicarse al teléfono **(+506) 2503-2772 opción 2**. Para poder gozar de estos servicios, el Asegurado deberá requerirlos y la prestadora de servicios deberá autorizarlos según corresponda, siempre y cuando se brinde la información y documentación solicitada y no se incumplan con aspectos de naturaleza legal.

Requisitos por presentar bajo las Coberturas Básicas de Renta Diaria por Hospitalización:

- El formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el Asegurado.
- Original y copia de la factura pagada a la clínica u hospital donde haya estado hospitalizado el Asegurado.
- Original y copia de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre y número de identificación del paciente, la razón de la hospitalización, fecha y hora de ingreso y salida, el nombre y el teléfono del médico que la expidió.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado. **No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

Luego de presentados todos los requisitos, la Compañía brindará respuesta al Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. A partir de la aceptación del reclamo la Compañía deberá efectuar el pago dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

16.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, salvo se pacte otra cosa en la misma. Lo anterior sujeto al pago de la prima en tiempo y forma también descritos en la Propuesta de Seguro.

17.PRÓRROGA

Esta póliza es prorrogable automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Asegurado 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 incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso de que la Compañía requiera incluir modificaciones en la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de prórroga.

18.TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este seguro se dará por terminado cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- 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 y se proceda conforme 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.

La Compañía salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada el seguro.

19.DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud Asegurado durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado, siempre y cuando no haya ocurrido un siniestro.

20.CONDICIONES VARIAS

A. 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.

B. MONEDA

Todos los valores de esta póliza serán expresados en la moneda que se indique en la Propuesta de Seguro.

En caso de que el seguro sea contratado en dólares de los estados unidos de américa y las obligaciones de la Compañía o del Asegurado se requieran cumplir en moneda nacional, se tomará

en cuenta el tipo de cambio de venta que el Banco Central de Costa Rica publique en la fecha en que se efectúe el pago.

C. 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 en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte Costa Rica o aquellas con las que Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos relacionados con eventos cubiertos bajo esta póliza cuando el Asegurado o beneficiarios, 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 objetivo similar.

D. 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.

21. INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de que el consumidor de seguros vea afectados sus derechos o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, tendrá derecho a acudir en primera instancia ante la Compañía, o bien, al **Centro de Defensa del Asegurado (CDA)**, al **teléfono 2291-0315**, **correo: clienteseguros@aap.cr**. En cada instancia no podrá superarse el plazo de diez (10) días hábiles para responder a partir de su presentación. Agotada la instancia del CDA podrá interponer la queja ante la SUGESE. En el caso de reclamación, podrá acudir a la instancia judicial o arbitral según acuerden las partes.

El Asegurado podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono (+506) 2243-5108 de la central telefónica.

22. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con este seguro serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado a través del medio de comunicación que haya indicado en la Propuesta de Seguro.

El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía la modificación del medio de comunicación, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última información de contacto.

Registro en SUGESE número: **P20-67-A05-965 de fecha 27 de Noviembre del 2021.**