



ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO AUTOEXPEDIBLE "RENDA DIARIA CON HOSPITALIZACIÓN"
CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	2
DEFINICIONES	2
1. DEFINICIONES	2
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	4
2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	4
3. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	4
ÁMBITO DE COBERTURA.....	4
4. OBJETO DEL SEGURO.....	4
5. COBERTURA ÚNICA: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	4
6. COBERTURAS DE ASISTENCIA	4
7. EXCLUSIONES DE COBERTURA ÚNICA: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.....	7
8. EXCLUSIONES GENERALES PARA LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA:.....	8
9. LÍMITES GEOGRÁFICOS	8
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	8
10. BENEFICIARIO	8
11. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	9
12. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	10
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	10
13. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS	10
14. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS	11
RECARGOS Y DESCUENTOS	11
15. RECARGOS Y DECUMENTOS:	11
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	11
16. AVISO DE SINIESTRO:	11
17. PROCESO DE RECLAMACIÓN:	11
18. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS	12
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	12
19. INICIO DE VIGENCIA	12
20. PRÓRROGA DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE	12
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)	12
21. NULIDAD DEL CONTRATO.....	12
22. EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN Y DE PERMANENCIA	12
24. TERMINACIÓN DEL CONTRATO	13
25. CERTIFICADO-INDIVIDUAL	13
26. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS	13
28. PERIODO DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA:.....	13
31. PAGO DEL BENEFICIO.....	13
32. DERECHO DE RETRACTO.....	14
33. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE	14
35. SUBROGACIÓN	14
36. MONEDA.....	14
37. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	14
38. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES	14
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	14
42. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	14
43. LEGISLACIÓN APLICABLE	14
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	14
44. NOTIFICACIONES.....	14

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 el Certificado Individual.

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



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado

ASSA Compañía de Seguros, S. A.

DEFINICIONES

1. DEFINICIONES

1.1 ACCIDENTE: Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al ASEGURADO, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del ASEGURADO o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.

1.2 ÁREA RURAL: El área rural en cobertura, incluye las grandes áreas urbanas adyacentes de las provincias de Guanacaste, Liberia, Nicoya, Cañas, Santa Cruz, Bagaces, Tilarán, Abangares, de la provincia de Limón, Limón, Pococi, Siquirres, de la provincia Puntarenas, Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Aguirre, Garabito.

1.3 ASEGURADO: Persona física que en sí misma está expuesta a los riesgos objeto de este contrato de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.4 ASISTENCIA: Son los servicios que se le brindarán al ASEGURADO de conformidad con los términos y condiciones que se describen en este contrato.

1.5 BENEFICIARIO(S): Persona física a quien se le reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.6 CANCELACIÓN: Es la terminación anticipada del seguro por la COMPAÑÍA en aplicación de la cláusula "SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS".

1.7 CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones.

1.8 CONDICIÓN MÉDICA PRE-EXISTENTE: Una "Condición Médica Preexistente" significa: A) Enfermedad contraída y que comience, o la Lesión sufrida por un ASEGURADO, por la cual ha recibido tratamiento médico correspondiente o consejo de un Médico, en los doce (12) meses anteriores a la Fecha de Vigencia del Comienzo de la Póliza.

1.9 CONTRATANTE o TOMADOR: Persona física que firma y contrata el SEGURO AUTOEXPEDIBLE. Es a quien corresponde el pago de las primas.

1.10 DÍA COMPLETO: Periodo de tiempo mayor a veinticuatro (24) horas y que incluye al menos una noche de Hospitalización.

1.11 DECLARACIONES DEL ASEGURADO: Manifestación realizada por el ASEGURADO en el Certificado Individual del contrato de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.12 DISPUTABILIDAD: Es el derecho que tiene la COMPAÑÍA para no hacer válida las coberturas e indemnización de las mismas al ASEGURADO dentro de un plazo determinado. El plazo de disputabilidad para el presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE queda fijado en dos (2) años.

1.13 DOMICILIO: Es el lugar de uso habitacional y habitual del ASEGURADO dentro del territorio de la República de Costa Rica.

1.14 ENFERMEDAD: Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, patología, incapacidad, lesión o dolencia cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuado por un médico mientras el ASEGURADO esté cubierto por la póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE, excepto según se dispone en la cláusula "EXCLUSIONES DE COBERTURA ÚNICA" de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE. Tal enfermedad debe ser la causa directa para que la Hospitalización sea objeto de cobertura, independientemente de cualquier otra causa.

1.15 FECHA DE VIGENCIA: Fecha en que inició la cobertura del SEGURO AUTOEXPEDIBLE, según se establece en el Certificado Individual.

1.16 GRAN ÁREA METROPOLITANA: El gran área metropolitana, abreviado como GAM, incluye las grandes áreas urbanas adyacentes de las provincias de San José, Alajuela, Heredia y Cartago, específicamente los siguientes cantones: De la provincia de San José, los cantones de San José, Escazú, Desamparados, Aserrí, Mora, Goicoechea, Santa Ana, Alajuelita, Vázquez de Coronado, Tibás, Moravia, Montes de Oca, Curridabat, de la provincia de Alajuela, los cantones de Alajuela, Grecia, Atenas, Palmares, Poás, San Ramón, de la provincia de Cartago, los cantones de Cartago, Paraíso, La Unión, Oreamuno, El Guarco, de la provincia de Heredia, los cantones de Heredia, Barva, Santo Domingo, Santa Bárbara, San Rafael, Belén, Flores, San Pablo.

1.17 HORARIO DE SERVICIO PARA LA VISITA AL DOMICILIO DEL ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA: El horario establecido para brindar este servicio será de lunes a sábado de las 8:00 horas a las 17:30 horas

1.18 HORARIO DE SERVICIO PARA LAS ASISTENCIAS TELEFÓNICAS Y AMBULANCIA: El servicio de asistencia estará disponible las veinticuatro (24) horas los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

1.19 HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MEDICO: Establecimiento legalmente constituido que opera de conformidad con las leyes del país en el cual está establecido y que cumple con todos los siguientes requisitos: i) Opera primordialmente para la admisión, el cuidado médico y el tratamiento de personas enfermas, que sufren algún trastorno o lesiones, sobre una base de paciente interno residente; ii) Admite pacientes internos residentes sólo bajo la supervisión de un Médico o unos Médicos de los cuales uno está disponible para consulta en todo momento; iii) Mantiene instalaciones organizadas para diagnóstico médico y tratamiento de tales personas y provee (donde corresponda) instalaciones para cirugía mayor dentro de los confines del establecimiento o en las instalaciones controladas por el establecimiento; iv) Provee servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión de un cuerpo de Enfermeras; v) Mantiene un Médico legalmente autorizado, en residencia.

1.20 HOSPITALIZACIÓN: Utilización durante al menos un (1) Día Completo de los servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en un Hospital, Clínica o Centro Médico por un ASEGURADO que se registre como paciente por prescripción de un médico.

1.21 LÍMITE DE RESPONSABILIDAD: Es la cantidad máxima que pagará la COMPAÑÍA por la Suma Asegurada contratada.

1.22 LESIÓN: Significa una lesión corporal y accidental que ocurre mientras el ASEGURADO esté cubierto por la póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE, excepto según se dispone en la cláusula "EXCLUSIONES DE COBERTURA ÚNICA" de esta Póliza. Tal lesión debe ser la causa directa para que la Hospitalización sea objeto de cobertura, independientemente de cualquier otra causa.

1.23 MÉDICO: Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica el cual deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Sin perjuicio de lo anterior, el médico en ningún caso podrá ser el ASEGURADO, su cónyuge o algún pariente del ASEGURADO en primer grado o segundo grado de consanguinidad o afinidad.

1.24 OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES: En adelante denominado como el "OPERADOR", son las personas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se comprometen frente a dicha entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de SEGUROS AUTOEXPEDIBLES convenidos.

1.25 PERIODO DE CARENCIA: Es el plazo de tiempo dentro de la Vigencia de la Póliza, generalmente comprendido entre el momento inicial en el cual se formaliza la póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE y una fecha posterior predeterminada, durante el cual la COMPAÑÍA no cubre determinados riesgos establecidos en la póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.26 PERIODO DE GRACIA: Es el plazo no mayor de sesenta (60) días calendario para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en el Certificado Individual. Luego de este plazo, la COMPAÑÍA procederá a dar por terminado el contrato de SEGURO AUTOEXPEDIBLE y el ASEGURADO perderá cualquier beneficio que tenga.

1.27 PERIODO DE ESPERA: Número de Días Completos, contados a partir de la fecha y hora de ingreso al Hospital, Clínica o Centro Médico, durante los cuales el ASEGURADO no tiene derecho a recibir el beneficio de la Renta Diaria por Hospitalización objeto de esta póliza y que se establecen en el Certificado Individual. Aplica para toda y cada Hospitalización del ASEGURADO.

1.28 RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: La renovación consiste en otro Contrato de SEGURO AUTOEXPEDIBLE que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o similares. La renovación será automática por el mismo periodo, siempre que se haya cancelado la prima respectiva, y contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.

1.29 CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento expedido por la COMPAÑÍA, donde se informan las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro, como son: Datos del Operador; Número de Póliza; Vigencia del Contrato; Datos del ASEGURADO; Datos del Plan de Seguro; Declaraciones del ASEGURADO; Autorización para el Pago de la Prima con Cargo Automático.

1.30 SUMA ASEGURADA: Es el valor económico elegido por el ASEGURADO dependiendo su edad e indicado en el Certificado que la COMPAÑÍA se obliga a pagar en caso de indemnización

1.31 SUMA ASEGURADAS GLOBALES: Es la sumatoria de cada una de los Planes contratados por el ASEGURADO en distintos contratos de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.32 VALOR DIARIO: Significa el beneficio pagadero por cada día de Hospitalización del ASEGURADO, según se establece en el Certificado Individual.

1.33 VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es el periodo durante el cual la COMPAÑÍA se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir o brindar servicios a una persona según se detalla en el Certificado Individual.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL: La póliza del presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales y Certificado Individual.

3. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL: La interpretación de la póliza del SEGURO AUTOEXPEDIBLE respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: El Certificado Individual tiene prelación sobre las Condiciones Generales.

ÁMBITO DE COBERTURA

4. OBJETO DEL SEGURO: La COMPAÑÍA se obliga, contra el pago de una prima y en el caso en que se produzca un siniestro, a satisfacer una renta diaria por Hospitalización, dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE, según sea el Plan escogido de acuerdo a la opción de Montos Asegurados que se muestra en el Certificado Individual.

5. COBERTURA ÚNICA: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN: Cuando el ASEGURADO sea hospitalizado como consecuencia de una Enfermedad amparada por esta Póliza y diagnosticada por primera vez dentro del período de vigencia que aparece en el Certificado Individual, la COMPAÑÍA le pagará a él o a quién él autorice, la Suma Asegurada para esta Cobertura que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días. De igual manera, cuando el ASEGURADO sea hospitalizado como consecuencia de un Accidente amparado por esta póliza de forma inmediata o bien dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo Accidente, la COMPAÑÍA le pagará a él o a quién él autorice la Suma Asegurada para esta cobertura, que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de ciento ochenta (180) días. En cualquier caso, sea Hospitalización por Enfermedad o por Accidente, ésta debe haber sido diagnosticada por un Médico y durante el tiempo de la Hospitalización el ASEGURADO debe haber permanecido bajo el cuidado y asistencia constante de un Médico. El período de espera se aplica para cada hospitalización.

Para determinar la indemnización, se multiplicará el valor establecido como Renta Diaria por Hospitalización según el Plan Contratado, por el número de Días Completos que permanezca hospitalizado el ASEGURADO restándose el número de días correspondientes al período de espera definido en el Certificado Individual.

6. COBERTURAS DE ASISTENCIA: Adicional a la Suma Asegurada de la "COBERTURA ÚNICA: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN", se incluyen las siguientes Coberturas de Asistencia que operan en el territorio costarricense y podrán ser solicitadas y coordinadas a través del número telefónico de servicio establecido en el Certificado Individual.

Todo excedente por evento que no esté cubierto en las Coberturas de Asistencia, será pagado por el ASEGURADO con sus propios recursos, los cuales deben ser previamente acordados.

Las Coberturas de Asistencia indicadas en esta sección no tendrán costo alguno para el ASEGURADO.

Los servicios de asistencia podrán brindarse en forma directa, con recursos técnicos y humanos propios de la COMPAÑÍA, o en forma indirecta, por intermedio de contratistas, subcontratistas o proveedores, siempre que en el lugar en donde ha de prestarse el servicio de asistencia existan vías y calles que permitan el acceso al domicilio y que las condiciones de seguridad y vigilancia pública o privada sean las necesarias y suficientes que garanticen la integridad personal del funcionario, colaborador, técnico o proveedor que vaya a prestar el servicio de asistencia.

Las coberturas que a continuación se mencionan se establecen siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. Los servicios incluidos en esta cobertura son:

6.1 TRASLADO MEDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA POR ACCIDENTE o ENFERMEDAD

Por previa solicitud telefónica, cuando el ASEGURADO sufra una emergencia derivada de un Accidente o Enfermedad (en general una emergencia médica) y la cual requieran el traslado en ambulancia terrestre hasta un Centro Médico, el servicio de asistencia gestionará y cubrirá el pago del traslado en una ambulancia terrestre privada hasta el Centro Hospitalario más cercano, público o privado, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

En caso que no exista infraestructura privada que lo permita, **el servicio de asistencia** gestionará y cubrirá el pago, en caso que exista, del traslado por medio de los servicios de ambulancia pública en la localidad más cercana.

6.1.1 Limitaciones

Este servicio no tiene límite de costo por evento y se limita a dos (2) eventos por año por ASEGURADO.

6.2 VISITA MÉDICA EN FISIOTERAPIA

Por solicitud del ASEGURADO, derivado de una Emergencia médica repentina y que no haya sido causada por una preexistencia, **el servicio de asistencia** enviará un especialista en fisioterapia hasta el domicilio permanente del ASEGURADO para su revisión. Este servicio cubre el costo de la visita, el transporte y gastos relacionados a dicha visita, salvo lo indicado en las Limitaciones y Exclusiones específicas de esta cobertura.

6.2.1 Limitaciones

El presente servicio se prestará con las siguientes limitaciones:

- i. Limitado a dos (2) eventos por año por ASEGURADO, no acumulables.
- ii. El costo de los medicamentos y exámenes serán cubiertos directamente por el ASEGURADO.

6.2.2 Exclusiones

Exclusiones específicas del servicio a domicilio:

- i. **Visitas “de seguimiento” por un mismo evento.**
Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO. Donde no exista infraestructura privada adecuada, el servicio de asistencia coordinará dicha asistencia por medio de los servicios públicos de ambulancia.

El presente servicio, será brindado en relación a cuestiones de horario de acuerdo lo indicado en la definición **“HORARIO DE SERVICIO PARA LA VISITA AL DOMICILIO DEL ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA”** y en cuestiones de territorialidad de acuerdo a lo indicado en las definiciones **“GRAN ÁREA METROPOLITANA”** y **“ÁREA RURAL”**.

6.3 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Por solicitud del ASEGURADO, **el servicio de asistencia** lo pondrá en contacto telefónico con un profesional de la salud para que le brinde una orientación médica ante dudas que tenga en el área de la salud.

La orientación busca minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del ASEGURADO entregando soluciones a dudas médicas cotidianas, no se trata de una consulta médica, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos.

6.3.1 Limitaciones

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

Todos los gastos en que incurra el ASEGURADO por servicios médicos de cualquier tipo relacionados con esta orientación médica correrán por cuenta del ASEGURADO.

6.4 INDICACIÓN, CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y FARMACIAS.

Prevía solicitud del ASEGURADO, **el servicio de asistencia** realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del ASEGURADO y le transmitirá ésta información vía telefónica. Este servicio es meramente informativo, se trata de una indicación y no hace referencia a la calidad de los puntos de venta, no está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos o tratamientos en que el ASEGURADO incurra al acudir a la farmacia indicada, mismos que serán de entera responsabilidad del ASEGURADO.

6.4.1 Limitaciones

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

6.5 INDICACIÓN Y COORDINACIÓN DE CITAS EN CLÍNICAS, HOSPITALES, LABORATORIOS Y CLÍNICAS DENTALES.

Por solicitud del ASEGURADO, **el servicio de asistencia** proporcionará información general vía telefónica sobre Clínicas, Hospitales, laboratorios y clínicas dentales en el lugar de interés del solicitante. Si el ASEGURADO lo solicita, **el servicio de asistencia** coordinará una cita para su atención en aquellos centros médicos que realicen este tipo de reservación y siempre, sujeto a disponibilidad de espacio. **El servicio de asistencia** presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios médicos o la atención del centro médico.

6.5.1 Limitaciones

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

6.6 INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN NUTRICIONAL VÍA TELEFÓNICA

Por solicitud del ASEGURADO y siempre que requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia alimentar, **el servicio de asistencia** lo pondrá en contacto con un profesional con el fin de brindarle consejos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, alimentos que deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a lactosa.

6.6.1 Limitaciones

Este servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

6.7 INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN CULINARIA VÍA TELEFÓNICA

Por solicitud del ASEGURADO y siempre que requiera alguna orientación telefónica de cocina, para resolver inquietudes culinarias, **el servicio de asistencia** lo pondrá en contacto con un profesional con el fin de brindarle consejos sobre recetas saludables, diferentes o innovadoras, recetas rápidas para emergencias y recomendaciones para preparar platillos comunes de una forma más sana.

6.7.1 Limitaciones

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

7. EXCLUSIONES DE COBERTURA ÚNICA: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN. La presente póliza no cubre los riesgos que se detallan a continuación:

- 7.1 Guerra, invasión, acciones de enemigos extranjeros, hostilidades o actos de guerra (esté declarada o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección poder militar o usurpado, o participación del ASEGURADO en deberes de combate o ejercicios militares con cualquier fuerza armada de cualquier país o autoridad o internacional.**
- 7.2 Lesión intencionalmente infligida a sí mismo, suicidio o intento de suicidio mientras esté cuerdo o loco, o cualquier atentado de esto.**
- 7.3 Participar o practicar o tomar parte de entrenamiento peculiar en actividades bajo el agua que necesiten el uso de un aparato artificial para respirar; escalar, o trepar montañas cuando se hace necesario el uso de sogas o guías; espeleología; paracaidismo; deslizamiento colgante; deportes de invierno; deportes profesionales o carreras que no sean a pie.**
- 7.4 Participación en la aviación, excepto cuando se viaja como pasajero con boleto pagado en una aeronave de ala fija, provista y operada por una aerolínea con vuelos regulares programados o por compañías de vuelos fletados debidamente licenciada para el transporte regular de pasajeros con boleto pagado, o en helicóptero provisto y operado por una aerolínea debidamente licenciada para el transporte regular de pasajeros con boleto pagado, siempre que tal helicóptero opere sólo entre aeropuertos comerciales establecidos y/o helipuertos comerciales licenciados.**
- 7.5 El acto de cualquier ASEGURADO que sea contrario a la ley del país en que ocurra la Enfermedad o la Lesión.**
- 7.6 Conducción de vehículos por el ASEGURADO de cualquier clase de vehículo mientras el contenido de alcohol en la sangre de éste exceda el nivel permitido por la ley del país donde ocurra el siniestro.**
- 7.7 Embarazo (incluso partos o abortos) y complicaciones que surjan de éste.**
- 7.8 Hospitalización para examen físico rutinario o cualquier otro examen que no haya indicaciones objetivas de deterioro.**
- 7.9 No se hará pago de beneficio si la Hospitalización resulta por una infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o variantes que incluyan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Complejo Relacionado con SIDA (CRS)**
 - 7.9.1 Para propósitos de esta exclusión, el término Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe contener los significados asignados por la Organización Mundial de la Salud, a la fecha de la Hospitalización.**
- 7.10 Infecciones que incluyan, pero que no estén limitadas a, pulmonía, virus de enteritis crónica o bacterias.**
- 7.11 Neoplasma maligno que incluya, pero que no estén limitado a, tumores, linfomas del Sistema Nervioso Central, y/u otras condiciones malignas no conocidas o que se determinen como causantes de muerte en presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.**
- 7.12 Condiciones Médicas Preexistentes.**
- 7.13 Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.**
- 7.14 Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.**
- 7.15 Reclusión o tratamiento por institución mental.**
- 7.16 Crisis de alcoholismo o adicción a las drogas, somníferos, barbitúricos, alucinógenos o estupefacientes.**
- 7.17 Reclusión o tratamientos derivados de trastornos o dietas alimenticias.**
- 7.18 Cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un accidente o que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.**
- 7.19 Quemaduras resultantes sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.**

7.20 Periodos de cuarentena o aislamiento.

7.21 Manejo del dolor.

7.22 Urgencia o emergencia para reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos protésicos o implantes.

7.23 Hospitalización en un establecimiento que no sea un Hospital, según se especifica en las "DEFINICIONES".

8. EXCLUSIONES GENERALES PARA LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA: Quedan excluidas de las coberturas establecidas, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

8.1 Los servicios que el ASEGURADO haya contratado sin previo consentimiento de la COMPAÑÍA, a excepción de los indicados anteriormente.

8.2 Los servicios adicionales que el ASEGURADO haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y riesgo.

8.3 Los causados por mala fe del ASEGURADO, entendida "mala fe" como una actuación ilegítima y desleal.

8.4 Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.

8.5 Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular y otros hechos que alteren la seguridad interior del Estado o el orden público.

8.6 Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.

8.7 Los derivados de la energía nuclear radioactiva.

8.8 La prestación de los servicios se realizará dentro de la territorialidad antes indicada exista infraestructura pública o privada que lo permita para la prestación de los servicios, salvo para los servicios de asistencia telefónica. En todo caso se exceptúan lugares donde no exista un acceso transitable por carretera, aquellos lugares en los que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiere prestar la asistencia y donde por razones de orden público se ponga en riesgo la integridad física de la COMPAÑÍA.

8.9 Servicios solicitados cuarenta y ocho (48) horas después de ocurrida la emergencia.

9. LÍMITES GEOGRÁFICOS: La cobertura del seguro aplicará las veinticuatro (24) horas del día dentro del territorio de la República de Costa Rica.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

10. BENEFICIARIO: El ASEGURADO es el beneficiario de las obligaciones que deba cumplir la COMPAÑÍA bajo los términos y condiciones de la presente Póliza SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

En caso de fallecimiento de parte del ASEGURADO, el monto de la indemnización que se otorga en la "COBERTURA ÚNICA: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN" se le dará a el (los) BENEFICIARIO(S) de esta póliza, quien(es) será(n) designado(s) libremente por el ASEGURADO, al momento de suscribir la Póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

Si se designa más de un BENEFICIARIO y en tal designación el ASEGURADO ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), el (los) BENEFICIARIO(S) tendrán una participación igual. Si cualquier BENEFICIARIO designado fallece antes que el ASEGURADO, el interés del mencionado BENEFICIARIO terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos BENEFICIARIOS que sobrevivan al ASEGURADO, a menos que el ASEGURADO haya dispuesto de otro modo en la designación de BENEFICIARIO(S).

En caso que el ASEGURADO fallezca antes del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE, y no haya designado BENEFICIARIO(S) la indemnización será pagada a favor de las siguientes personas, de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- a) A los hijos, los padres y el consorte o el conviviente en unión de hecho del ASEGURADO. En caso que el conviviente esté separado legalmente o de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización. La indemnización se pagará de forma alícuota a todos los BENEFICIARIOS del ASEGURADO;
- b) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos del ASEGURADO;
- c) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos por parte de madre del ASEGURADO;
- d) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos por parte de madre del ASEGURADO y los hijos de la hermana por parte de madre del ASEGURADO, los hermanos de los padres del ASEGURADO y los hermanos de la madre o del padre del ASEGURADO.
- e) En caso de no existir ninguno de los BENEFICIARIOS anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, el ASEGURADO podrá modificar los BENEFICIARIOS de esta Póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el ASEGURADO dirigido a la COMPAÑÍA. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el ASEGURADO haga entrega de la anterior notificación en las oficinas de la COMPAÑÍA. En caso que ocurra la muerte del ASEGURADO y la COMPAÑÍA pague la indemnización a los BENEFICIARIOS antes indicados o bien que se encuentren registrados en esta Póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de BENEFICIARIO realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a la COMPAÑÍA con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

La designación, revocación o sustitución de BENEFICIARIOS será un derecho que le corresponderá exclusivamente al ASEGURADO, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho. En caso que los BENEFICIARIOS deban determinarse mediante un proceso sucesorio en sede Judicial o Notarial, el reclamo se podrá presentar por medio de cualquier interesado debidamente demostrado, sin embargo, según los términos anteriores, el pago respectivo quedará en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar BENEFICIARIO(S) 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 BENEFICIARIO(S), durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra BENEFICIARIO(S) al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de BENEFICIARIO(s) en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

11. 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. 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 SEGURO AUTOEXPEDIBLE. 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.

12. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO: El ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑÍA todos los hechos y las circunstancias por él conocidos y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del ASEGURADO, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la COMPAÑÍA hubieran influido para que el SEGURO AUTOEXPEDIBLE no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato.**

El ASEGURADO deberá cancelar la prima en la fecha establecida para tales efectos. En caso de que el ASEGURADO se encuentre moroso en el pago de la prima, la COMPAÑÍA estará facultada a dar por terminado anticipadamente el SEGURO AUTOEXPEDIBLE, o bien, proceder con el cobro de la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el SEGURO AUTOEXPEDIBLE se mantenga vigente.

El ASEGURADO deberá comunicar a la COMPAÑÍA el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula "AVISO DE SINIESTRO". **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, deberá demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberá 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.**

El ASEGURADO deberá emplear los medios razonables a su alcance para disminuir las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de esta obligación facultará a la COMPAÑÍA para reducir su prestación en proporción al daño que se pudo haber evitado. **Asimismo, la COMPAÑÍA quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro si el ASEGURADO incumpliera esta obligación con dolo o culpa grave.**

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

13. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS: La prima es mensual y será pagada por mes vencido. La prima de esta Póliza está basada en la edad del ASEGURADO a la Fecha de Vigencia del Comienzo de la Póliza.

La COMPAÑÍA no realizará ajuste alguno en el valor de la prima de esta Póliza, salvo en la próxima Fecha de Aniversario que siga al cumpleaños del ASEGURADO al alcanzar la edad de **sesenta y cinco (65) años**.

Los ASEGURADOS tendrán un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la Póliza para solicitar su rectificación, transcurrido el plazo sin haberse solicitado rectificación, serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la Póliza.

El ASEGURADO es el único responsable del pago de las primas, y el OPERADOR se encargará de efectuar el recaudo de la misma.

Estando el seguro vigente y la prima del periodo correspondiente pagada, en caso de siniestro, la COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar la Suma Asegurada correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones de prima no percibidas y pendientes de pago por parte del ASEGURADO, hasta completar la temporalidad respectiva del contrato.

14. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS: Se concede un período de gracia de sesenta (60) días calendario para el pago de la prima en cualquier fecha de pago, independientemente de la frecuencia, excepto el primero. Si no se paga durante el período de gracia, el contrato de SEGURO AUTOEXPEDIBLE se podrá dar por terminado, previa notificación realizada por la COMPAÑÍA al ASEGURADO.

RECARGOS Y DESCUENTOS

15. RECARGOS Y DECUMENTOS: Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

16. AVISO DE SINIESTRO: El ASEGURADO (o el(los) BENEFICIARIO(S)), al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro o cuando desaparezcan las causas de fuerza mayor o caso fortuito que le impidan dar aviso, debe comunicarlo a la COMPAÑÍA (sea directamente o a través de los teléfonos de servicio al cliente que se indican en el Certificado Individual) tan pronto le sea posible por cualquier medio, confirmándolo inmediatamente por escrito tan pronto como sea practicable.

16.1 El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario desde i) la fecha en que se le dio de alta médica de la Hospitalización del Hospital, Clínica o Centro Médico; ii) la fecha de su ocurrencia o; iii) que se tuvo conocimiento del mismo.

16.2 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, o bien, si el aviso no es presentado dentro del plazo indicado por razones culposas, la COMPAÑÍA deberá demostrar perjuicios económicos para justificar el no cumplimiento o cumplimiento parcial de sus obligaciones económicas. De otra forma, el aviso de siniestro o presentación de pruebas dentro de los límites de tiempo estipulados en esta cláusula no invalidará ni reducirá la reclamación si no fue razonablemente posible dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

17. PROCESO DE RECLAMACIÓN: Para el trámite del reclamo de las coberturas, el ASEGURADO debe presentar los siguientes documentos:

17.1 Formulario de Reclamación suministrado por la COMPAÑÍA.

17.2 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.

17.3 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. En caso de haber estado Hospitalizado en un Hospital público será necesaria la presentación de una certificación que indique la fecha y hora de ingreso y la fecha y hora de salida del Hospital

17.4 Copia del historial médico, epicrisis o certificación médica donde se indique claramente la razón de la Hospitalización y el nombre de(los) médicos que atendieron el evento. En caso 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.

17.5 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.

17.6 Boleta de autorización para la revisión de expedientes médicos o clínico.

Para el caso de las COBERTURAS DE ASISTENCIA, se requiere únicamente la llamada al teléfono descrito en el Certificado Individual para la coordinación y uso del servicio, debiendo suministrar el ASEGURADO (o BENEFICIARIO): i) nombre completo; ii) destinatario del servicio; iii) número de cédula de identidad o número de residencia; iv) dirección donde solicita el servicio; v) dirección donde solicita el servicio; vi) número de teléfono; .vii) tipo de asistencia que se precisa.

No serán atendidas solicitudes de reembolsos por servicios que hayan sido contratados directamente por el ASEGURADO sin previa autorización de la COMPAÑÍA.

La COMPAÑÍA quedará relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del ASEGURADO, no pueda efectuar cualquiera de los servicios previstos en esta póliza. Así mismo, la COMPAÑÍA no tendrá responsabilidad por los servicios de asistencia que el ASEGURADO haya contratado sin previo consentimiento de la COMPAÑÍA, salvo en caso de comprobada fuerza mayor lo cual le haya impedido comunicarse con la COMPAÑÍA o con terceros encargados de prestar dichos servicios.

En caso de no tratarse de un prestador de servicio seleccionado por la COMPAÑÍA, la prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en la presente póliza, no implicara aceptación de responsabilidad por parte de la COMPAÑÍA, respecto de los amparos básicos legales que del servicio deba garantizar su prestador original, tales como garantías, respaldos, incumplimientos, calidad del servicio, retrasos y otros.

18. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS: El ASEGURADO autorizará 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 la lesión o enfermedad y el valor económico correcto a ser pagado, 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. En el Certificado Individual estará esta disposición para que sea firmada especialmente por el ASEGURADO, separada de la firma para el perfeccionamiento de la Póliza.

El ASEGURADO está obligado a cooperar con la COMPAÑÍA para 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, por medio de su representante médico, de examinar al ASEGURADO cuando y tantas veces como lo requiera mientras esté pendiente una reclamación bajo la póliza y de investigar las circunstancias de la muerte, lesión, Accidente o Enfermedad, exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, a practicar la autopsia ya sea antes o después del entierro.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

19. INICIO DE VIGENCIA: El presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE inicia su cobertura a partir de la Fecha de Vigencia del Comienzo de la Póliza, y en el momento en que el ASEGURADO haya aceptado el SEGURO AUTOEXPEDIBLE, siempre y cuando se haya realizado el pago de la prima al OPERADOR o directamente a la COMPAÑÍA.

20. PRÓRROGA DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE: Este seguro, se emite bajo la modalidad de SEGURO AUTOEXPEDIBLE. Su vigencia es de un (1) año renovable de manera automática.

Esta póliza podrá ser renovada por periodos anuales, siempre que se reciba en la COMPAÑÍA el pago oportuno de las primas en el modo convenido en las Condiciones Particulares. La COMPAÑÍA podrá cambiar las primas a la renovación de la póliza según lo expresado en la Cláusula "FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS" y la definición de "RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA".

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

21. NULIDAD DEL CONTRATO: Se producirá la nulidad absoluta o relativa, según corresponda, y la COMPAÑÍA quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas se determine que el ASEGURADO ha declarado, de manera reticente o inexacta, hechos o circunstancias conocidas como tales por el ASEGURADO, por la COMPAÑÍA o de otros que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviene del ASEGURADO, o de quien lo represente, la COMPAÑÍA tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

22. EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN Y DE PERMANENCIA: La edad mínima para contratar este SEGURO AUTOEXPEDIBLE es de dieciocho (18) años. No existirá una edad máxima para la contratación de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE, pero existirá una tarifa diferenciada de acuerdo al rango en el que se ubique el ASEGURADO, de la siguiente manera:

22.1 Hasta la edad máxima de sesenta y cuatro (64) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días se mantendrá una tarifa de la cual se indicará en el Certificado Individual.

22.2 A partir de los sesenta y cinco (65) años cumplidos, se aplicará una tarifa con un recargo especial, la cual será indicada en el Certificado Individual.

23. TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El SEGURO AUTOEXPEDIBLE de cualquiera de las personas amparadas por el presente contrato, terminará por algunas de las siguientes causales:

23.1 Cuando ocurra el fallecimiento del ASEGURADO.

23.2 Cuando la COMPAÑÍA notifica la terminación del SEGURO AUTOEXPEDIBLE, una vez transcurrido el periodo de gracia sin que se haya realizado el pago de la prima correspondiente.

23.3 Cuando aplique la cláusula de "NULIDAD DEL CONTRATO".

24. CERTIFICADO-INDIVIDUAL: La COMPAÑÍA hace entrega al ASEGURADO, de un Certificado Individual de SEGURO AUTOEXPEDIBLE que contendrá información acerca del Número de Póliza, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Límites de Responsabilidad definidos en cada Plan, y Prima. La entrega del Certificado Individual podrá realizarse en el domicilio de la COMPAÑÍA, en el domicilio del OPERADOR o del ASEGURADO, al momento de la suscripción del contrato de SEGURO AUTOEXPEDIBLE o inclusive podrán enviarse por medios a distancia que brinden un soporte duradero para guardar, recuperar y reproducir fácilmente y sin cambios la información y demostrar su emisión o recepción.

25. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS: El ASEGURADO podrá suscribir varios contratos de SEGURO AUTOEXPEDIBLE con la COMPAÑÍA directamente o a través de OPERADORES autorizados por aquella, siempre y cuando la "Suma Asegurada Global" no exceda la suma de ochenta y un millones ciento cincuenta mil colones (¢81.150.000,00). Esta suma se considerará que será por ramo tanto para la categoría de seguros personales como para la categoría de seguros generales.

Si al momento del siniestro, el ASEGURADO presenta más de una póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE vigente suscrito con la COMPAÑÍA, la responsabilidad de la COMPAÑÍA en ningún caso será superior a la suma establecida de conformidad con el párrafo anterior.

Para estos efectos, la COMPAÑÍA revisará la sumatoria de las Sumas Aseguradas suscritas por el ASEGURADO y, en caso de verificarse el posible exceso de las Sumas Aseguradas, la COMPAÑÍA no permitirá la emisión de nuevos contratos de seguro. En caso de emitirse una póliza de seguros en exceso, la COMPAÑÍA tendrá la obligación de dar aviso al ASEGURADO para la aplicación de la Cancelación de la póliza y devolver la totalidad de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles. Si ocurre un siniestro antes del aviso al ASEGURADO, la COMPAÑÍA se hace responsable por el pago de dicha póliza.

26. PERIODO DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA: Para obtener los beneficios que otorga la presente Cobertura, el ASEGURADO deberá completar el Período de Carencia siempre que la Hospitalización haya sido originada en una Enfermedad. Para efecto de la presente póliza se establece el período de Carencia de treinta (30) días calendario para la primera Hospitalización del ASEGURADO originada en una Enfermedad. En caso de Hospitalización del ASEGURADO como consecuencia de un Accidente, el Período de Carencia no aplica. En todo caso, para cualquier Hospitalización del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, la COMPAÑÍA aplicará un Período de Espera de un Día Completo. Es decir, el pago de la Renta Diaria por Hospitalización empezará a cubrir a partir del momento en que haya estado más de las veinticuatro (24) horas en el Hospital, Clínica o Centro Médico.

De igual manera, para obtener los beneficios que otorga la presente póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE deberá completar un período de Espera para la Hospitalización que haya sido originada en una Enfermedad. Para efecto de la presente póliza se establece un Período de Espera de veinticuatro (24) horas para la Hospitalización del ASEGURADO siempre que sea producto de una Enfermedad.

27. PAGO DEL BENEFICIO: Cualquier prestación que la COMPAÑÍA se vea obligada a pagar, en virtud de una reclamación, será realizada a favor del ASEGURADO dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y correspondiente aceptación de pruebas por parte de la COMPAÑÍA de conformidad con la cláusula "AVISO DE SINIESTRO" y la cláusula "PROCESO DE RECLAMACIÓN".

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.

28. DERECHO DE RETRACTO: El CONTRATANTE tiene la facultad revocar unilateralmente el SEGURO AUTOEXPEDIBLE, 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 AUTOEXPEDIBLE, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. La notificación de retracto deberá realizarse de conformidad con lo establecido en la cláusula "NOTIFICACIONES". Una vez recibida la notificación de retracto, la COMPAÑÍA dispondrá de un plazo de **diez (10) días hábiles** contados desde el día de la notificación sobre el Retracto, una vez que sea recibida por la COMPAÑÍA, solicitando devolver el monto de la prima.

29. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE: El plazo de prescripción de las acciones que se deriven de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE será de cuatro (4) años, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

30. SUBROGACIÓN: Como consecuencia del pago del beneficio de la Póliza, la COMPAÑÍA de pleno derecho se subrogará automáticamente en los derechos que el ASEGURADO pueda tener, así como en sus correspondientes acciones, contra los autores responsables del siniestro, por cualquier carácter o título que sea por el solo hecho del pago del beneficio y hasta el monto de éste. El ASEGURADO estará obligado a colaborar con la COMPAÑÍA, en la medida de sus posibilidades, para lograr el objetivo de la subrogación.

31. MONEDA: Este seguro se contrata en la moneda que se indica en el Certificado Individual, ya sea colones costarricenses o dólares de los Estados Unidos de América. Por lo tanto, los montos indicados en el presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE 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 y la cual se indica en el Certificado Individual.

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

32. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: La información obtenida con ocasión a la celebración de la presente póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad salvo convenio escrito con el ASEGURADO.

33. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS: El ASEGURADO se compromete a brindar la información necesaria y verídica en caso que se deba cumplir con la Ley 8204 y su regulación sobre la prevención contra la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

34. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS: Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

35. LEGISLACIÓN APLICABLE: Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, 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.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

36. NOTIFICACIONES: Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este SEGURO AUTOEXPEDIBLE, 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 el Certificado Individual. 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. 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.



Firma Autorizada

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(los) registro(s) número **P20-67-A05-631** de fecha 13 de mayo de 2015.