

**ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO ONCOLÓGICO PLUS CON ASISTENCIAS
CONDICIONES GENERALES****ÍNDICE**

1.	COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	1
2.	DEFINICIONES	2
3.	BASES DEL CONTRATO	3
4.	ÁMBITO DE COBERTURA	3
5.	EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS	5
6.	BENEFICIARIOS	6
7.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES	7
8.	OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	7
9.	LEGITIMACIÓN DE CAPITALS.....	8
10.	PRIMA O TARIFA DE SEGURO.....	8
11.	PAGO DE LA PRIMA	8
12.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	9
13.	PERÍODO DE GRACIA	9
14.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA.....	9
15.	PLAZO DE RESOLUCIÓN	10
16.	VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA.....	10
17.	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	11
18.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADA.....	11
19.	CONDICIONES VARIAS	11
20.	CONTROVERSIAS	14
21.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	14

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, la “Compañía”, se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a las prestaciones se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurada con todos dichos términos y condiciones de la Póliza.



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

2. DEFINICIONES

Los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **ASEGURADA:** Persona física amparada por los beneficios de la Póliza, que forma parte del grupo asegurable del Tomador y es la titular del interés objeto del seguro, se adhiere a la Póliza y es a favor de quien se emite el Certificado Individual de Cobertura.
2. **BENEFICIARIO:** Persona designada por la Asegurada en el Certificado Individual de Cobertura, a quien cuando corresponda, se le realizará el pago del beneficio estipulado en la presente Póliza.
3. **CÁNCER:** Enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado y expansión de células malignas, que tienen la capacidad de invadir y destruir los tejidos corporales. En algunos casos, estas células pueden diseminarse a tejidos o estructuras adyacentes, así como a otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo o linfático, formando nuevas masas tumorales. A efectos de esta Póliza, se cubrirán aquellos cánceres agresivos de tipo leucemias, linfomas, melanomas distintos a los excluidos por esta Póliza, así como otros cánceres sólidos que se desarrollen en órganos específicos, incluyendo las metástasis de estos.
4. **CANCER IN SITU:** Tipo de cáncer que está contenido en la capa de células donde comenzó, sin extenderse a los tejidos cercanos ni a otras partes del cuerpo. Se encuentra en una etapa muy temprana, confinado a una capa llamada membrana basal, que separa el tejido que lo contiene de los tejidos internos del órgano. Debido a su etapa temprana y a que no se ha diseminado, el cáncer in situ puede ser tratado de manera efectiva con tratamientos médicos o quirúrgicos. Por lo general, no representa un gran riesgo para la salud si se detecta y se trata a tiempo.
5. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia que existía antes de la contratación de la Póliza. Incluye aquellas sobre las cuales se presentaron síntomas, se recibió tratamiento o cuidado, así como las diagnosticadas o en proceso de diagnóstico al momento de adherirse a la Póliza.
6. **DEDUCIBLE:** Días de hospitalización de la Asegurada por los cuales no tiene derecho a recibir indemnización.
7. **DIAGNÓSTICO:** Identificación y comprobación realizada por un médico especialista sobre una enfermedad, afección o lesión de la Asegurada, basándose en exámenes médicos correspondientes.
8. **DÍA DE HOSPITALIZACIÓN:** Veinticuatro (24) horas en que la Asegurada se encuentra internada en un hospital.
9. **EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental que pone en riesgo la vida y la integridad física de la Asegurada, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de asistencia. Una vez identificada deberá ser reportada a la Prestadora de Servicios durante las veinticuatro (24) horas siguientes de haber ocurrido.
10. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por la Asegurada, causada independientemente de hechos accidentales.
11. **HOSPITAL:** Institución legalmente autorizada para brindar atención médica, que proporciona servicios de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día, y que cuenta con instalaciones para efectuar diagnósticos, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se 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.
12. **HOSPITALIZACIÓN / HOSPITALIZADA:** Registro y admisión de la Asegurada como paciente a un hospital, como mínimo por veinticuatro (24) horas, para practicar el tratamiento respectivo, bajo el cuidado y supervisión de un médico.
13. **MÉDICO:** Persona con calificación en medicina y autorización legal para proveer servicios médicos o quirúrgicos en el área geográfica de su práctica. Se excluye al médico cuando es la Asegurada, su cónyuge, o familiar hasta el tercer grado de afinidad o consanguinidad.
14. **MÉDICO ESPECIALISTA:** Médico que ha realizado una formación adicional en un área específica de la medicina. Esta especialización le permite diagnosticar, tratar y controlar afecciones o lesiones de enfermedades específicas.

- 15. METÁSTASIS:** Diseminación de células cancerosas desde la ubicación del cáncer primario a un sitio diferente en el cuerpo, donde se forman nuevas masas tumorales. La metástasis puede ocurrir a través del torrente sanguíneo, el sistema linfático o por extensión directa a estructuras u órganos adyacentes.
- 16. MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde la Asegurada participa al Tomador un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de las coberturas otorgadas.
- 17. MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Tomador paga la totalidad de la prima por las coberturas otorgadas a todas las Aseguradas.
- 18. PERÍODO DE ESPERA:** Tiempo con posterioridad a la fecha contratación de la Póliza, durante el cual no se ampara reclamaciones bajo ciertas coberturas o prestación de algún servicio de asistencia. También obedece al período que debe transcurrir entre una y otra solicitud de servicios de asistencia.
- 19. PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia a través de su red proveedores.
- 20. SERVICIO DE ASISTENCIA:** Agrupamiento de servicios técnicos y/o profesionales brindados por la Prestadora de Servicios, cuyo objetivo es respaldar a la Asegurada ante eventos amparados en las presentes condiciones. Para poder gozar de estos servicios, la Asegurada 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.
- 21. SINIESTRO:** Ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad de la Asegurada que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- 22. TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos a la Compañía. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la Asegurada. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del seguro colectivo. El deber de informar a las Aseguradas, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

3. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro del Tomador, la Solicitud de Inclusión como Asegurada / Certificado Individual de Cobertura, las Condiciones Generales y Particulares. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

A. COBERTURA BÁSICA DE CÁNCER – PRIMER DIAGNÓSTICO

La Compañía pagará la suma asegurada de acuerdo con el plan contratado, si durante la vigencia del aseguramiento individual y una vez concluido el período de espera, la Asegurada, por primera vez en su vida, es diagnosticada de algún cáncer cubierto.

B. COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER DE GÉNERO

Adicional al pago que se indemnice bajo la Cobertura Básica de Cáncer – Primer Diagnóstico, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, de acuerdo con el plan contratado, si durante la vigencia del aseguramiento individual y una vez concluido el período de espera, la Asegurada, por primera vez en su vida, es diagnosticada de algún cáncer listado a continuación:

- Cáncer vaginal.
- Cáncer de útero (incluyendo cáncer de cérvix).
- Cáncer de mama.

- Cáncer de vulva.
- Cáncer de ovario.

C. COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE A CAUSA DE CÁNCER

Por medio de esta cobertura, la Compañía indemnizará a los beneficiarios la suma asegurada de acuerdo con el plan contratado, en el caso de que la Asegurada fallezca a consecuencia de cáncer y dicho fallecimiento suceda en el transcurso de trescientos sesenta y cinco (365) días a partir del primer diagnóstico, siempre y cuando, el diagnóstico haya sido realizado durante la vigencia del aseguramiento individual y concluido el período de espera.

D. COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE CÁNCER

La Compañía pagará el monto diario de renta de acuerdo con el plan contratado, si la Asegurada es hospitalizada como consecuencia del diagnóstico de un cáncer cubierto por la Póliza, sujeto a la suma asegurada, máximo de días a indemnizar y deducible indicados en el Certificado Individual de Cobertura.

E. SERVICIO DE ASISTENCIA

A consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente que afecte a la Asegurada, la prestadora de servicios le brindará los siguientes servicios de asistencia:

- Orientación nutricional o psicológica telefónica:** Se pondrá en contacto, vía telefónica, a la Asegurada con un profesional en nutrición quien le brindará consejos para tener una alimentación saludable, o bien, con un psicólogo quien le brindará recomendaciones generales en base a sus necesidades y cuando amerite se compartirá ejercicios con el fin de ayudar en la situación que atraviesa.
- Cita nutricional o psicológica en consultorio:** La prestadora de servicios le brindará y coordinará a la Asegurada, la cita en consultorio con un nutricionista o psicólogo.
- Traslado terrestre en ambulancia:** En caso de emergencia se le brindará y coordinará a la Asegurada, su traslado terrestre en ambulancia desde el lugar en donde ocurra la emergencia al centro hospitalario más cercano.

Límites:

Orientación nutricional telefónica: Este servicio tiene un tiempo de espera de treinta (30) días entre cada llamada.

Orientación psicológica telefónica: Este servicio tiene un tiempo de espera de treinta (30) días entre cada llamada.

Cita nutricional en consultorio: Dos (2) citas durante el período de vigencia, entre una cita y otra se establece un tiempo de espera de treinta (30) días, y sujeto a un período de espera de un (1) mes a partir de la fecha de contratación de la Póliza.

Cita psicológica en consultorio: Dos (2) citas durante el período de vigencia, entre una cita y otra se establece un tiempo de espera de treinta (30) días, y sujeto a un período de espera de dos (2) meses a partir de la fecha de contratación de la Póliza.

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

4.1. PERÍODO DE ESPERA

La Asegurada deberá completar un período de espera de noventa (90) días calendario para poder utilizar cualquier cobertura diferente al servicio de asistencia.

4.2. ENFERMEDAD EXCLUYENTE

Los pagos efectuados bajo las coberturas en que la Asegurada haya sido indemnizada por haber sido diagnosticada por primera vez en su vida de algún cáncer cubierto, excluye la posibilidad de que pueda presentar una nueva reclamación por otro tipo de cáncer durante la misma vigencia del aseguramiento individual. Es decir, la Compañía solo cubrirá un (1) tipo de cáncer por cada vigencia de aseguramiento individual.

Por lo que queda entendido que el pago de cualquier indemnización significará la terminación definitiva de cobertura para el mismo cáncer durante el tiempo que la asegurada forme parte del grupo asegurado de la Póliza.

4.3. LIMITANTES 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 de la Asegurada.
- b. El servicio de traslado terrestre en ambulancia deberá ser previamente autorizado en una orientación médica telefónica.
- c. Para todo servicio de orientación telefónica:
 - Los servicios serán brindados sin límite de llamadas durante la vigencia del aseguramiento individual.
 - El horario hábil será de lunes a viernes de 10:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábado de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.
 - La orientación no excederá de treinta (30) minutos por llamada.
 - No se diagnosticarán enfermedades o padecimientos nutricionales, psicológicos o psiquiátricos, por lo que no se brindarán terapias, programas de dietas, llamadas de seguimiento o tratamiento, así como orientaciones grupales.
- d. El servicio de orientación psicológica telefónica deberá ser solicitado con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación para su coordinación.
- e. Para los servicios de cita en consultorio:
 - 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 las 12:00 p.m.
 - La cita en consultorio no excederá de una (1) hora por cita.
- f. La Asegurada deberá remitir al personal de la prestadora de servicios todos los documentos o respaldos que se le soliciten y se ameriten para la coordinación de los servicios de asistencia.
- g. Cualquier costo debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por la Asegurada con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.
- h. En caso de que la Asegurada se vea en la necesidad de cancelar una cita, deberá avisar a la prestadora de servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
- i. La prestadora de servicios quedará sin responsabilidad alguna ante las decisiones o acciones que la Asegurada pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.
- j. La prestadora de servicios estará exenta de cualquier responsabilidad en caso de que la Asegurada manifieste su voluntad expresa de no requerir o no querer recibir el servicio recomendado por la prestadora de servicios; así como de cualquier acción que la Asegurada lleve a cabo derivado de la no aceptación del servicio recomendado.

5. EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS

5.1. EXCLUSIONES

Las siguientes exclusiones aplican de forma general a todas las coberturas diferentes al servicio de asistencia.

1. Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.
2. 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.
3. Sometimiento de la Asegurada a radiación permanente, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
4. Cáncer "in situ".
5. Se excluyen los siguientes tumores:
 - a. Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica, si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
 - b. Leucemia linfocítica crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI o estadio A1 de Binet.
 - c. Melanomas y todos los cánceres de piel que se encuentren en una etapa anterior al Estadio III en la escala de Breslow o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.
 - d. Micro-carcinoma papilar de la tiroides o T1N0M0 de menos de 1cm de diámetro.
 - e. Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.
 - f. Tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana.

Exclusiones aplicables al Servicio de Asistencia

1. Cualquier enfermedad mental, crónica, preexistente, medicamentos o procedimientos médicos diferentes a los descritos, estarán excluidos de los servicios de asistencia.
2. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.

5.2. SUMA ASEGURADA

Las sumas aseguradas máximas que amparará la Compañía por cobertura se encuentran detalladas en el Certificado Individual de Cobertura de acuerdo con el plan contratado.

5.3. PERÍODO DE COBERTURA

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, es decir, a base de ocurrencia.

5.4. TERRITORIALIDAD

Las coberturas del este seguro garantizan a la Asegurada protección en todo momento y lugar, durante la vigencia del seguro.

5.5. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurada, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de su inclusión en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de cualquier aumento de suma asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

6. BENEFICIARIOS

La Asegurada designará a uno o más beneficiarios para la Cobertura Adicional de Muerte a Causa de Cáncer. Tal designación se hará al momento de contratar la Póliza y estos quedarán descritos en el Certificado Individual de Cobertura.

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.

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad se deben nombrar estos y no sus tutores o representantes legales. Si se nombra beneficiario a un mayor de edad en el seguro como representante del menor, no cumple con los efectos correspondientes.

7. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador y Asegurada, tendrán las siguientes obligaciones descritas a continuación, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza o el aseguramiento individual en caso de que el Tomador o la Asegurada incumpla alguna obligación.

7.1. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

- a. Pagar la prima correspondiente por la totalidad de Aseguradas que conforman el grupo asegurado dentro de los plazos establecidos.
- b. Cumplir con la entrega de información para el registro de aseguradas, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes.
- c. Colaborar con la Compañía para facilitar la comunicación con las Aseguradas y llevar a cabo las gestiones necesarias durante el procedimiento en caso de siniestro
- d. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo y para la presentación de reclamos.
- e. Cuando exista un intermediario de seguros, el Tomador tiene la obligación de informar a las Aseguradas sobre su participación. Si se trata de una sociedad corredora de seguros, debe especificar si proporciona asesoramiento con honorarios que serán asumidos por el Tomador, y proporcionar una descripción detallada de sus obligaciones y responsabilidades.
- f. En caso de que la inclusión de una Asegurada en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador deberá especificar a las Aseguradas de manera clara y precisa si la contratación de la Póliza es obligatoria u opcional para los miembros del grupo asegurable. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan a la Asegurada.

Si el Tomador incumple alguna de las funciones descritas y esto causa un daño a la Asegurada, estará obligado a resarcir los daños y perjuicios ocasionados. La Compañía podrá asumir inicialmente la indemnización por la pérdida a la misma Asegurada; en ese caso, el Tomador deberá reembolsar a la Compañía el monto indemnizado.

7.2. OBLIGACIONES DE LA ASEGURADA

- a. Pagar el Tomador el aporte económico correspondiente para el pago de la prima cuando se tome la Póliza bajo la modalidad contributiva.
- b. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ella conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo y en la presentación de siniestros.
- c. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

8. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en la que incurra el Tomador o la Asegurada en la declaración del riesgo se registrará conforme el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una Póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las primas no devengadas. Si el pago de la prima es mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

9. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario "Conozca a su Cliente" el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso de que el Tomador incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador o a la Asegurada, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del seguro.

10. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La prima o tarifa de seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Cobertura de la misma y para su determinación, serán calculadas según el grupo etario al cual pertenezca la Asegurada verificándola con la fecha de nacimiento indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La compañía podrá ajustar el valor de la prima cuando la Asegurada supere cada grupo etario como se muestra a continuación:

Grupo Etario	Ajuste que se aplica sobre la prima del grupo etario anterior
De 30 a 39 años de edad.	Hasta un 140% dependiendo del plan contratado
De 40 a 49 años de edad.	Hasta un 120% dependiendo del plan contratado
De 50 a 59 años de edad.	Hasta un 110% dependiendo del plan contratado
De 60 a 65 años de edad.	Hasta un 60% dependiendo del plan contratado
De 66 a 75 años de edad.	Hasta un 120% dependiendo del plan contratado
De 76 a 85 años de edad.	Hasta un 130% dependiendo del plan contratado
De 86 años de edad a más.	Hasta un 140% dependiendo del plan contratado

No se trata de un recargo en la prima si no tarifas niveladas por cada uno de los grupos etarios.

En la fecha de vencimiento de la vigencia del aseguramiento individual o de la Póliza, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito a la Asegurada y Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la vigencia. Una vez que la Asegurada y Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación del aseguramiento individual o de la Póliza, lo que corresponda, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso de que no solicite la rectificación o terminación, se considerará que la Asegurada y/o Tomador ha aceptado la modificación de la tarifa del seguro.

11. PAGO DE LA PRIMA

Si la modalidad del pago de la prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como contributiva, el Tomador y la Asegurada acordarán la proporción de la prima que será asumida por el Tomador y la proporción del aporte económico que la Asegurada deberá realizar al Tomador para el pago de la prima a la Compañía, esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Si la modalidad del pago se establece como no contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la

totalidad de la prima. Todo pago a realizarse por el Tomador deberá efectuarse en la oficina principal de la Compañía y/o sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Compañía para tal fin.

Si la Póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, la Asegurada podrá realizar el pago del aporte económico por concepto de prima mediante pagos realizados con la periodicidad que se establezca en el Certificado Individual de Cobertura, por adelantado, con cargo automático al medio de pago acordado.

12. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda la devolución de primas, la Compañía seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza:

- **Contributiva:** La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador, quien reintegrará a la Asegurada las proporciones de sus aportes económicos para el pago de la prima.
- **No Contributiva:** La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de primas deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días hábiles después de la fecha en que procede dicha devolución.

13. PERÍODO DE GRACIA

La Compañía otorga un período de gracia de sesenta (60) días naturales para el pago de la prima contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima según la periodicidad de pago pactada entre las partes en la Solicitud de Seguro del Tomador y el Certificado Individual de Cobertura. La fecha de vencimiento del pago de la primera prima se determina en el momento en que la Compañía acepta el riesgo de manera expresa y por escrito.

Si durante el período de gracia ocurre un evento que es objeto de esta cobertura, la Compañía cubrirá los siniestros que ocurran en este plazo.

14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de la ocurrencia de un evento el Tomador, la Asegurada o sus beneficiarios deben comunicar a la Compañía por cualquier medio la ocurrencia de este, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. Como principales medios para dar aviso de siniestro deberá comunicarse al correo electrónico: servicio@assanet.com o a través de la línea telefónica **(+506) 2503-2705**; En caso de requerir alguno de los servicios de asistencia o consultar sobre los proveedores de la misma, se podrá comunicar al número **(+506) 6040-4001**.

El Tomador, la Asegurada o los beneficiarios, están en la obligación de trasladar toda la información del reclamo a la Compañía para su debido proceso. La Compañía está obligada a procesar el reclamo, siempre y cuando el evento acontezca durante la vigencia del aseguramiento individual y la Asegurada esté incluida en el registro de aseguradas.

Requisitos por presentar:

a. Para todo reclamo:

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad de la Asegurada. 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 la Asegurada.

b. Bajo la Cobertura Básica Cáncer – Primer Diagnóstico y Cobertura Adicional de Cáncer de Género.

- Copia del historial e informe médico completo donde se indique claramente el diagnóstico y el nombre del(los) médico(s) especialistas que la atendieron.
- Exámenes o laboratorios que sirvieron de base para comprobar el diagnóstico.

c. Bajo la Cobertura Adicional de Muerte a Causa de Cáncer.

- Original y copia del certificado de defunción de la Asegurada. En caso de que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente, o bien, con el trámite de apostillado respectivo.

d. Bajo la Cobertura Adicional de Renta Diaria por Hospitalización a Causa de Cáncer.

- Original y copia de la factura pagada a la clínica u hospital donde haya estado hospitalizada la Asegurada.
- Original y copia de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre y número de identificación de la Asegurada, la razón de la hospitalización, fecha y hora de ingreso y salida, el nombre y el teléfono del médico que la expidió.

En adición, en ausencia de cualquier documento o información relativa al siniestro la Asegurada podrá aportar cualquier documento o información que sea reconocida en derecho como válida para determinar la ocurrencia del siniestro y comprobar sus características cualitativas y cuantitativas.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de la Compañía de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida liberará a esta de su obligación de indemnizar.

15. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado Seguros N°8956, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la cláusula Procedimiento en Caso de Siniestro o Solicitud de Servicio de Asistencia. Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contando a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

16. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

El período de vigencia de la Póliza Colectiva será de un año contado a partir de la fecha de contratación. La vigencia de cada aseguramiento individual será de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia consignada en el Certificado Individual de Cobertura.

La Póliza y el aseguramiento individual son prorrogables anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Tomador o Asegurada, quien corresponda, expresen lo contrario con anticipación a la fecha de vencimiento, o que estos no cumplan con los requisitos de asegurabilidad o se encuentren incluidos en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial.

El Tomador podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un anexo, de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del período de gracia antes indicado.

En caso de que se lleven a cabo modificaciones a la Póliza, el Tomador le comunicará a las Aseguradas con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha en que entra en vigencia tal modificación, para que estas ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todas las Aseguradas sean notificadas al medio que la Asegurada exprese en el Certificado Individual.

Una vez inicie la vigencia de la Póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador.

17. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a. A solicitud expresa del Tomador.
- b. Por falta de pago de la prima total o parcial, según lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- c. Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En caso de que se lleve a cabo la terminación anticipada de la Póliza, el Tomador le comunicará a las Aseguradas con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la terminación, para que ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todas las Aseguradas sean notificadas al medio que cada Asegurada exprese en el Certificado Individual de Cobertura.

18. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADA

La Compañía se obliga a notificar a la Asegurada, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto terminar su aseguramiento individual, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas para cada Asegurada terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a. Cancelación de la tarjeta de crédito o débito de la Asegurada o el medio de pago especificado.
- b. Cese la condición que la hace ser parte del grupo asegurable.
- c. Fallecimiento de la Asegurada.
- d. Por falta de pago de la prima total o parcial, según lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- e. El Tomador solicite la baja de la Asegurada.
- f. Por solicitud de la Asegurada.
- g. Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

19. CONDICIONES VARIAS

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo, con coberturas básicas y adicionales, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción. El seguro colectivo operará bajo modalidad contributiva o no contributiva según se indique en el Certificado Individual de Cobertura.

B. ELEGIBILIDAD

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.

Teléfono (506) 2503-2700 Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

Son elegibles para ser Aseguradas, todas aquellas mujeres mayores de dieciocho (18) años de edad que residen en Costa Rica.

C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DE SEGURO DEL TOMADOR

La Solicitud de Seguro del Tomador que cumpla con todos los requerimientos de la Compañía deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Compañía no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro del Tomador se entenderá aceptada a favor de la solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Compañía deberá indicar a la solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. Si el Tomador no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso de que la Asegurada ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

D. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de esta Póliza serán expresados en la moneda que se indique en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Cobertura, dólares de los Estados Unidos de América o colones costarricenses. En caso de que algún pago se realice en una moneda distinta a la contratada, se realizará al de cambio de venta 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.

E. COMISIÓN DEL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Por la gestión y administración de la Póliza, la Compañía podrá reconocer una comisión al Tomador o al Intermediario de Seguro que constará en el Certificado Individual de Cobertura, para conocimiento de cada Asegurada. Cuando corresponda, esta comisión incluirá todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de la Póliza, aún los los costos indirectos en los casos donde los miembros del grupo asegurable decidan optar por otro seguro.

F. INCLUSIÓN DE ASEGURADAS

Toda persona que pertenezca al grupo asegurable y desee formar parte del grupo asegurado deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de solicitud de inclusión como Asegurada.

G. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

La Compañía emitirá un Certificado Individual de Cobertura que el Tomador entregará a la Asegurada como constancia de adhesión al seguro, indicando la fecha de inicio de la vigencia del aseguramiento individual y la suma asegurada para cada cobertura.

H. REGISTRO DE ASEGURADAS

Conforme a la información suministrada por el Tomador, la Compañía llevará un registro de aseguradas que trasladará al Tomador cinco días antes del último día del mes para su revisión, en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, coberturas, sumas aseguradas, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurada, así como el número de Certificado Individual de Cobertura que le corresponde.

El Tomador será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el reporte de aseguradas con la siguiente información:

- a. La lista de los nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como aseguradas, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación de la Asegurada, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada.
- b. La lista de las Aseguradas para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo de aseguradas y por ende la terminación de la cobertura para dichas Aseguradas.

Este registro de aseguradas será proporcionado al Tomador previa prórroga de la Póliza para que pueda validarlo.

I. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL

La Compañía y el Tomador informarán a la Asegurada las modificaciones que correspondan con un plazo de treinta (30) días naturales previos a la fecha de efectividad de la modificación.

Adicionalmente, la Compañía y el Tomador informarán a la Asegurada la terminación de la Póliza o el aseguramiento individual con un plazo de cuarenta y cinco (45) días naturales previos a la fecha de efectividad de la terminación.

En ambos casos, la notificación se efectuará por el medio que la Asegurada exprese en el Certificado Individual de Cobertura.

J. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada a la Compañía tanto por el Tomador como por la Asegurada será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte de la Asegurada en lo que refiere a su información personal, o ante requerimiento de la autoridad competente.

K. TRASPASO O CESIÓN

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que, de sus derechos sobre el seguro, haga la Asegurada o Tomador.

L. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

M. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta Póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

N. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de un Certificado Individual de Cobertura, según el caso, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del interesado. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

O. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

20. CONTROVERSIAS

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.

21. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador en la Solicitud de Seguro y cada Asegurada en el Certificado Individual de Cobertura según sea el caso. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a correo electrónico. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza por medio de Anexo.

En caso de que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las consultas sobre las condiciones de esta póliza podrán ser atendidas a través del número de teléfono (+506) 2503-2700 en la opción 1, al correo electrónico: servicio@assanet.com, o el sitio web www.assanet.cr/ al cual pueden acceder tanto Tomador, la Asegurada, como las miembros del grupo asegurable para recibir la información y asesoría que necesiten

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 8653 bajo el(los) registro (s) número P14-26-A05-1058 de fecha 08 de octubre del 2022 con fecha de actualización 14 de diciembre del 2024.