

# ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

## SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO TU BIENESTAR ASSA"

### CONDICIONES GENERALES

#### ÍNDICE

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

## **COMPROMISO DE LA ASEGURADORA**

---

**ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.**, cédula jurídica 3-101-593961 (la "COMPAÑÍA"), se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO TU BIENESTAR ASSA" (el "SEGURO"). El derecho a gozar de las prestaciones detalladas se supedita al cumplimiento del ASEGURADO con todos los términos y condiciones.



---

**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 de éste o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.

**1.2. ACUERDO SUGESE 06-13:** Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros, aprobado por el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero mediante artículo 11, del acta de la sesión 1048-2013, celebrada el 25 de junio del 2013 y publicado en La Gaceta 146 del 31 de julio del 2013.

**1.3. ACUERDO SGS-DES-A-031-2014:** Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros de las 15 horas del 24 de febrero del 2014.

**1.4. ADMINISTRADOR:** Es el medio mediante el cual la COMPAÑÍA administra una red de proveedores para brindar servicios y coberturas a nivel nacional dispuestas para el ASEGURADO y sus BENEFICIARIOS.

**1.5. ASEGURADO:** Es toda persona física que en sí misma está expuesta a los riesgos objeto de este contrato de SEGURO.

**1.6. ASISTENCIA:** Servicios que se le brindarán al ASEGURADO de conformidad con los términos y condiciones que se describen en este SEGURO.

**1.7. BENEFICIARIO:** Es(son) la(s) persona(s) física(s) designada(s) por el ASEGURADO, a quien(es) se le(s) reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este seguro. Para las coberturas de los Servicios Adicionales, se entienden como beneficiarios, el CÓNYUGE o CONVIVIENTE y/o hasta dos hijos que sean menores de veinticinco (25) años de edad.

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

**1.9. CÁNCER:** Es una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presenta en uno o más tejidos corporales o aparece en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia. La enfermedad debe ser diagnosticada por médico especializado en medicina, graduado, registrado y autorizado para ejercer la profesión médica por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, sobre la base de los resultados positivos de un examen microscópico o especializado al efecto, ya sea biopsia o autopsia, según corresponda. Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo.

**1.10. CONDICIONES GENERALES:** Cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE"), que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro.

**1.11. CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del ASEGURADO, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por el ASEGURADO, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el ASEGURADO o por terceros.

**1.12. CONTRATANTE:** Es la persona física que firma y contrata el seguro. Es a quien corresponde el pago de las primas e informa a los BENEFICIARIO(S), u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones en cuanto a las operaciones de cobertura o información otorgada. Podría coincidir o no en la figura del ASEGURADO.

**1.13. CONVIVIENTE:** Persona con quien éste(a) convive por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable, de conformidad con lo establecido en el Código de Familia. Referido en la Propuesta/Ofertra como "Asegurado Adicional".

**1.14. CÓNYUGE:** Consorte. Para efectos de esta póliza se define como la unión en matrimonio de acuerdo con lo establecido en el Código de Familia (Ley No. 5476 y sus reformas). Referido en la Propuesta/Ofertra como "Asegurado Adicional".

**1.15. DOMICILIO:** Es el lugar de uso habitacional permanente y habitual del ASEGURADO dentro del territorio nacional.

**1.16. EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto que pone en riesgo la integridad física del ASEGURADO, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de Asistencia, con un lapso máximo de cuarenta y ocho (48) horas de haber acontecido y que se trate de un evento cubierto.

**1.17. HORARIO COMERCIAL:** Días hábiles, no feriados, de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm.

**1.18. HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO:** 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.

**1.19. 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.

**1.20. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es el estado en que se encuentra un ASEGURADO como consecuencia de haber sufrido un accidente, que cause una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior a sesenta y siete por ciento (67%) para generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un período no menor de seis (6) meses continuos, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente el ASEGURADO.

**1.21. LEY N°7472:** Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor del 20 de diciembre de 1994, publicada en el diario oficial La Gaceta N°14 del 19 de enero de 1995.

**1.22. LEY N°7786:** Ley Sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas De Uso No Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación De Capitales Y Financiamiento Al Terrorismo del 30 de abril de 1998, publicada en el diario oficial La Gaceta N°93 del 15 de mayo de 1998.

**1.23. LEY N°8653:** Ley Reguladora del Mercado de Seguros, del 22 de julio del 2008 publicada en el diario oficial La Gaceta N°152 del 07 de agosto del 2008.

**1.24. LEY N°8956:** Ley Reguladora del Contrato de Seguros del 17 de junio del 2011, publicada en el diario oficial La Gaceta N°175 del 12 de septiembre del 2011.

**1.25. 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: **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.

**1.26. 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 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: **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.

**1.27. 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 las Propuesta/Oferza.

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

**1.29. 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.

**1.30. 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 (Básico, A, B o C); 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 presente SEGURO, como la "Propuesta/Oferta".

**1.31. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** No es una obligación contractual del asegurador ni tampoco del ASEGURADO. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.

**1.32. SERVICIOS:** Es la asistencia que se le brinda al ASEGURADO de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente SEGURO.

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

**1.34. SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico elegido por el ASEGURADO y que es determinante para que la COMPAÑÍA establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro según el plan contratado (Básico, A, B o C).

**1.35. 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 las Propuesta/Oferta.

## **DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN**

---

**2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL:** Condiciones Generales y la Propuesta/Oferta.

**3. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL:** La Propuesta/Oferta tiene prelación sobre las Condiciones Generales.

## **ÁMBITO DE COBERTURA**

---

**4. OBJETO DEL SEGURO:** La COMPAÑÍA indemnizará al(los) ASEGURADO(S) y/o BENEFICIARIO(S), según sea el Plan escogido de acuerdo con la opción de Montos Asegurados que se muestra en la Propuesta/Oferta, de acuerdo con los términos, condiciones y exclusiones contenidas en la Póliza.

### **5. COBERTURAS BÁSICAS:**

#### **5.1. MUERTE NO ACCIDENTAL**

Si el ASEGURADO fallece por cualquier causa no accidental, la COMPAÑÍA pagará al (los) BENEFICIARIO(S) el monto establecido en el Límite de Responsabilidad señalado en la Propuesta/Oferta del Plan seleccionado.

#### **5.2. CÁNCER**

Si el ASEGURADO es diagnosticado como enfermo de cáncer, la COMPAÑÍA anticipará el cincuenta por ciento (50%) del monto establecido en la cobertura por Muerte No Accidental al momento del diagnóstico. En caso de fallecimiento posterior del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará la diferencia a los BENEFICIARIOS.

#### **5.3. MUERTE ACCIDENTAL**

Si el ASEGURADO, durante la vigencia del seguro, sufre la muerte como resultado directo y exclusivo de un Accidente, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada en favor de los BENEFICIARIOS.

#### **5.4. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Si el ASEGURADO a causa de un accidente es declarado total y permanentemente incapacitado durante la vigencia de la cobertura, la COMPAÑÍA anticipará el cincuenta por ciento (50%) del monto establecido en la cobertura por **Muerte Accidental**; en caso de fallecimiento posterior del ASEGURADO durante la vigencia del seguro y a causa del accidente que origina la incapacidad o por cualquier otro accidente, la COMPAÑÍA pagará el cincuenta por ciento (50%) restante de la cobertura por **Muerte Accidental**.

Para todos los efectos, la declaratoria de incapacidad total y permanente a causa de un accidente debe ser expedida por la Caja Costarricense del Seguros Social, el Poder Judicial, o Entidad Aseguradora que esté autorizada para aceptar riesgos del trabajo a través del Seguro Obligatorio de Riesgos del trabajo, o en su defecto, por la COMPAÑÍA en los casos en donde no sean atendidos directamente por aquellos. En caso de que sea la COMPAÑÍA la que deba dictaminar la incapacidad total y permanente, podrá recibir del ASEGURADO pruebas médicas realizadas por un médico especialista contratado por el ASEGURADO para valorarlas a través de médicos que la COMPAÑÍA contrate con el objetivo de determinar fehacientemente la declaratoria de incapacidad total y permanente. Los gastos de los médicos contratados por la COMPAÑÍA correrán por parte de ésta.

Cuando hubiere desacuerdo entre la COMPAÑÍA y el ASEGURADO respecto de la declaratoria o no de la Incapacidad Total y Permanente, el ASEGURADO puede solicitar se practique de nuevo una valoración física, y la COMPAÑÍA accederá a ello. La valoración física será efectuada por un médico especialista o por dos médicos especialistas nombrados uno por cada parte, quienes, en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer médico especialista. El dictamen del tercer médico, cuando fuere necesario, se mantendrá dentro de la determinación de la declaratoria o no de la de la Incapacidad Total y Permanente que constan en los informes individuales de los otros dos médicos. El ASEGURADO y la COMPAÑÍA pagarán respectivamente los honorarios de sus propios médicos y compartirán en partes iguales los demás gastos de la valoración física y del tercer médico en discordia.

#### **5.5. RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

En caso de muerte accidental del ASEGURADO, en adición a la cobertura por Muerte Accidental, la COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS, la suma contratada durante doce (12) mensualidades vencidas, para cubrir cualquier gasto que el (los) BENEFICIARIO(S) considere(n). La COMPAÑÍA se reserva el derecho de realizar la indemnización total en su pago sin deducir el costo financiero por el anticipo de las mensualidades pendientes.

#### **5.6. INDEMINIZACIÓN FUNERARIA**

En caso de fallecimiento de alguno de los miembros del grupo familiar beneficiado, la COMPAÑÍA cancelará al ASEGURADO o a los BENEFICIARIOS, según sea el caso, la suma fijada en la Propuesta/Oferente por concepto de fallecimiento al amparo de esta cobertura adicional.

**Estos servicios se otorgan bajo las siguientes limitaciones:**

- A. Hasta dos (2) fallecimientos por año en el grupo familiar beneficiado.**
- B. El monto asegurado se detallará en la Propuesta/Oferente. Sin embargo, dicho monto no podrá exceder la suma de un millón de colones (₡1.000.000,00) o dos mil dólares (US\$ 2.000,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por fallecimiento; según la moneda en que se contrate el SEGURO, montos los cuales no podrán ser excedidos.**

**Que el fallecimiento ocurra en el territorio de la República de Costa Rica.**

**6. COBERTURAS ADICIONALES:** En adición a las COBERTURAS BÁSICAS anteriormente detalladas, sujeto a la contratación de la cobertura adicional y al pago de la prima correspondiente, el presente SEGURO podrá cubrir los riesgos adicionales seguidamente detallados:

#### **6.1. CÓNYUGE O CONVIVIENTE**

La presente cobertura tiene por objeto incluir en la protección de los beneficios de las COBERTURAS BÁSICAS al CÓNYUGE O CONVIVIENTE del ASEGURADO en la misma forma en que las recibiría el ASEGURADO, **pero sin incrementar de ninguna forma las Sumas Aseguradas. En términos simples, se cubre a una persona adicional sin que ello implique una duplicación/incremento de la Suma Asegurada oportunamente seleccionada por el Contratante.**

La COMPAÑÍA pagará las indemnizaciones de acuerdo con lo estipulado a continuación:

- a) Esta cobertura se otorga a dos personas. Por lo tanto, para todos los efectos de esta cobertura, por ASEGURADOS se entenderán al Contratante junto con la persona designada en la Propuesta/Oferente como su cónyuge y/o conviviente.
- b) Las estipulaciones del Contrato de Seguro son aplicables a todos los ASEGURADOS; por tanto, cualquier requisito deberá ser cumplido por cada ASEGURADO.
- c) El monto de Sumas Aseguradas de las COBERTURAS BÁSICAS, será aplicada al ASEGURADO o los BENEFICIARIO(S) del primero de los ASEGURADOS que sufra un accidente o que fallezca.
- d) En caso de incapacidad total y permanente, o enfermedad simultánea, la Suma Asegurada se dividirá entre el número de los ASEGURADOS afectados.
- e) En caso de muerte simultánea de los ASEGURADOS, la Suma Asegurada será distribuida entre los BENEFICIARIO(S) sobrevivientes según la proporción estipulada para cada uno de ellos en las Propuesta/Oferente.
- f) El pago de la indemnización por la ocurrencia de algún evento amparado por alguna de las COBERTURAS BÁSICAS, dará por terminada automáticamente la cobertura para el ASEGURADO que no se vio afectado.

**7. SERVICIOS DE ASISTENCIA:** Adicional a las coberturas básicas de este SEGURO, se incluyen las siguientes Coberturas de Asistencia las cuales se suministrarán bajo las siguientes condiciones:

- a) Deberán ser solicitadas y coordinadas a través del número telefónico 2503-2710, opción 2 establecido en la Propuesta/Oferente.
- b) Deberá ser contratados con el previo consentimiento de la COMPAÑÍA.
- c) No podrán ser contratados directamente por el ASEGURADO bajo su cuenta y riesgo.
- d) Serán suministrados dentro del territorio costarricense siempre que exista infraestructura pública o privada que lo permita para la prestación de los servicios, salvo para los servicios de asistencia telefónica.
- e) Deberán ser solicitados en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas después de ocurrida la emergencia.
- f) En caso de requerir información en relación a los proveedores de asistencias (servicios auxiliares) el TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO podrán llamar al número 2503-2710, opción 2, enviar un correo electrónico a la dirección [contacto@assanet.com](mailto:contacto@assanet.com) o ingresar al sitio web: <https://www.assanet.cr/productos/seguros-personales/seguro-de-autoexpedible/>.

#### **7.1. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA FAMILIAR**

Este servicio ampara, a través del Administrador, al ASEGURADO y sus BENEFICIARIOS, cubriendo una atención por Urgencias Odontológicas y la programación de citas con dentistas profesionales para brindar, entre otros, valoración y diagnóstico de los pacientes, el tratamiento paliativo e inicial de urgencias dentales, tales como, dolores agudos, inflamaciones y/o sangrados abundantes.

Los tratamientos por urgencias odontológicas cubiertas por LA COMPAÑÍA son los que se definen a en el cuadro de coberturas seguidamente detallado:

URGENCIA ODONTOLÓGICA	DESCRIPCIÓN	% COBERTURA
Alivio del dolor	Eliminar dolor agudo en diente o encía.	100%
Valoración y medicación	Valoración y medicación.	100%
Tratamiento de hemorragia bucal	Control de hemorragia en la boca.	100%
Retiro de cuerpo extraño	Retiro de objeto extraño de la encía o pieza dental.	100%
Drenaje de absceso – intraoral	Liberación de presión por acumulación de pus dentro de la boca.	100%
Reimplante diente avulsionado	Reposicionar y/o mantener en boca una pieza dental que se ha caído por un trauma.	100%
Re-Cementación temporal Coronas	Cementar una corona cuando se cae, en forma temporal.	100%
Alivio de prótesis parciales y/o totales sobre contorneadas	Es el desgaste de la pasta de un aparato (caja o puente) que esté extendido más de lo normal y esté maltratando el tejido blando.	100%
Tratamiento de alveolitis	Tratamiento post extracción por complicación.	100%
Tratamiento sintomático aftas menores en cavidad oral	Establecer que una úlcera o lesión presente se trata de un afta y realizar prescripción de medicamentos y recomendaciones, y/o aplicar medicamentos desensibilizantes, antisépticos y antiinflamatorios	100%
Diagnóstico y tratamiento sintomático de la glosopirosis	Dolor generalizado en la cavidad oral que se trata mediante prescripción médica y recomendaciones. Se debe a cambios hormonales (son más frecuentes durante la vejez y en mujeres).	100%
Rayos-X	Radiografía de un diente completo.	100%
Cirugía	Extraer una pieza dental que se encuentre por fuera de las encías.	80%
Restauración	Colocación o reemplazo de resinas, amalgamas o calzas.	80%

Cada vez que el ASEGURADO o BENEFICIARIO visite al odontólogo por un tratamiento de urgencia o solicite un tratamiento preventivo, deberá cancelar al odontólogo: **(i)** por tratamientos de atención prioritaria y examen clínico y diagnóstico: 0% del costo del tratamiento, y; **(ii)** por tratamientos de cirugía oral y/o restauración: 20% del costo de la cirugía y/o restauración. **Cualquier otro tratamiento no contenido en el cuadro adjunto no está cubierto y deberá ser realizado por cuenta propia. Los tratamientos no contenidos, a manera ilustrativa mas no restrictiva, son: cirugías complejas que requieran de servicios especiales más allá de lo que el común de los Consultorios Odontológicos están preparados para atender por requerirse equipo odontológico adicional al mínimo que establece la regulación del Ministerio de Salud para acreditar clínicas odontológicas, ortodoncia, prótesis (fijas y removibles), cirugías de las encías o tratamientos que por su mayor complejidad requieren procedimientos diferenciados. De igual forma, no se incluye la atención de cirugías para implantes ni tratamientos estéticos o tratamientos derivados de accidentes de tránsito, contiendas de velocidad, accidentes deportivos y laborales, además de aquellos ocasionados deliberadamente por el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS del servicio.**

Para obtener la prestación de los tratamientos incluidos, deberá llamar a la línea de servicio indicada en la Propuesta/Oferza y programar una cita, la cual será asignada según ubicación y horario que elija el interesado entre las disponibilidades que se le ofrezcan. En casos de urgencias nocturnas, fines de semana o días feriados, el Administrador contará con un grupo limitado de odontólogos con disponibilidad para la atención de las mismas, ubicados preferiblemente en cabeceras de provincia. Para solicitar la cita y para asistir a la consulta,

el interesado deberá presentar su cédula de identidad, TIM (Tarjeta de Identidad de Menores), cédula de residencia, carné de refugiado o pasaporte (según corresponda) e indicar el número de contrato.

**Por la índole de los programas de asistencia dental y de los tratamientos contenidos en los servicios, el mismo no incluye atención de enfermedades, accidentes o en general sobre personas que por su estado de salud deben ser atendidas en un hospital ya que requieren de servicios especiales más allá de lo que el común de los Consultorios Odontológicos están preparados para atender por requerirse equipo odontológico adicional al mínimo que establece la regulación del Ministerio de Salud para acreditar clínicas odontológicas.**

**Además, por seguridad de los odontólogos y de los mismos pacientes, no se atenderán aquellas personas que, al presentarse a una cita, se encuentren bajo los efectos del alcohol o alguna droga enervante y/o estupefaciente. Sin embargo, dichas personas tendrán derecho a ser atendidas una vez que hayan pasado los efectos del alcohol o droga.**

## **7.2. ASISTENCIAS A LA SALUD**

### **7.2.1. ASISTENCIA MÉDICA**

Se incluyen los siguientes:

#### **7.2.1.1. Visita Médica Domiciliar**

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, derivado de una emergencia médica repentina, el Administrador enviará un médico general hasta el domicilio del ASEGURADO para su revisión.

Este Servicio cubre el costo de la visita médica y el transporte.

#### **Limitaciones del Servicio:**

- **Limitado a seis (6) eventos por año por ASEGURADO, no acumulables**
- **Costo de los medicamentos y exámenes será cubierto por el ASEGURADO.**
- **No se encuentran cubiertas nuevas visitas "de seguimiento" por un mismo evento.**
- **En caso de no existir infraestructura privada, se enviará un servicio público.**
- **No se envían médicos especialistas.**
- **No se presta el Servicio a menores de dos años.**
- **Costo de los exámenes que deba realizarse el ASEGURADO**
- **Se debe de agendar con veinticuatro (24) horas de anticipación.**

#### **7.2.1.2. Orientación Médica Telefónica**

Por solicitud del ASEGURADO o BENEFICIARIO el Administrador 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.

#### **Limitaciones del Servicio:**

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**
- **No se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos.**

#### **7.2.1.3. Traslado Médico Terrestre en Ambulancia**

En caso de que el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S) sufra una lesión súbita e imprevista como consecuencia de un Accidente que requiera el traslado al Centro Médico más cercano, por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), el Administrador realizará la coordinación efectiva para el traslado del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S).

**Limitaciones del Servicio:**

- Sin límite en el monto
- Dos (2) eventos por año.

7.2.1.4. Referencia o Indicación de Médicos, Laboratorios, Hospitales y Clínicas

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), el Administrador proporcionará información general vía telefónica sobre clínicas, hospitales, laboratorios y clínicas dentales en el lugar de interés del solicitante.

**Limitaciones del Servicio:**

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- Servicio informativo.

7.2.1.5. Referencia, Indicación, Consulta y Localización de Mejores Precios de Medicamentos y Farmacias

Previa solicitud del ASEGURADO, el Administrador realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del ASEGURADO y le transmitirá esta información vía telefónica.

**Limitaciones del Servicio:**

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- Servicio informativo.
- No está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos.

## 7.2.2. ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Incluyen los siguientes:

7.2.2.1. Orientación Psicológica Telefónica

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, el Administrador lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en psicología para que le brinde una orientación psicológica ante dudas que tenga en el área de la salud.

**Limitaciones del Servicio:**

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- No se diagnostican enfermedades o procedimientos ni se prescriben medicamentos.

7.2.2.2. Referencia y Conexión con Psicólogos

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, el Administrador proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en psicología en el lugar de interés del solicitante y si se solicita se coordinará una cita para su atención en aquellos centros que realicen este tipo de reservación.

**Limitaciones del Servicio:**

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- Información es de referencia.

### 7.2.3. ASISTENCIA NUTRICIONAL

#### 7.2.3.1. Información y/o Orientación Nutricional Vía Telefónica

Por previa solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), el Administrador lo pondrá en contacto telefónico con un orientador nutricional para que le sean proporcionados consejos de nutrición, guía para la preparación de dietas saludables, información sobre calorías en alimentos, recomendaciones alimenticias para diabéticos, intolerantes a la lactosa y personas con sobrepeso.

#### Limitaciones del Servicio:

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- Se proporciona en Horario Comercial.

#### 7.2.3.2. Referencia o Indicación de Especialistas en Nutrición

El Administrador proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en nutrición, próximos al domicilio o dirección de interés del solicitante.

#### Limitaciones del Servicio:

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- Información es de referencia.

### 7.2.4. ASISTENCIA CULINARIA

#### 7.2.4.1. Información y/o Orientación Culinaria Vía Telefónica

El Administrador pondrá en contacto telefónico con un orientador culinario para que le sean proporcionados consejos culinarios para la preparación de platillos con recetas saludables, innovadoras, rápidas y recomendaciones para preparar platillos comunes de forma más sana, lo anterior mediante una guía básica servicio de INFOCHEF, referencia de servicios de catering service.

#### Limitaciones del Servicio:

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- Se proporciona en Horario Comercial.
- Información es de referencia.

### 7.2.5. ASISTENCIA POR HOSPITALIZACIÓN

Se incluyen los siguientes servicios:

#### 7.2.5.1. Envío de Artículos de Aseo Personal Hasta el Hospital con Motivo de Internación

Por previa solicitud telefónica, cuando el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO sea Hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas, con motivo de un Accidente o enfermedad (en general, una Emergencia Médica) el Administrador gestionará y cubrirá, por una única vez, el pago del envío de artículos de aseo personal hasta el

centro hospitalario donde haya sido hospitalizado el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO. Los artículos que se enviarán son:

- i. Cepillo de dientes;
- ii. Crema dental;
- iii. Jabón de tocador;
- iv. Toalla de baño;
- v. Cepillo o peine de cabello
- vi. Champú y acondicionador para cabello.

Se enviarán para una única persona. La, componiéndose al envío de artículos disponibles en el mercado nacional.

**Limitaciones del Servicio:**

- **Límite de costo por evento: US\$ 100,00 o ₡ 50.000,00.**
- **2 eventos por año por ASEGURADO.**
- **1 evento por Hospitalización.**
- **Elección de los productos, marca, tamaño y cualquier otra característica, es exclusiva del Administrador**

7.2.5.2. Transporte de un Familiar para el Ingreso Inicial de Internación

El Administrador a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento de un familiar del ASEGURADO para ingreso inicial, hasta el lugar de la internación hospitalaria, el día de la internación, en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio del Administrador cuando el ASEGURADO sufra un Accidente que lo obligue según criterio del equipo Médico tratante a permanecer hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas.

**Limitaciones del Servicio:**

- **Hasta 50 kilómetros.**
- **2 eventos por año.**
- **1 traslado por periodo de Hospitalización.**
- **Solamente se coordina el transporte del Familiar del Asegurado y no incluye la gestión de entrada al Hospital.**

7.2.5.3. Transporte de Familiares o Amigos para la Realización de Visita durante el Periodo de Internación Hospitalaria

El Administrador, a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento de familiares y/o amigos del ASEGURADO.

**Limitaciones del Servicio:**

- **Hasta 4 personas, desde un mismo destino, durante los primeros 3 días de internación**
- **Un solo traslado por día**
- **Medio seleccionado a criterio del Administrador.**
- **Hasta 50 kilómetros.**
- **2 eventos por año.**
- **3 traslado por periodo de Hospitalización.**
- **Solamente se coordina el transporte de los familiares/amigos del Asegurado y no incluye la gestión de entrada al Hospital.**
- **No incluye el viaje de regreso al domicilio de los familiares/amigos del Asegurado.**

#### 7.2.5.4. Servicio de Mensajería en el Periodo de Internación Hospitalaria

El Administrador a solicitud del ASEGURADO, posterior a una Hospitalización superior a veinticuatro (24) horas, con motivo de una Emergencia Médica gestionará y cubrirá, el pago del envío por mensajería de aquellos artículos, documentos o pequeños paquetes que el ASEGURADO necesite enviar o recibir.

##### **Limitaciones del Servicio:**

- **Hasta 50 kilómetros.**
- **2 eventos por año.**
- **3 envíos por el periodo de Hospitalización.**
- **Solamente incluye el traslado de artículos personales, documentos y cargadores telefónicos hasta el Centro Hospitalario.**

#### 7.2.5.5. Transporte del Titular para Regreso al Hogar por Alta Médica

El Administrador, a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento del ASEGURADO, desde el Centro Médico donde se encontraba internado, hasta su domicilio permanente y habitual.

##### **Limitaciones del Servicio:**

- **Hasta 50 kilómetros.**
- **2 eventos por año.**
- **Únicamente para el traslado del ASEGURADO.**
- **Traslado por taxi o ambulancia.**

#### 7.2.5.6. Agenda y Avisos para la Ingesta Puntual de Medicamentos Después de la Internación Hospitalaria

El Administrador enviará, registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos.

##### **Limitaciones del Servicio:**

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**

#### 7.2.5.7. Orientación Nutricional Post Hospitalización Vía Telefónica

Posterior a una Hospitalización, el Administrador lo pondrá en contacto telefónico con un orientador nutricional para que le sean proporcionados consejos de nutrición, guía para la preparación de dietas saludables, información sobre calorías en alimentos, recomendaciones alimenticias para diabéticos, intolerantes a la lactosa y personas con sobrepeso.

##### **Limitaciones del Servicio:**

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**

#### 7.2.5.8. Transmisión de Mensajes Urgentes

Por previa solicitud del ASEGURADO, el Servicio de Asistencia transmitirá los mensajes urgentes producto de una emergencia.

##### **Limitaciones del Servicio:**

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- No se envían correos electrónicos o mensajes en redes sociales.
- ASEGURADO deberá llamar al ADMINISTRADOR, para indicar el nombre, número de teléfono de la persona que el call center debe localizar para brindar el mensaje urgente.

## **LÍMITES DE RESPONSABILIDAD**

Los Límites de Responsabilidad serán detallados en la Propuesta/Oferenda.

### **8. EXCLUSIONES**

#### **8.1. EXCLUSIONES GENERALES**

La presente póliza no cubre los riesgos que se detallan a continuación:

- a) Fallecimiento por causa de cualquier enfermedad o condición pre-existente a la celebración del contrato de seguro.
- b) Cualquier evento y/o accidente cuando se produzca en estado de embriaguez o bajo el efecto de las drogas.
- c) Infracción de leyes, decretos, reglamentos y otras normas legales vigentes cuando estas sean objeto de sanciones de conformidad con el Código Penal vigente del país en que ocurra el evento.
- d) Participación en comisión o intento de comisión, por parte del ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), de asalto, asesinato, homicidio, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- e) Actos de riña, desafío o actos delictivos en que el ASEGURADO participe por culpa de él mismo o de los BENEFICIARIO(S) de esta póliza.
- f) Energía nuclear en cualquier forma.
- g) Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.
- h) El desempeño de profesión u oficio riesgoso tales como la minería, ser bombero, vigilante de seguridad, miembro de las fuerzas armadas o policiales, como piloto, tripulante o empleado de aviones civiles o de empresas de aeronavegación.
- i) Actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
- j) Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o pandémico.

#### **8.2. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL**

Para la cobertura "MUERTE ACCIDENTAL", la presente póliza no cubre los riesgos que se detallan a continuación:

- a) Los accidentes que sobrevengan al ASEGURADO o BENEFICIARIO de alguna de las Asistencias en la práctica de cualquier deporte, competencia de forma profesional, práctica de deportes.
- b) Participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.
- c) Suicidio, o tentativa de suicidio, si ocurre dentro de los dos (2) años posteriores al perfeccionamiento del contrato de seguro.

### **9. LÍMITES GEOGRÁFICOS:**

- 9.1. Coberturas: Mundial.

9.2. Asistencias: República de Costa Rica.

**10. DEDUCIBLES:** No aplica.

**11. PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA:** No aplica.

**12. PERIODO DE COBERTURA:** Base de la ocurrencia del siniestro.

## **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

---

**13. BENEFICIARIO:** Para las coberturas en las cuales no se produzca el fallecimiento del ASEGURADO, las Sumas Aseguradas serán pagadas al mismo Asegurado.

Para las coberturas en las cuales fallezca el ASEGURADO y para la cobertura de "SERVICIOS DE ASISTENCIA", el monto de la indemnización y/o los beneficios que resultaren aplicables serán otorgados al (a los) BENEFICIARIO(S) de esta póliza, quien(es) será(n) designado(s) libremente por el ASEGURADO. En caso no designarlos al momento de suscripción de la PÓLIZA, podrá hacerlo posteriormente con una comunicación 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) tendrá(n) 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 de que el ASEGURADO fallezca, y no haya designado BENEFICIARIO(S), la indemnización será pagada a favor de las personas indicadas en los incisos 1), 2), 3), 4) y 5) del artículo 572 del Código Civil.

El ASEGURADO podrá modificar los BENEFICIARIOS y su proporción en cualquier momento, mediante comunicación por escrito a la Compañía.

La designación, revocación o sustitución de BENEFICIARIOS no será delegable.

*Advertencia: "En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a personas menores de edad, no se debe señalar a una persona mayor de edad como representante de los menores. Se debe de designar directamente a la persona menor de edad con el fin de que reciba la suma asegurada, y la misma sea gestionada por medio de su tutor o representante legal. En caso de designar a una persona mayor de edad para que represente a la persona menor de edad como beneficiario del seguro, se entenderá que en realidad se ha designado a la persona mayor y está solo tendrá una obligación moral con la persona menor de edad y podrá disponer de la suma asegurada como decida."*

## **OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES**

---

**14. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS:** El ASEGURADO está obligado a cumplir lo indicado en el artículo 31 de la Ley N°8956

El ASEGURADO deberá cancelar la prima en la fecha establecida para tales efectos. En caso de mora en el pago de la misma, aplicará lo indicado en el artículo 37 de la Ley N°8956. Si ocurriera el siniestro, y el ASEGURADO se encuentra moroso en el pago de la prima, pero dentro del periodo de gracia, aplicará lo indicado en el artículo 39 de la Ley N°8956.

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**".

Será obligación del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida y colaborar con la COMPAÑÍA en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para que la COMPAÑÍA pueda darle trámite al reclamo.

**15. NULIDAD DEL CONTRATO:** Aplica lo indicado en el artículo 32 de la Ley N°8956.

## **PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS**

**16. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS:** La prima es anual y podrá ser pagada por una única vez o fraccionada en pagos mensuales o semestrales, según se convenga en la Propuesta/Oferta de la Póliza. En caso de que el pago de la prima sea fraccionado en pagos mensuales o semestrales no existirán recargos de ningún tipo.

La prima deberá ser cancelada en el domicilio de la COMPAÑÍA o por medio de automática o descuento directo en alguna cuenta de ahorro y/o cuenta corriente.

Esta póliza es prorrogable de manera automática y obligatoria y cualquier variación se hará únicamente a la prima de acuerdo a lo indicado en la cláusula "**FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA**".

Durante la Vigencia de la Póliza se podrán cambiar los términos y condiciones solamente mediante un Addendum debidamente aceptado y firmado por el Contratante y un representante autorizado de la COMPAÑÍA.

Se aclara que la variación de los términos y condiciones de la Póliza procederá únicamente en caso de Renovación de la Póliza y será procedente siempre que se cuente con el consentimiento del ASEGURADO. En caso de que el ASEGURADO no esté de acuerdo con el cambio de los términos y condiciones de la Póliza, la misma será prorrogada en las condiciones ya pactadas.

**17. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA:** Se hará de la siguiente manera, según grupo etario del ASEGURADO:

- Entre 18 años y 59 años: No habrá ajuste de la prima.
- A partir de los 60 años cumplidos o más: Tarifa diferenciada en función de la edad del ASEGURADO.

Las tarifas aplicables para ambos grupos etarios son las siguientes:

<b>Monto de Prima a Pagar por la Cobertura Básica</b>								
	Plan Básico		Plan A		Plan B		Plan C	
	Colones	Dólares	Colones	Dólares	Colones	Dólares	Colones	Dólares
<b>Entre 18 años y 59 años</b>	¢5,500	\$9.75	¢7,500	\$13.28	¢12,000	\$21.24	¢21,000	\$37.17
<b>A partir de 60 años de edad</b>	N/A	N/A	¢27,285	\$48.29	¢51,425	\$91.02	¢99,875	\$176.77

<b>Monto de Prima a Pagar por la Cobertura Adicional Cónyuge o Conviviente</b>								
	Plan Básico		Plan A		Plan B		Plan C	
	Colones	Dólares	Colones	Dólares	Colones	Dólares	Colones	Dólares
<b>Entre 18 años y 59 años</b>	¢7,000	\$12.39	¢10,000	\$17.60	¢16,500	\$29.20	¢30,000	\$53.10
<b>A partir de 60 años de edad</b>	N/A	N/A	¢39,595	\$70.08	¢75,650	\$133.90	¢148,325	\$262.52

**18. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS:** 60 días calendario, excepto para el primer pago de la prima.

## RECARGOS Y DESCUENTOS

---

**19. RECARGOS Y DESCUENTOS:** No aplican, a menos que el ASEGURADO ingrese a un nuevo grupo etario.

## NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

---

**20. AVISO DE SINIESTRO:** El CONTRATANTE o el BENEFICIARIO(S), al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro o de la necesidad de una COBERTURA DE SERVICIO, debe comunicarlo a LA COMPAÑÍA al número telefónico definido en las Propuesta/Oferita en un plazo que no deberá exceder de 30 días calendario desde su ocurrencia.

**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.**

**21. PLAZO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN:** La COMPAÑÍA brindará respuesta dentro de los 10 días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación que contenga la totalidad de los requisitos establecidos para cada caso. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

Para consultas sobre el trámite de los reclamos presentados: 2503-2700.

Para el trámite del reclamo de las coberturas, excepto la COBERTURA DE SERVICIOS, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(s), deben presentar los siguientes documentos:

- a) Carta del ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), solicitando el pago de la indemnización.
- b) Boleta de autorización para la revisión de expedientes médicos o clínicos.
- c) Fotocopia del documento de identidad del ASEGURADO; y BENEFICIARIO(s).
- d) Certificado original de defunción, expedida por el registro civil, donde se especifica la causa de la defunción, indicando el tomo, folio y asiento correspondiente.
- e) Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, aportar el acta de defunción debidamente apostillada, expedida por la autoridad competente del país donde ocurrió el evento.
- f) Si el BENEFICIARIO(S) es menor de edad, se debe presentar: i) Certificación de su nacimiento emitida por el Registro Civil; y ii) Copia del documento de identidad sea del padre o de la madre supérstite o del tutor del BENEFICIARIO(S) menor de edad.

En caso de requerir algún servicio asistencial de la COBERTURAS DE SERVICIOS, se deberá llamar al teléfono 2503-2710, opción 2 en donde se le comunicará con el proveedor del **servicio de asistencia**, quien, oportunamente, coordinará el uso del servicio según la asistencia requerida, debiendo suministrar el interesado la siguiente información: **(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)** número de póliza y; **(vii)** tipo de asistencia que se precisa.

En caso de requerir información en relación a los proveedores de asistencias (servicios auxiliares) el TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO podrán llamar al número 2503-2710, opción 2, enviar un correo electrónico a la dirección [contacto@assanet.com](mailto:contacto@assanet.com) o ingresar al sitio web: <https://www.assanet.cr/productos/seguros-personales/seguro-de-autoexpedible/>.

**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. 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. Adicionalmente, en el caso de quejas el ASEGURADO podrá acudir a la SUGESE.

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.

## **VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS**

---

**23. INICIO DE VIGENCIA:** Al momento del pago de la prima al OPERADOR o COMPAÑÍA.

**24. VIGENCIA Y PRÓRROGA DEL SEGURO:** 1 año prorrogable de manera automática y obligatoria por periodos anuales, siempre que se reciba en la COMPAÑÍA el pago de la prima determinada técnicamente.

**25. TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El seguro de cualquiera de las personas amparadas por el presente seguro, terminará por algunas de las siguientes causales:

- a) En forma anticipada por parte del ASEGURADO, en cualquier momento, sin responsabilidad alguna, dando aviso a la COMPAÑÍA.
- b) Cuando ocurra el fallecimiento del ASEGURADO, CÓNYUGE O CONVIVIENTE de haber sido contratada la COBERTURA ADICIONAL correspondiente.
- c) Por falta de pago de la prima de acuerdo al artículo 37 de la Ley N° 8956.
- d) Cuando aplique la cláusula "NULIDAD DEL CONTRATO".

La COMPAÑÍA, salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada este SEGURO.

## **CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)**

---

**26. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA:** La COMPAÑÍA se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de 10 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 los requisitos no se encuentren completos, la COMPAÑÍA podrá declinar el reclamo mediante comunicación al interesado.

En caso de retraso injustificado en el pago, la COMPAÑÍA pagará los daños y perjuicios que le sean provocados al ASEGURADO, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio en relación a los intereses moratorios legales, sobre la suma principal adeudada.

La COMPAÑÍA se compromete a respetar lo indicado en la Ley N°8956, Acuerdo SUGESE 06 – 13, Acuerdo SGS-DES-A-031-2014 y demás normativa aplicable.

**27. EDAD Y PERMANENCIA:** La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años

Para efectos de las COBERTURAS DE SERVICIO, el Grupo Familiar Asegurado está conformado por el ASEGURADO/CONTRATANTE, su CÓNYUGE O CONVIVIENTE y hasta dos hijos desde los nueve (9) meses de edad hasta cumplir los veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

**28. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS:** El ASEGURADO podrá suscribir varios contratos de SEGURO de vida con la COMPAÑÍA directamente o a través de OPERADORES autorizados por aquella, siempre y cuando la "Suma Asegurada Global" no exceda la suma de veintiún millones ochocientos mil colones (¢21.800.000,00) o cuarenta y tres mil seiscientos dólares (US\$ 43.600,00), moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por fallecimiento.

Si al momento del siniestro, el ASEGURADO presenta más de una póliza de SEGURO de vida vigente, 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.

**29. DERECHO DE RETRACTO:** El ASEGURADO tiene la facultad de revocar unilateralmente el SEGURO, amparado al derecho de retracto, sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de SEGURO.

**30. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO:** 4 años.

**31. MONEDA:** Este seguro se contrata en la moneda que se indica en la Propuesta/Oferencia, ya sea colones costarricenses o dólares de los Estados Unidos de América. El tipo de cambio a utilizar será el definido para la venta por el Banco Central de Costa Rica ("BCCR").

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

**33. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES:** El ASEGURADO se compromete a brindar la información necesaria y verídica en caso de que se deba cumplir con la Ley N°7786 y su regulación sobre la prevención contra la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo.

**34. LEGISLACIÓN APLICABLE:** Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este SEGURO, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley N°8653, Ley N°8956, 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**

---

**35. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS:** En caso de disconformidades del ASEGURADO por ver afectados sus derechos como consumidor o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, podrá interponer la denuncia ante la instancia denominada Centro de Defensa del Asegurado: 2291-0315 / [clienteseguros@aap.cr](mailto:clienteseguros@aap.cr). Esta instancia deberá resolver en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la presentación de la denuncia. Agotada esta instancia podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo [sugese@sugese.fi.cr](mailto:sugese@sugese.fi.cr) o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

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, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

## **COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES**

---

**36. NOTIFICACIONES:** Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este SEGURO, serán remitidas por la COMPAÑÍA directamente al ASEGURADO al correo electrónico reportado por ASEGURADO en la Propuesta/Oferente.

El ASEGURADO podrá contactar a LA COMPAÑÍA al teléfono 2503-2700 o al correo electrónico [contacto@assanet.com](mailto:contacto@assanet.com).

En caso de requerir información en relación a los proveedores de asistencias (servicios auxiliares) el TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO podrán llamar al número 2503-2710, opción 2, enviar un correo electrónico a la dirección [contacto@assanet.com](mailto:contacto@assanet.com) o ingresar al sitio web: <https://www.assanet.cr/productos/seguros-personales/seguro-de-autoexpedible/>.

En testimonio de lo cual se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

**ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.**



---

Representante Autorizado

Registro en SUGESE número P14-26-A05-987 de fecha **02 de Febrero del 2022**.