



ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES
CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	2
DEFINICIONES	2
1. DEFINICIONES.....	2
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	6
2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	6
3. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	6
ÁMBITO DE COBERTURA	6
4. OBJETO DEL SEGURO.....	6
5. COBERTURA BÁSICA.....	6
7. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DE LAS COBERTURAS.....	11
8. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA BÁSICA.....	12
9. EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA.....	14
10. LÍMITES GEOGRÁFICOS.....	15
11. DEDUCIBLES.....	15
12. PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA.....	15
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
13. BENEFICIARIO.....	15
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	16
14. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.....	16
15. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS.....	17
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	17
16. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS.....	17
17. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS:.....	17
RECARGOS Y DESCUENTOS	18
18. RECARGOS Y DESCUENTOS.....	18
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	18
19. AVISO DE SINIESTRO.....	18
20. PROCESO DE RECLAMACIÓN.....	18
21. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS.....	19
22. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO.....	20
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	20
23. INICIO DE VIGENCIA.....	20
24. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE.....	20
25. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA.....	20
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)	20
26. EDAD.....	20
27. NULIDAD DEL CONTRATO.....	20
28. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.....	20
29. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS.....	20
30. DERECHO DE RETRACTO.....	21
31. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE.....	21
32. MONEDA.....	21
33. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.....	21
34. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	21
35. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	21
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	21
36. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS.....	21
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	21
37. 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/Oferente.

En ese sentido, la COMPAÑÍA por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE. 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, involuntaria y violenta, cuya fecha se encuentra determinada, 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.

1.2. APOPLEJÍA: Cualquier incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya: i) Infarto del tejido cerebral; ii) Hemorragia de un vaso intracraneal; iii) Embolia de fuente extracraneal. El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas). Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

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

1.4. BENEFICIARIO(S): Persona física a quien se le reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE. Para este SEGURO AUTOEXPEDIBLE, se considerarán como BENEFICIARIOS las personas que se indiquen, de conformidad con el orden excluyente entre sí, en la cláusula "BENEFICIARIOS".

1.5. CANCELACIÓN: Es la terminación anticipada del seguro por la COMPAÑÍA en aplicación de la cláusula "SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS" y la cláusula "FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA".

1.6. CÁNCER CÉRVICO UTERINO: Aparición de células cancerosas en el cuello uterino afectando los tejidos normales del cuello uterino. Se debe de presentar evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en una biopsia, cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

1.7. CÁNCER DE MAMA: Manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos mamarios de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas. Se debe de presentar evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en una biopsia, cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

1.8. CÁNCER DE PRÓSTATA: Proliferación de células malignas a partir de tejido prostático manifestándose en un crecimiento anárquico y descontrolado de células. Se debe de presentar evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en una biopsia, cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

1.9. CÁNCER TERMINAL: Condición que se caracteriza por la existencia de enfermedad oncológica avanzada, progresiva e irreversible (incurable). No responde a los tratamientos empleados habitualmente e incluye múltiples síntomas que provocan gran malestar en el enfermo disminuyendo su calidad de vida y la de la familia. Al realizarse este diagnóstico el área de la medicina que se ocupa de la atención de los pacientes con esta condición son los cuidados paliativos o medicina paliativa. **No será indemnizado si dicha**

enfermedad ha sido diagnosticada o ha recibido tratamiento antes de la fecha anteriormente mencionada.

1.10. CIRUGÍA CORONARIA: Cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass).

1.11. COBERTURA(S): Es (Son) aquella(s) protección(es) que otorga la COMPAÑÍA en el SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.12. 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.

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

1.14. DECLARACIONES DEL ASEGURADO: Manifestación realizada por el ASEGURADO en la Propuesta/Oferta del contrato de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

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

1.16. DIAGNÓSTICO: Es el diagnóstico inequívoco de un Médico o Médico Especialista, confirmado por otro Médico o Médico Especialista, de la existencia de una Enfermedad Grave, Cáncer, afección o lesión que sufre el ASEGURADO, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes, siguiendo un razonamiento analógico. Con respecto a Cáncer, la palabra "Diagnóstico" significa un diagnóstico positivo basado en los resultados de un examen microscópico de tejidos finos vivos o post-mortem. El patólogo autorizado que determina el Diagnóstico hará la determinación con base única y exclusiva a la definición de Cáncer provista en esta Póliza, luego de haber estudiado el examen histológico del sospechado tumor, los tejidos o el espécimen. Un "Diagnóstico Clínico", según se define ente SEGURO AUTOEXPEDIBLE, no es un "Diagnóstico".

1.17. DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Significa un diagnóstico basado en el historial del paciente, examen físico, radiografías y/o laboratorios, sin incluir una confirmación histológica ni microscópica.

1.18. DISPUTABILIDAD: Es el derecho que tiene la COMPAÑÍA para no hacer válidas 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.

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

1.20. ENFERMEDADES CONGÉNITAS: Se entiende como enfermedad congénita la enfermedad, malformación, o padecimiento que genera una alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, o bien posteriormente a varios años.

1.21. ENFERMEDAD GRAVE: Para efectos de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE, se considerará como Enfermedad Grave, las enfermedades que se indican a continuación y las cuales se definen en esta cláusula de "DEFINICIONES": i) Neoplasia Maligna (Cáncer); ii) Cáncer Cérvico Uterino; iii) Cáncer de Mama; iv) Cáncer de Próstata; v) Cáncer Terminal; vi) Infarto al Miocardio; vii) Apoplejía; viii) Insuficiencia Renal Crónica; ix) Cirugía Coronaria; x) Esclerosis Múltiple; xi) Parálisis de Extremidades; xii) Trasplante de Órganos Vitales.

1.22. ENFERMEDAD PREEXISTENTES: Cualquier alteración de la salud, padecimiento, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al ASEGURADO, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la adquisición del SEGURO AUTOEXPEDIBLE; 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 la adquisición de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.23. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina múltiple porque afecta de forma dispersa al cerebro y a la médula espinal, y esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso. Para que la misma pueda ser considerada como una Enfermedad Grave para los efectos de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE la misma debe de tener un Diagnóstico definitivo e inequívoco de un Médico Especialista neurólogo que confirme la ocurrencia por primera vez en la vida del ASEGURADO de Esclerosis Múltiple caracterizada al menos por persistencia moderada de anormalidades neurológicas con deterioro de funciones, aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada a una silla de ruedas.

1.24. FECHA DE VIGENCIA: Fecha en que inició la cobertura del SEGURO AUTOEXPEDIBLE, según se establece en la Propuesta/Oferta.

1.25. HORA CONTRACTUAL: Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia del SEGURO AUTOEXPEDIBLE según se muestra en la Propuesta/Oferta.

1.26. 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.

1.27. HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MEDICO: Es un lugar que: a) Cuenta con habilitación o permiso vigente, si así fuese requerido por la ley; b) Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas; c) Cuenta con un cuerpo de uno o más médicos disponibles en forma permanente; d) Presta servicios de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente; e) Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del Hospital, previamente acordados. No son considerados Hospitales los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

1.28. 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 o Médico Especialista.

1.29. INFARTOAGUDO AL MIOCARDIO: Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado como mínimo por uno de los siguientes puntos: i) Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el ASEGURADO presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro (24) horas anteriores a dicha hospitalización; ii) Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva). iii) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.

1.30. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al ASEGURADO a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

1.31. INTERÉS ASEGURABLE: Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.

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

1.33. MÉDICO: Es un profesional habilitado para practicar la medicina, que ha obtenido su título en una universidad debidamente constituida y que legalmente puede otorgar este título y el cual se encuentra autorizado y habilitado en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No será considerado como Médico pertinente o habilitado para los efectos de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE: i) el ASEGURADO; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del ASEGURADO o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

1.34. MÉDICO ESPECIALISTA: Es un profesional habilitado para practicar la medicina que ha obtenido su título de especialista en una universidad debidamente constituida y que legalmente puede otorgar este título dentro del ámbito de su especialidad el cual ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para diagnosticar o prescribir tratamientos para las enfermedades que se especifican dentro de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE y el cual se encuentra inscrito en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica en su especialidad. No será considerado como Médico Especialista, para los efectos de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE: i) el ASEGURADO; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del ASEGURADO o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

1.35. METÁSTASIS: Presencia de tejido neoplásico maligno en ubicación diferente de la lesión primaria inicial, del mismo tipo histológico que surge en consecuencia de la diseminación del tumor primario por medio del torrente sanguíneo o linfático.

1.36. MIEMBRO DE LA FAMILIA: Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes, sus hijos, hijastros, sus padres, padrastrós, suegros, hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos, nietos, nueras, menores bajo su tutela, tíos (entendiéndose por tales, los hermanos de su padre o madre) y sobrinos (comprendiendo únicamente, los hijos de un hermano), siempre y cuando residan en el mismo país del ASEGURADO.

1.37. NEOPLASIA: Enfermedad caracterizada por la proliferación anormal de células, tumoral o no, de carácter benigno o maligno.

1.38. NEOPLASIA BENIGNA: Proliferación anormal de células de diversos tipos de tejidos que no presentan potencial de diseminación hacia otros sitios que no son de origen, por medio del torrente sanguíneo o linfático, sin causar metástasis y presentando características celulares benignas confirmadas por medio de estudios anatomopatológicos.

1.39. NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER): Proliferación anormal y descontrolada de células de diversos tipos de tejidos que se pueden diseminar por el torrente sanguíneo o por medio de los vasos linfáticos, con potencial de implantación en otros órganos y tejidos, causando Metástasis y que presenta características

celulares y anatomopatológicas, macroscópicas y microscópicas de neoplasia maligna. Este diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un Médico Especialista oncólogo o Médico Especialista patólogo.

1.40. OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES: 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.

1.41. PARÁLISIS DE EXTREMIDADES: Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad. Estarán cubiertos los ASEGURADOS a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia del SEGURO AUTOEXPEDIBLE, sufran una parálisis de dos (2) o más de las extremidades.

1.42. 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, de acuerdo a lo que se indica en la cláusula de "PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA".

1.43. PERIODO DE COBERTURA: Se entiende que la cobertura es a "base de ocurrencia" porque cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes

1.44. 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 cobertura de la "RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE" y que se establecen en la Propuesta/Oferta. Aplica para toda y cada Hospitalización del ASEGURADO.

1.45. PLAN: Alternativa elegida por el ASEGURADO en la Propuesta/Oferta donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.46. PRIMA: Es el precio que deberá pagar el CONTRATANTE o ASEGURADO como contraprestación para que la COMPAÑÍA cubra el riesgo contratado mediante el presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.47. PROPUESTA U OFERTA DE SEGURO: 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. Una vez completo, este documento cumplirá la finalidad de certificado individual de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la Propuesta u Oferta de Seguro como del certificado individual de seguro. Es referido en el SEGURO AUTOEXPEDIBLE como la "Propuesta/Oferta".

1.48. 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.

1.49. RIESGO(S): Vulnerabilidad de los bienes objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del ASEGURADO. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables. Para este SEGURO AUTOEXPEDIBLE, consiste en indemnizar al ASEGURADO de acuerdo al Plan seleccionado, una vez concluido el Periodo de Carencia, en el caso de Diagnóstico por primera vez en la vida del ASEGURADO de una Enfermedad Grave, pago de una renta diaria durante un periodo máximo de ciento ochenta (180) días producto de una Enfermedad Grave, muerte del ASEGURADO a causa de una Enfermedad Grave la cual ocurra en un periodo de un (1) año a partir de su primer Diagnóstico.

1.50. SINIESTRO: La ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del ASEGURADO que, amparado por el presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE, obliga a la COMPAÑÍA al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.

1.51. SUMA ASEGURADA: Es el valor económico del bien que la COMPAÑÍA se obliga a pagar en caso de indemnización.

1.52. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES: Es la transferencia al cuerpo del ASEGURADO de un órgano vital, de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función. Quedarán cubiertos los ASEGURADOS que necesiten un trasplante, por primera vez en su vida y dentro de la vigencia del SEGURO AUTOEXPEDIBLE, caracterizado por la pérdida irreversible de la función de los órganos vitales que se indican a continuación, mediante la indicación del Médico Especialista en la patología y de los exámenes específicos: i) Corazón; ii) Pulmón; iii) Hígado; iv) Páncreas; v) Riñón; vi) Médula Ósea. Se incluyen los Trasplantes de Órganos Vitales listados anteriormente que sufra el ASEGURADO como consecuencia de un Accidente.

1.53. VENCIMIENTO: Es la fecha en que se da por terminado el SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.54. 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 la Propuesta/Oferta.

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 la Propuesta u Oferta de Seguro.

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: La Propuesta/Oferta tiene prelación sobre las Condiciones Generales.

ÁMBITO DE COBERTURA

4. OBJETO DEL SEGURO: El objeto del presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE consiste en indemnizar al ASEGURADO de acuerdo al Plan seleccionado, una vez concluido el Periodo de Carencia, en el caso de Diagnóstico por primera vez en la vida del ASEGURADO de una Enfermedad Grave, pago de una renta diaria durante un periodo máximo de ciento ochenta (180) días producto de una Enfermedad Grave, muerte del ASEGURADO causa de una Enfermedad Grave la cual ocurra en un periodo máximo de un (1) año a partir de su primer Diagnóstico.

Asimismo, el ASEGURADO tendrá derecho a servicios de asistencia, de acuerdo a lo que se indica en este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

5. COBERTURA BÁSICA: El presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE cubre los siguientes Riesgos según se definen a continuación:

5.1. ENFERMEDADES GRAVES - DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ

Por medio de esta Cobertura, la COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO hasta la suma establecida en el Propuesta/Oferta de acuerdo al Límite de Responsabilidad indicado, en el caso de Diagnóstico u ocurrencia por primera vez en la vida del ASEGURADO y dentro de la vigencia del SEGURO AUTOEXPEDIBLE cualquiera de las siguientes Enfermedades Graves, según se define cada una en la cláusula “DEFINICIONES” de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE:

- i) Neoplasia Maligna (Cáncer);
- ii) Cáncer Cérvico Uterino;
- iii) Cáncer de Mama;
- iv) Cáncer de Próstata;
- v) Cáncer Terminal;
- vi) Infarto al Miocardio;
- vii) Apoplejía;
- viii) Insuficiencia Renal Crónica;
- ix) Cirugía Coronaria;
- x) Esclerosis Múltiple;
- xi) Parálisis de Extremidades;
- xii) Trasplante de Órganos Vitales.

Para los tipos de cáncer nombrados en esta cobertura, además de lo indicado en la cláusula “DEFINICIONES” para cada uno, los mismos deberán manifestarse por la presencia de uno o más tumores malignos caracterizados por el crecimiento y la expansión incontrolable de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, destruyendo los tejidos normales, los linfomas, el melanoma agresivo que excede una profundidad de 0.75 milímetros.

Los tipos de “Cáncer” indicados no incluyen el carcinoma in situ no-agresivo; los tumores no-agresivos localizados que se encuentren en etapas iniciales de malignidad; tumores asociados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); Sarcoma Kaposi y otros tipos de cáncer relacionados con el SIDA; o cualquier Cáncer de la piel que no sea melanoma maligno.

La COMPAÑÍA pagará el cien por ciento (100%) de la suma establecida en la Propuesta/Oferta al momento de ser únicamente diagnosticada por primera vez la Enfermedad Grave.

No será cubierto el diagnóstico de Enfermedades Graves en ocasiones posteriores, diferentes a la primera vez.

5.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE

Cuando el ASEGURADO tenga una Hospitalización como consecuencia de una Enfermedad Grave amparada por esta Póliza, según se define cada una en la cláusula “DEFINICIONES”, y diagnosticada por primera vez dentro del Período de Vigencia que aparece en Propuesta/Oferente, la COMPAÑÍA le pagará a él o a quien él autorice, la Suma Asegurada para esta Cobertura que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de ciento ochenta (180) días.

La Hospitalización por Enfermedad Grave debe haber sido diagnosticada por un Médico o por un Médico Especialista y durante el tiempo de la Hospitalización el ASEGURADO debe haber permanecido bajo el cuidado y asistencia constante de un Médico o Médico Especialista. El Período de Espera se aplica para cada Hospitalización y será de un (1) Día Completo.

5.3. MUERTE A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE

Por medio de esta Cobertura, la COMPAÑÍA indemnizará a los BENEFICIARIOS del ASEGURADO hasta la suma establecida en la Propuesta/Oferente de acuerdo al Límite de Responsabilidad indicado, en el caso de muerte del ASEGURADO en el periodo de un (1) año a partir de su primer Diagnóstico, y dentro de la vigencia del SEGURO AUTOEXPEDIBLE, a causa de cualquiera de las siguientes Enfermedades Graves, según se define cada una en la cláusula “DEFINICIONES” de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE:

- i) Neoplasia Maligna (Cáncer);
- ii) Cáncer Cérvico Uterino;
- iii) Cáncer de Mama;
- iv) Cáncer de Próstata;
- v) Cáncer Terminal;
- vi) Infarto al Miocardio;
- vii) Apoplejía;
- viii) Insuficiencia Renal Crónica;
- ix) Cirugía Coronaria;
- x) Esclerosis Múltiple;
- xi) Parálisis de Extremidades;
- xii) Trasplante de Órganos Vitales.

Para los tipos de cáncer nombrados en esta cobertura, además de lo indicado en la cláusula “DEFINICIONES” para cada uno, los mismos deberán manifestarse por la presencia de uno o más tumores malignos caracterizados por el crecimiento y la expansión incontrolable de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, destruyendo los tejidos normales, los linfomas, el melanoma agresivo que excede una profundidad de 0.75 milímetros.

Los tipos de “Cáncer” indicados no incluyen el carcinoma in situ no-agresivo; los tumores no-agresivos localizados que se encuentren en etapas iniciales de malignidad; tumores asociados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); Sarcoma Kaposi y otros tipos de cáncer relacionados con el SIDA; o cualquier Cáncer de la piel que no sea melanoma maligno.

6. COBERTURAS DE ASISTENCIA

Adicional a las coberturas básicas de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE, 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 la Propuesta/Oferente.

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. ENVÍO DE ARTÍCULOS DE ASEO PERSONAL HASTA EL HOSPITAL CON MOTIVO DE INTERNACIÓN

Previa solicitud al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, en caso que el ASEGURADO sea Hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas, con motivo de una Enfermedad Grave o una emergencia o complicación derivada de una Enfermedad Grave **el servicio de asistencia** gestionará y cubrirá, por una única vez, el pago del envío de artículos de aseo personal hasta el Hospital donde haya sido Hospitalizado el ASEGURADO, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. Los artículos de aseo personal que se enviarán son:

- Un cepillo de dientes;
- Crema dental;
- Jabón de tocador;
- Una toalla de baño;
- Cepillo o peine de cabello
- Champú y acondicionador para cabello.

Los artículos indicados en este servicio se enviarán para una única persona. La elección de los productos, marca, tamaño y cualquier otra característica, es exclusiva **del servicio de asistencia**, componiéndose al envío de artículos disponibles en el mercado nacional.

6.1.1. Limitaciones

Este servicio tiene un límite de costo por evento de cincuenta dólares (US\$ 50.00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América o treinta mil colones (₡30,000.00) y se limita a un (1) evento por año por ASEGURADO.

6.2. TRANSPORTE DE UN FAMILIAR PARA VISITA, HASTA EL LUGAR DE LA HOSPITALIZACIÓN

- A solicitud del ASEGURADO, **el servicio de asistencia** cubrirá los gastos de desplazamiento de un familiar del ASEGURADO, en un medio de transporte comercial, terrestre o aéreo seleccionado a criterio del servicio de asistencia cuando el ASEGURADO sufra una Enfermedad Grave o una emergencia o complicación derivada de una Enfermedad Grave que lo obligue según criterio del equipo médico tratante a permanecer hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas. Se coordinará únicamente el traslado del familiar, no siendo **el servicio de asistencia** responsable del ingreso del mismo al Hospital. Es responsabilidad del mismo familiar obtener los permisos y cupos de visita hospitalaria.
- Si el ASEGURADO así lo solicita, **el servicio de asistencia** también coordinará y cubrirá los gastos del regreso del familiar a su domicilio.

Para los dos servicios indicados, habrá un tiempo máximo de espera de quince (15) minutos de la hora indicada por el ASEGURADO para brindar el servicio. Al pasar este tiempo el transporte se desplazará de la dirección indicada y se tomará el servicio como concluido.

6.2.1. Limitaciones

Los servicios indicados, se prestarán bajo los siguientes límites: cuarenta (40) kilómetros a partir de lugar de Hospitalización del ASEGURADO y dos (2) eventos al año y uno (1) por periodo de Hospitalización.

6.3. TRANSPORTE DEL ASEGURADO PARA REGRESO AL HOGAR

A solicitud del ASEGURADO, el **servicio de asistencia** cubrirá los gastos de desplazamiento del ASEGURADO, en un medio de transporte comercial, terrestre o aéreo seleccionado a criterio del **servicio de asistencia** cuando el ASEGURADO cuente con la salida del Hospital en el cual estuvo Hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas.

Se coordinará únicamente el traslado del ASEGURADO, no siendo el **servicio de asistencia** responsable de la salida del mismo del Hospital, con un tiempo máximo de espera de quince (15) minutos de la hora indicada por el ASEGURADO para la salida. Al pasar este tiempo, el transporte se desplazará de la dirección indicada y se tomará el servicio como concluido.

El servicio se coordina única y exclusivamente hacia la casa de habitación habitual del ASEGURADO, siendo responsabilidad del mismo obtener los permisos necesarios de la salida hospitalaria.

6.3.1. Limitaciones

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cuarenta (40) kilómetros a partir de lugar de Hospitalización del ASEGURADO y dos (2) eventos al año y uno (1) por periodo de Hospitalización.

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. AGENDA Y AVISOS PARA LA INGESTA PUNTUAL DE MEDICAMENTOS DESPUÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN

A solicitud del ASEGURADO, el servicio de asistencia enviará, registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del ASEGURADO, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos.

6.5.1. Limitaciones

El presente servicio se prestará sin límite de costo y sin límite de eventos.

6.6. TRASLADO MEDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA POR ENFERMEDAD GRAVE

Por previa solicitud telefónica, cuando el ASEGURADO sufra una Enfermedad Grave o una emergencia o complicación derivada de una Enfermedad Grave y la cual requiera 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.

6.6.1. Limitaciones

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

6.7. VISITA MÉDICA DOMICILIAR

Por solicitud del ASEGURADO, derivado de una Enfermedad Grave o una emergencia o complicación derivada de una Enfermedad Grave, **el servicio de asistencia** enviará un Médico general hasta el domicilio del ASEGURADO para su revisión, previa autorización del Médico que brindó la orientación médica telefónica.

Este servicio cubre el costo de la visita médica, el transporte y gastos relacionados a dicha visita salvo lo indicado en las Limitaciones y Exclusiones específicas de esta cobertura. Donde no exista infraestructura privada adecuada, el servicio de asistencia coordinará dicha asistencia por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, Médicos Especialistas.

El servicio de asistencia brindará al ASEGURADO las horas disponibles del médico para la visita.

6.7.1. 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.**

6.7.2. Exclusiones

Exclusiones específicas del servicio a domicilio:

- i. **Visitas “de seguimiento” por un mismo evento.**
- ii. **Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO, sin embargo, en el tanto se presente de nuevo una emergencia médica repentina (emergencias médicas causadas por Enfermedad Grave si están cubiertas) aún por el mismo evento original, dicha segunda visita no tendrá costo alguno; a partir de una tercera visita (evento) en el plazo de un año, la misma no estará cubierta por esta cobertura.**

6.8. 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, por lo que no se trata ni sustituye una consulta médica. De la misma manera, tampoco se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescribirán medicamentos telefónicamente.

6.8.1. 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.

6.9. 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 privados en el lugar de interés del ASEGURADO. Si el ASEGURADO lo solicita, **el servicio de asistencia** coordinará una cita para su atención en aquellos centros médicos privados 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 privado.

6.9.1. Limitaciones

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año y no aplica para Clínicas, Hospitales, laboratorios y clínicas dentales de la Caja Costarricense del Seguro Social.

6.10. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN NUTRICIONAL VÍA TELEFÓNICA

Por solicitud del ASEGURADO y siempre que requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia alimentaria, **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.

6.10.1. Limitaciones

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

6.11. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA

Por solicitud del ASEGURADO, **el servicio de asistencia** lo pondrá en contacto telefónico con un profesional de la salud en psicología para que le brinde una orientación médica ante dudas que tenga sobre el manejo del tratamiento de un diagnóstico de una Enfermedad Grave.

La orientación busca minimizar riesgos a la salud mental siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del ASEGURADO, entregando soluciones a dudas que originaron la orientación, por lo que no se trata ni sustituye una consulta psicológica. De la misma manera, tampoco se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescribirán medicamentos telefónicamente.

6.11.1. Limitaciones

El presente servicio se prestará limitado a seis (6) eventos por año.

6.12. REFERENCIA Y COORDINACIÓN CON ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA

Por solicitud del ASEGURADO, **el servicio de asistencia** proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en psicología privados en el lugar de interés del ASEGURADO. Si el ASEGURADO lo solicita, **el servicio de asistencia** coordinará una cita para su atención en aquellos centros médicos privados 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 privado.

6.12.1. Limitaciones

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año y no aplica para Clínicas, Hospitales, laboratorios y clínicas dentales de la Caja Costarricense del Seguro Social.

7. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DE LAS COBERTURAS:

Los Límites de Responsabilidad o Suma Asegurada para las Coberturas indicadas anteriormente serán detallados en la Propuesta/Oferente.

8. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA BÁSICA: Esta Póliza no ampara y la **COMPAÑÍA** no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la Enfermedad Grave sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Enfermedades Preexistentes diagnosticadas y/o Enfermedades Congénitas.
- b) Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea Miembro de la Familia del ASEGURADO o que viva en la misma casa que el ASEGURADO se pagará, sin importar si la persona es un Médico facultado para ejercer la medicina.
- c) Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquier a que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.
- d) Enfermedad Grave ocasionada como consecuencia de un Accidente ocurrido por culpa grave del ASEGURADO, como consecuencia de encontrarse bajo la influencia del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un Médico.
- e) Enfermedades Graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- f) Enfermedad Grave preexistente diagnosticada a la contratación de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.
- g) Infección oportunista que sea consecuencia directa o indirecta del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o variantes que incluyan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Complejo Relacionado con SIDA (CRS). Las infecciones oportunistas incluyen, pero no se limitan a: neumosiastisis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica y/o infecciones diseminadas por hongos.
 - 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.
- h) Hospitalización en un establecimiento que no sea un Hospital, según se especifica en las “DEFINICIONES”.
- i) Diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en hospital o clínicas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de Diagnósticos otorgados al ASEGURADO fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los Médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.
- j)

Tampoco serán amparadas Enfermedades Graves que se originen por la participación directa del ASEGURADO en:

- a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
- c) Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.
- d) Deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artesmarciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
- e) La práctica profesional de cualquier deporte.
- f) El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.
- g) Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público,

excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros.

- h) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el ASEGURADO.
- i) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.

8.1 EXCLUSIONES ENFERMEDEDADES ONCOLÓGICAS: Dentro de las enfermedades oncológicas que cubre ésta póliza se excluyen:

- a) Si el cáncer es diagnosticado durante el Período de Carencia.
- b) Sometimiento del ASEGURADO a radiación permanente, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- c) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- d) Cáncer de la piel, específicamente del tipo basocelular y espinocelular.
- e) Cáncer preexistente diagnosticado a la contratación de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.
- f) Cáncer “in situ”, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el Cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.
- g) La expansión Metastásica o recurrencia.
- h) Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3.
- i) Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de Metástasis.
- j) Tumores en la próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1A o T1B o tumores en la próstata de otra clasificación equivalente o menor.
- k) Micro-carcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1 cm de diámetro;
- l) Micro-carcinoma papilar de la vejiga.
- m) Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación.
- n) Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.
- o) Todos los tumores con presencia de infecciones de VIH.
- p) Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de Metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.
- q) Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.

8.2 EXCLUSIONES INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO: Esta Póliza no ampara y la COMPAÑÍA no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando el infarto al miocardio sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) Infarto al miocardio ocurrido por culpa grave del ASEGURADO como consecuencia de estar bajo la influencia del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
- b) Los siguientes padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza:
 - Diabetes mellitus tipos 1, 2 e ideopática.
 - Hipertensión arterial;
- c) Obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 unidades, las unidades en que están dados los índices de masa corporal, se obtienen mediante la división del peso de la persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura; el criterio de la organización mundial de la salud para

considerar a alguien obesomórbido es que el índice de masa corporal sea de 30 o más unidades kg/E2.

- 8.3 EXCLUSIONES APOPLEJÍA:** Esta Póliza no ampara y la **COMPAÑÍA** no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando la apoplejía sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:
- Ataques isquémicos transitorios, es decir, cuando se detienen el flujo de sangre a una parte del cerebro por un breve periodo de tiempo.
- 8.4 EXCLUSIONES INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Esta Póliza no ampara y la **COMPAÑÍA** no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando la insuficiencia renal crónica sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:
- No está asegurada la insuficiencia renal crónica en asegurados diabéticos, cuando ésta sea consecuencia de dicha enfermedad.
- 8.5 EXCLUSIONES CIRUGÍA CORONARIA:** Esta Póliza no ampara y la **COMPAÑÍA** no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando la cirugía coronaria sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:
- Trombólisis mediante cateterismo coronario. Tratamiento mínimamente invasivo, para deshacer coágulos de sangre anormales en los vasos sanguíneos.
- 8.6 EXCLUSIONES PARÁLISIS DE EXTREMIDADES:** Esta Póliza no ampara y la **COMPAÑÍA** no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando la parálisis de extremidades sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:
- Parálisis ocasionada por apoplejía.
 - Parálisis ocasionada por esclerosis múltiple.
- 8.7 EXCLUSIONES TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES:** Esta Póliza no ampara y la **COMPAÑÍA** no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando el trasplante de órganos vitales sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:
- Cualquier gasto incurrido por el donante.
 - Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos monoventriculares y biventriculares que asistan a la función del corazón
- 9. EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA:** Quedan excluidas de las coberturas establecidas, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:
- a) Los servicios que el **ASEGURADO** haya contratado sin previo consentimiento de la **COMPAÑÍA**, a excepción de los indicados anteriormente.
 - b) Los servicios adicionales que el **ASEGURADO** haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y riesgo.
 - c) Los causados por mala fe del **ASEGURADO**, entendida “mala fe” como una actuación ilegítima y desleal.
 - d) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
 - e) 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.

- f) **Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.**
- g) **Los derivados de la energía nuclear radioactiva.**
- h) **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.**
- i) **Servicios solicitados setenta y dos (72) horas después de ocurrida la emergencia.**

10. LÍMITES GEOGRÁFICOS: Salvo modificación expresa de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE, las Coberturas que se establecen en ella no tendrán ningún tipo de limitación territorial, a excepción de las Coberturas de Asistencia que solo aplicarán en la República de Costa Rica.

11. DEDUCIBLES: Para este SEGURO AUTOEXPEDIBLE no aplicará ningún tipo de deducible.

12. PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA: Para obtener los beneficios que otorgan las COBERTURAS BÁSICAS, el ASEGURADO deberá completar un Período de Carencia de sesenta (60) días calendario.

En todo caso, para cualquier Hospitalización del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, la COMPAÑÍA aplicará un Período de Espera de un (1) Día Completo. Es decir, el pago de la **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE** 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 Grave. 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 Grave.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

En caso de fallecimiento de parte del ASEGURADO, el monto de la indemnización que se otorga en la **"MUERTE A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE"** 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 el ASEGURADO, no especifica BENEFICIARIO(S) al momento de suscribir este SEGURO AUTOEXPEDIBLE podrá designarlos posteriormente por escrito, mediante una carta dirigida a la COMPAÑÍA debidamente firmada por el ASEGURADO, o mediante una llamada al teléfono descrito en la Propuesta/Oferenda y una posterior ratificación por escrito a la COMPAÑÍA.

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 alicuota 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 alicuota 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

14. 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 de la presentación completa de los requisitos indicados en las cláusulas "AVISO DE SINIESTRO" y "PROCESO DE RECLAMACIÓN". En caso de que el ASEGURADO o BENEFICIARIO no presente la totalidad de los requisitos indicados en las cláusulas "AVISO DE SINIESTRO" y "PROCESO DE RECLAMACIÓN", la COMPAÑÍA podrá declinar el reclamo por la falta de presentación completa de los requisitos. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

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.

15. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS: 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.

De tal manera, en caso de ocurrencia del siniestro, si el ASEGURADO se encuentra moroso en el pago de la prima, pero dentro del periodo de gracia, la COMPAÑÍA podrá rebajar del pago de la indemnización la suma del total de cuotas adeudadas, previo al pago del siniestro.

El ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S) 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 y/o BENEFICIARIO(S), 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.**

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

16. 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 de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

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 **cuarenta y nueve (49) años**.

A partir de los **cincuenta (50) años cumplidos**, se aplicarán tarifas con un recargo especial, de acuerdo al grupo etario en el que se encuentre el ASEGURADO. Estas tarifas se indican en la Propuesta/Oferta. Los grupos etarios, para este SEGURO AUTOEXPEDIBLE, serán los siguientes:

Rango de Edades	
18-49 años	60-64 años
50-59 años	65 años o más

Los ASEGURADOS tendrán un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la Póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE 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.

17. 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

18. RECARGOS Y DESCUENTOS: Para el presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

19. AVISO DE SINIESTRO:

- a. El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario de haber ocurrido el hecho amparado por el SEGURO AUTOEXPEDIBLE y suministrar la información que se requiera de acuerdo a la cobertura reclamada. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del siniestro.
- b. **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
- c. La COMPAÑÍA tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al ASEGURADO o BENEFICIARIO sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. El ASEGURADO o BENEFICIARIO tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. 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 la totalidad de los requisitos que se establecen para cada Cobertura.
- d. En adición o en ausencia de cualquier documento o información relativa al Siniestro, el ASEGURADO podrá aportar cualquier documento o información que sea reconocida en derecho como válida para determinar la ocurrencia del Siniestro y comprobar sus características cualitativas y cuantitativas.

El incumplimiento de los plazos estipulados en esta cláusula NO conllevará efecto adverso a los intereses económicos que se deriven del aviso de Siniestro a menos que el mismo no sea presentado dentro del plazo indicado, de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias. En caso de ocurrir esto último la COMPAÑÍA hará una investigación del reclamo y en caso de demostrarse el dolo, estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

Las obligaciones de la COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el ASEGURADO, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente los hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que trata esta cláusula y cualquiera otra donde se especifica una obligación de remitir información/documentos con este propósito.

20. PROCESO DE RECLAMACIÓN: Para el trámite del reclamo, el ASEGURADO debe presentar los siguientes documentos:

- 18.1. Para todas las **COBERTURAS BÁSICAS:**

- 18.1.1. Carta dirigida a la COMPAÑÍA detallando los pormenores del siniestro y la cobertura que se solicita, la cual debe de ser firmada por el ASEGURADO.
- 18.1.2. 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.
- 18.1.3. Boleta de autorización para la revisión de expedientes médicos o clínico.
- 18.2. Adicional a lo indicado en el punto 18.1., para la cobertura **“ENFERMEDADES GRAVES - DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ”** copia del Diagnóstico, historial médico, epicrisis o certificación médica del Médico Especialista en relación a la Enfermedad Grave diagnosticada.
- 18.3. Adicional a lo indicado en el punto 18.1., para la cobertura **“RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE”**:
 - 18.3.1. 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.
 - 18.3.2. 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.
 - 18.3.3. 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.
- 18.4. Adicional a lo indicado en el punto 18.1., en el caso de la cobertura de **“MUERTE A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE”** original y copia del certificado de defunción del ASEGURADO. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente, o bien, con el trámite de Apostillado respectivo.

Para el caso de las **COBERTURAS DE ASISTENCIA**, se requiere únicamente la llamada al teléfono descrito en la Propuesta/Oferta en donde se le comunicará con el proveedor del **servicio de asistencia** quien coordinará el uso del servicio, según la asistencia requerida, 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) número de teléfono; .vi) 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 implicará 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.

21. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS: Toda reclamación ya ajustada, será liquidada o garantizada al ASEGURADO 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 de acuerdo con la cláusula anterior.

Ninguna pérdida o daño será pagado o garantizado bajo este SEGURO AUTOEXPEDIBLE si el ASEGURADO ha cobrado o ha aceptado otro arreglo de terceros por concepto de tal pérdida o daño sin el conocimiento previo y aceptación por parte de la COMPAÑÍA.

22. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO: En caso de declinación del reclamo, el ASEGURADO podrá solicitar una revisión por escrito del mismo ante la COMPAÑÍA con las pruebas correspondientes. Si persiste la declinación de la cobertura del seguro, el ASEGURADO podrá acudir al Centro de Defensa del Asegurado, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la COMPAÑÍA, con el objeto de ser resuelta su reclamación.

En caso de que la COMPAÑÍA decline el pago de cualquier reclamación, el ASEGURADO tendrá derecho a demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

23. 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.

24. VIGENCIA Y RENOVACIÓN 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 la Propuesta/Oferta. 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".

25. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA: El SEGURO AUTOEXPEDIBLE, terminará por alguna de las siguientes causales:

- a. Cuando ocurra el fallecimiento del ASEGURADO.
- b. Cuando aplique la cláusula de "NULIDAD DEL CONTRATO".
- c. Al final de la vigencia de la Propuesta/Oferta.
- d. Al final del plazo de vigencia del SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

26. EDAD: La edad mínima de contratación de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE será de dieciocho (18) años cumplidos. No existirá ningún tipo de edad máxima para la contratación de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

27. 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.

28. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Una vez que la Propuesta/Oferta se encuentre completa por el ASEGURADO, la misma se considera que cumple la finalidad de un certificado individual de seguro por lo cual la COMPAÑÍA hará entrega al ASEGURADO, de esta Propuesta/Oferta la cual será el certificado individual del SEGURO AUTOEXPEDIBLE y 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 de este documento 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.

29. 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 (¢81,150,000.00) o ciento treinta y cinco mil doscientos cincuenta dólares (US\$ 135,250.00) moneda de curso legal de los Estados

Unidos de América. 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.

30. DERECHO DE RETRACTO: El ASEGURADO tiene la facultad de revocar unilateralmente el SEGURO AUTOEXPEDIBLE, amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de diez (10) 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

31. 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.

32. MONEDA: Este seguro se contrata en la moneda que se indica en la Propuesta/Oferza, 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 la Propuesta/Oferza.

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.

33. 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.

34. 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.

35. 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.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

36. 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.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

37. 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 la Propuesta/Oferta. 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(los) registro(s) número P20-62-A05-701 de fecha 06 de enero del 2017.