

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS
SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PROTECCIÓN PLUS
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.....	7
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD .	7
3. COBERTURA BÁSICA.....	7
4. COBERTURA ADICIONAL	7
5. COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA	7
6. SUMA ASEGURADA	9
SECCIÓN II: EXCLUSIONES.....	9
7. EXCLUSIONES	9
SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA.....	12
8. PERIODO DE ESPERA	12
9. PERIODO DE BENEFICIO	12
10. HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS.....	12
11. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD MÁXIMA	12
12. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	13
13. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA.....	13
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	13
14. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	13
OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES	13
15. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	13
16. OBLIGACIONES DEL OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES Y ASEGURADO	14
17. DEDUCIBLE	14
18. OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS.....	15
19. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO SOBRE LAS ASISTENCIAS	15
20. NULIDAD DE LA PÓLIZA	15

21.	FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA	15
22.	PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES Y EL ASEGURADO)	15
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS.....		16
23.	PAGO DE LA PRIMA	16
24.	PERIODO DE GRACIA	16
25.	FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA	16
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....		17
26.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	17
27.	DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO	18
28.	PAGO DE RECLAMACIONES	18
29.	INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS	18
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES.....		19
30.	PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	19
31.	VIGENCIA DEL SEGURO	19
32.	RENOVACIÓN	19
33.	TERMINACIÓN DEL SEGURO	19
CONDICIONES VARIAS		19
34.	EDAD	19
35.	ELEGIBILIDAD	20
36.	REHABILITACIÓN	20
37.	DERECHO DE RETRACTO	20
38.	PRESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE SEGURO	20
39.	MONEDA	20
40.	PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	20
41.	LEGISLACIÓN APLICABLE	21
42.	CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	21
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS		21
43.	CONTROVERSIAS	21
COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....		21
44.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	21

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 Operador de Seguros Autoexpedibles y/o Asegurado con todos 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 como:
 - **ASEGURADO TITULAR / PRINCIPAL:** Cuando así aparezca en la Propuesta de Seguro o de;
 - **CÓNYUGE:** Cuando así aparezca en la Propuesta de Seguro.
3. **CARENCIA (PERÍODO DE):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de contratación del seguro, durante el cual no se ampara la reclamación.
4. **COMPAÑÍA / ASEGURADORA:** 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 Asegurado Titular y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
5. **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, 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.
6. **CÓNYUGE:** Cualquiera de las personas físicas que forman parte de un matrimonio o personas que vivan en unión libre como compañeros de vida, quien al ser incluido dentro de la cobertura de la Póliza será también llamado Asegurado.
7. **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 las cuales el Asegurado no tiene derecho a indemnización.
8. **DISPUTABILIDAD (PERÍODO DE):** 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 el presente contrato.
9. **DECLINACIÓN:** Rechazo de una solicitud de indemnización.
10. **DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:** Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas a partir de la orden de internamiento en que el Asegurado se encuentre internado en un hospital.
11. **EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
12. **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 hasta un máximo de 24 horas después de haber ocurrido.
13. **ENFERMEDAD CUBIERTA:** 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. Se entienden cubiertas las Enfermedades que no se encuentren expresamente excluidas en la póliza.
14. **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.

15. **FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:** Es el método aceptado por la Compañía y que puede utilizar el Asegurado Titular para el pago de la Prima, que puede ser cualquiera de las siguientes formas: efectivo, cheque debidamente acreditado, transferencia bancaria, tarjeta de débito y/o tarjeta de crédito. Todo pago de la Prima deberá hacerlo el Asegurado dentro del Plazo de Gracia que adelante se indica. Se entiende que para que el cheque sea aceptado por la Compañía como una Forma de Pago de la Prima, este debe de haber sido debidamente acreditado en la cuenta de la Compañía.
16. **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 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.
17. **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.
18. **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.
19. **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.
20. **MÉDICO ESPECIALISTA:** Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictar diagnósticos o prescribir tratamientos para Enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza.
21. **PERIODICIDAD DEL PAGO DE LA PRIMA:** Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima. Para efectos de esta Póliza, el pago de la Prima puede hacerse de forma total contra entrega de la Póliza, o bien de forma mensual, trimestral, semestral o anual, sin que exista recargo alguno en caso de pago fraccionado. La Periodicidad del Pago de la Prima la determina el Asegurado Titular y se establece en la Propuesta de Seguro.
22. **PERÍODO DE ESPERA:** Se refiere al período en que el Asegurado aun estando vigente la Póliza, no cuenta con cobertura del seguro.
23. **PLAN:** Alternativa seleccionada por el Asegurado en la Propuesta de Seguro donde se indica claramente la suma asegurada por cobertura y la Prima a pagar.
24. **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, Addendum y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.
25. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Es la empresa que actuará como la operadora y prestadora de servicios de asistencia incluidos en la presente póliza.
26. **PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.

27. **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.
28. **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 el contrato.
29. **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (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 decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente, y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
30. **SUICIDIO:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
31. **SUMA ASEGURADA:** Es el valor que define el Asegurado en la Propuesta de Seguro, de acuerdo al Plan elegido cuyo importe es la cantidad diaria que está obligada a pagar la Compañía en caso de
32. **TELEDOCTOR:** Es una aplicación móvil innovadora de Telemedicina enfocada en la atención primaria y preventiva de salud a distancia.
33. **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.
34. **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.
35. **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI):** Instalación especial en el centro hospitalario, destinada a un monitoreo constante y a la atención de pacientes con alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida. Es sinónimo de Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), Unidad de Cuidados Críticos (UCC) y Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La póliza del Seguro Autoexpedible se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, la Propuesta de Seguro y 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: La Propuesta de Seguro tiene 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 COMPLETA

INDEMNIZACIÓN 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 al Plan elegido, sujeto al Período de Espera, Suma Asegurada, Límite de Responsabilidad Máxima y Deducible indicado en la Propuesta de Seguro, si el Asegurado es Hospitalizado a causa de una Enfermedad cubierta según los términos de la Póliza.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHa)

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

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (IDHuci)

La Compañía pagará al Asegurado el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto a la Suma Asegurada, Límite de Responsabilidad Máxima y Deducible indicado en la Propuesta de Seguro de acuerdo al Plan elegido, si el Asegurado es Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, a causa de una Enfermedad o Accidente cubiertos según los términos de la Póliza.

4. COBERTURA ADICIONAL

4.1. INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE

La Compañía ofrece al Asegurado Titular, mediante el pago adicional de prima, la inclusión opcional para el Cónyuge, el cual podrá gozar de los beneficios contratados hasta el cincuenta por ciento (50%) de las Sumas Aseguradas contratadas por el Asegurado Titular. De igual manera que al Asegurado Titular, al Cónyuge le serán aplicadas las condiciones y exclusiones detalladas en estas Condiciones Generales.

5. COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

5.1. SERVICIO DE ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA Y AMBULANCIA

5.1.1. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA POR EMERGENCIA CON MOTIVO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

La Prestadora de Servicios brindará el traslado médico terrestre en ambulancia en caso de que el Asegurado, a consecuencia de una emergencia causada por Accidente o Enfermedad, requiera y solicite ser trasladado al centro hospitalario más cercano con previa evaluación y aprobación del médico o personal de cabina de la Prestadora de Servicios. En caso de que el Asegurado no se pueda comunicar, el servicio lo podrá solicitar cualquier persona que se encuentre con el Asegurado y que pueda brindar la información que solicite.

El operador 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.

El servicio será brindado por dos (2) eventos 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, dicho excedente será asumido por el mismo.

5.1.2. CONSULTA PRESENCIAL O A DOMICILIO CON ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA

Por solicitud del Asegurado, la Prestadora de Servicios brindará una consulta presencial o a domicilio con un Fisioterapeuta.

El servicio se brindará una (1) vez al año con un lapso no mayor de 1 hora por sesión al Asegurado. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el Asegurado pueda llegar a realizar y de cualquier determinación que éste adopte por la consulta.

5.1.3. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Por solicitud del Asegurado, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al Asegurado con un profesional de la salud para que le brinde una orientación médica telefónica ante cualquier Emergencia o para orientarlo en la utilización de medicamentos y en la prevención de automedicación, así como con orientación sobre síntomas, recomendaciones médicas en general e interpretación de exámenes de laboratorio.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

5.1.4. EXÁMENES DE LABORATORIO PAPANICOLAOU O ANTÍGENO PROSTÁTICO

Por solicitud telefónica del Asegurado, la Prestadora de Servicios podrá brindar la autorización para realizar un examen de Papanicolaou, a mujeres mayores de 30 años de edad o el antígeno prostático, a hombres mayores de 40 años de edad. Será brindado con un proveedor de salud de la red médica de la Prestadora de Servicios.

El servicio se prestará a partir del sexto mes de permanencia en el seguro (cumplidos y pagados). Este servicio se prestará por un (1) evento anual sin límite máximo de cobertura.

La asignación del proveedor se realizará vía telefónica a la Cabina de Atención al momento de ser solicitado por el Asegurado.

5.2. SERVICIO DE ASISTENCIA TELEDOTOR

5.2.1. TELEDOTOR

Por solicitud del Asegurado, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al Asegurado con un profesional de la salud de Teledotor, a través de la aplicación tecnológica de Teledotor, para que le brinde una orientación médica, ante cualquier emergencia, utilización de medicamentos en la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén aquejando al paciente, recomendaciones médicas en general, vacunación, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, guardando un récord clínico.

Para descargar la aplicación, el Asegurado 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 Teledotor en Google Play o App Store.
3. Afiliarse a la aplicación para verificar cobertura (Ingresar datos solicitados, ejemplo: nombre, número de teléfono y cualquier otra información solicitada).
4. Podrá hacer uso de la aplicación de acuerdo con el número de servicios indicados adelante en el presente condicionado.

El servicio busca brindar orientación médica al Asegurado, a través de videollamada, con el fin de apoyar en la solución más adecuada dependiendo del caso.

El servicio se brindará veinticuatro (24) horas trescientos sesenta y cinco (365) días al año con atención de Médico General.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos mensuales.

5.3. SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA:

En caso de requerir asistencia, el Asegurado deberá comunicarse a nuestro Call Center de Servicio al cliente **(506) 4404-1193** en el cual será atendido, con la finalidad de solicitar la coordinación de su atención con el proveedor afiliado a la red que se encuentre más cercano a su ubicación.

De igual manera el Asegurado o Beneficiarios podrán pedir informes actualizados vía telefónica **(506) 4404-1193** de los proveedores de la Prestadora de Servicios, así como de la red de descuentos con la que está afiliada la Prestadora de Servicios.

5.4. GENERALIDADES DE LAS ASISTENCIAS:

1. La Prestadora de Servicios se compromete a prestar la asistencia siempre y cuando sean brindados y coordinados para beneficio del Asegurado. Sujeto a la disponibilidad del proveedor en los cantones centrales de 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 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 médica por parte del proveedor del servicio subcontratado.
4. La Prestadora de Servicios se compromete a la atención de asistencias médicas únicamente dentro de la República de Costa Rica.
5. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el cliente 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 de competencias ya sea profesional o amateur.
 - 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. Esta Póliza no indemnizará Hospitalizaciones a consecuencia de:
- 3.1. Condiciones médicas o Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales las establecidas en el artículo de las definiciones.
 - 3.2. 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. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el Asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.
 - 3.5. Hospitalización para el 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. 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 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. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
 - 3.13. Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
 - 3.14. Internamiento en un Hospital que no reúna los requisitos descritos en las definiciones.
 - 3.15. Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.
 - 3.16. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.
 - 3.17. 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.
 - 3.18. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.
 - 3.19. Manejo del dolor.
 - 3.20. Reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.
 - 3.21. Períodos de cuarentena o aislamiento.
4. Exclusiones de la Cobertura de Servicios de Asistencia:

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

- 4.1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios de salud.
- 4.2. Los servicios que el Asegurado haya contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.
- 4.3. Los servicios médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
- 4.4. Los servicios médicos para enfermedades o lesiones derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes.
- 4.5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica. Ni por enfermedades mentales.
- 4.6. Los gastos derivados de lesiones ocasionadas por prácticas deportivas profesionales.
- 4.7. Cuando el Asegurado se niegue a colaborar con el personal designado por de la Prestadora de Servicios para la prestación de los servicios de asistencia.
- 4.8. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de aerolitos, otros, etc.
- 4.9. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular. Hechos o actuaciones de la Fuerza Pública y otros cuerpos de seguridad.
- 4.10. Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- 4.11. Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- 4.12. Cuando el Asegurado no se identifique como Asegurado de los servicios de asistencia.

- 4.13. Cuando el Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- 4.14. En todo caso la Prestadora de Servicios no prestará los servicios de asistencia descritos en la presente póliza cuando el lugar de solicitud no cuente con la infraestructura pública, privada, de seguridad e impida la realización de dicho servicio. Será una obligación para de la Prestadora de Servicios poner en conocimiento al Asegurado de tales circunstancias.
- 4.15. En caso de que el Asegurado incumpla en reportar la necesidad del servicio de asistencia dentro de las 24 horas una vez identificada su necesidad.

Todos los servicios de asistencia contemplados en el presente condicionado tienen sujeta la prestación de los servicios siempre y cuando la infraestructura privada permita el desplazamiento del personal (proveedores).

SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA

8. PERIODO DE ESPERA

El Periodo de Espera en el caso de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad se estipula en treinta (30) días naturales. Para el resto de los casos no se establece Periodo de Espera.

9. 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 a la Suma Máxima Asegurada establecida 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 estas condiciones, como límite de responsabilidad máxima por Enfermedad o Accidente, si a consecuencia de estas haya sido necesaria la hospitalización del Asegurado ya sea o no en la Unidad de Cuidados Intensivos debidamente certificada por un Médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

10. HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

10.1. 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, cada período de Hospitalización será considerado como la continuación del anterior, a efecto de calcular la responsabilidad máxima del beneficio en días.

10.2. En el caso de ocurrir una Hospitalización sucesiva luego de haber transcurridos trescientos sesenta y cinco (365) días 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).

10.3. Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente. Asimismo, se considera que una misma Enfermedad o Accidente que sobrepase los trescientos sesenta y cinco (365) días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo en la vigencia siguiente, en caso de renovación de la Póliza. El seguro sí cubrirá cualquier otra Enfermedad o Accidente que se produzca en la renovación.

11. 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 al Plan elegido en la Propuesta de Seguro, ya sea por Hospitalización a causa de Accidente, Enfermedad o combinación de ambas causas, se encuentre o no Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

12. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La cobertura del Asegurado será disputable únicamente durante los primeros dos (2) años de vigencia de la póliza; sin embargo, siempre será disputable por declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado u Operador de Seguros Autoexpedibles actuando con dolo, según se detalle en la cláusula “Nulidad de la Póliza”.

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 hechos 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.

13. 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

14. 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 de la póliza que son nombrados por el Asegurado Titular. 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

15. 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.

16. OBLIGACIONES DEL OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES Y ASEGURADO

El Operador de Seguros Autoexpedibles y/o Asegurado están obligados 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 no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, 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 Operador de Seguros Autoexpedibles y/o Asegurado deberán cancelar la prima en las fechas establecidas para tales efectos. En caso de que se encuentren morosos en el pago de la prima, la Compañía estará facultada a dar por terminado anticipadamente el contrato, o bien, proceder con el cobro de la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el contrato 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, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

Durante el trámite del reclamo, el Asegurado deberán 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.

17. DEDUCIBLE

El 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 las cuales el Asegurado no tiene derecho a indemnización.

18. OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

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

- 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.
- 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.

19. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO SOBRE LAS ASISTENCIAS

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

- Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con de la Prestadora de Servicios.
- Identificarse como Asegurado 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 el presente documento.
- Ser Asegurado activo de los servicios prestados y permanecer al día en los pagos asociados a tal servicio.
- Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente de la Prestadora de Servicios.

20. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Este contrato 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. 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 Tomador, 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.

21. 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.

22. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES Y EL ASEGURADO)

Durante la vigencia del presente Seguro, incluidos los trámites de indemnización, el Operador de Seguros Autoexpedibles y/o Asegurado se comprometen 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

23. PAGO DE LA PRIMA

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 una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque, sin aplicar recargos por pago fraccionado. Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado Titular deberá completar el formulario de autorización correspondiente.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado 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 Asegurado Titular 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.

24. 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.

25. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

La Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Asegurado / Operador de Seguros Autoexpedibles con treinta (30) días de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la respectiva aceptación del Asegurado / Operador de Seguros Autoexpedibles, cambiar la tarifa que utilizará para la Renovación de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en la póliza. El ajuste en las primas de la póliza obedecerá a la revisión anual que la Compañía efectuará de la siniestralidad, así como los aspectos contemplados respecto a la Edad del Asegurado.

La Compañía sólo tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas contratadas, con la Renovación de la Póliza de acuerdo con lo establecido en el párrafo anterior.

El Operador de Seguros Autoexpedibles y/o el Asegurado podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieran conformes con la modificación con solo comunicarlo por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de vigencia del Addendum de la modificación y no podrán optar por mantener la cobertura vigente con la prima de la vigencia anterior.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

26. 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 **2503-ASSA (2503-2772)** o al correo electrónico: reclamosautoexp@assanet.com.

En caso de requerir asistencia, el Asegurado deberá comunicarse a nuestro Call Center de Servicio al cliente **(506) 4404-1193** en el cual será atendido, con la finalidad de solicitar la coordinación de su atención con el proveedor afiliado a la red que se encuentre más cercano a su ubicación.

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 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 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMPLETA:

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.

En cualquier caso, si el aviso de siniestro no es presentado 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.

27. 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 dependencia 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.

28. 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.

29. 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

30. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato se da con la aceptación por parte del Operador de Seguros Autoexpedibles, de la Propuesta de Seguro presentada por la Compañía.

31. VIGENCIA DEL SEGURO

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia. Dadas las características de esta póliza, la vigencia del Asegurado figura en la Propuesta de Seguro y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

32. RENOVACIÓN

Esta Póliza es renovable anualmente 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 incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso 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.

33. 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.
- El Asegurado no pague la Prima de Seguro en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para el Asegurado se considerará vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada.
- Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- 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 Titular en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la finalización anticipada de la Póliza.

CONDICIONES VARIAS

34. EDAD

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados.

Asegurado Principal y Cónyuge

- Edad Mínima de Aceptación: dieciocho (18) años.

Cuando el Asegurado llega a cumplir la edad de sesenta y cinco (65) años, la Compañía continuará otorgando cobertura siempre y cuando se opte mediante acuerdo al momento de celebrar el Seguro, de acuerdo a lo siguiente:

1. Aplicación automática de una tarifa especial, a partir de esa edad límite y para un determinado rango de edades.

Recargos a la Tasa de Riesgo por Rango de Edad y Cobertura		
Edad	RDH Titular	RDH Cónyuge
65 a 75 años	500%	500%
Más de 75 años de edad	1500%	1500%

35. ELEGIBILIDAD

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

36. REHABILITACIÓN

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

37. 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.

38. 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 4 (cuatro) años, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

39. 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 a 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.

40. 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.

41. 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.

42. 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 Accidentes y Salud en la línea de Renta por Hospitalización. Se emite bajo la modalidad de Seguro Autoexpedible.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

43. CONTROVERSIAS

Cuando exista declinación de un reclamo para hacer efectiva la cobertura del seguro, o bien, una disconformidad por la calidad en el cumplimiento de las obligaciones de la Compañía, el Tomador y/o Asegurado podrán acudir la instancia de atención de quejas y reclamaciones con el objeto de ser atendida y resuelta su queja o reclamación. Dicha instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia operativa respecto del área administrativa de la Compañía que declinó el reclamo o incumplió sus deberes. Las reglas y funciones de esta instancia de atención de quejas y reclamaciones están reveladas en la página web de la Compañía.

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.

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

44. 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-A05-791 de fecha 22 de enero del 2019.