

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO 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	6
4. OBJETO DEL SEGURO	6
5. COBERTURAS BÁSICAS	6
6. COBERTURAS ADICIONALES	7
7. SERVICIOS DE ASISTENCIA	8
LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	15
8. EXCLUSIONES GENERALES	15
9. EXCLUSIONES ESPECIALES	15
10. LÍMITES GEOGRÁFICOS	16
11. DEDUCIBLES	16
12. PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA	16
13. PERIODO DE COBERTURA	17
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	17
14. BENEFICIARIO	17
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	18
15. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	18
16. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS	18
17. NULIDAD DEL CONTRATO	19
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	19
18. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS	19
19. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA	20
20. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS	20
RECARGOS Y DESCUENTOS	20
21. RECARGOS Y DESCUENTOS	20
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	20
22. AVISO DE SINIESTRO	20
23. PROCESO DE RECLAMACIÓN	21
24. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS	21
25. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO	21
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	22
26. INICIO DE VIGENCIA	22
27. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE	22
28. TERMINACIÓN DEL CONTRATO	22
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)	22
29. EDAD Y PERMANENCIA	22
30. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS	22
31. PROPUESTA/OFERTA	23
32. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS	23
33. DUPLICADO Y COEXISTENCIA DE COBERTURA	23
34. DERECHO DE RETRACTO	23
35. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE	24
36. MONEDA	24
37. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	24
38. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES	24
39. LEGISLACIÓN APLICABLE	24
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	24
40. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	24
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	24
41. NOTIFICACIONES	24

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., cédula jurídica número 3-101-593961 (en adelante también denominada la "COMPAÑÍA"), y de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales, se emite este SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO BIENESTAR ASSA" (en adelante también "SEGURO AUTOEXPEDIBLE") de acuerdo con las condiciones generales que a continuación se establecen y las declaraciones hechas por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE nombrado en la Propuesta/Oferata (denominado en adelante como el "ASEGURADO" y/o "CONTRATANTE"). La póliza del seguro está constituida únicamente por la Propuesta/Oferata y las Condiciones Generales, documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

La COMPAÑÍA por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO BIENESTAR ASSA". Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma se supedita al correcto cumplimiento de parte del ASEGURADO con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.



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

DEFINICIONES

1. DEFINICIONES

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

1.2. ADMINISTRADOR DEL SERVICIO: 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 en este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.

1.3. ÁREA RURAL: Abarca los cantones centrales de las provincias de Limón, Guanacaste y Puntarenas.

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

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

1.6. 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.

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

1.8. 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.

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

1.10. 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.

1.11. CONTRATANTE o TOMADOR: 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.

1.12. CONVIVIENTE: Persona del sexo opuesto al ASEGURADO / CONTRATANTE o TOMADOR 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/Oferta como "Asegurado Adicional".

1.13. 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/Oferta como "Asegurado Adicional".

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

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. EQUIPO MÉDICO: Es el personal médico y demás equipo asistencial subcontratado por el Administrador del Servicio puesto en contacto con el ASEGURADO o BENEFICIARIO, apropiado para prestar servicios de asistencia pre-hospitalaria en urgencia médica.

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

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

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

1.21. HORARIO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS: El servicio de asistencia estará disponible las veinticuatro (24) horas los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

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

1.23. 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.

1.24. 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.

1.25. 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.

1.26. 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.

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

1.28. 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.

1.29. 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, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

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

1.31. PERIODO DE CARENCIA: Plazo posterior al inicio de vigencia del seguro donde el reclamo del seguro o del servicio no procede.

1.32. 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.

1.33. 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 AUTOEXPEDIBLE.

1.34. 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.

1.35. 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 presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE, como la "Propuesta/Oferza".

1.36. 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.

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

1.38. 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.

1.39. 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).

1.40. SUMA ASEGURADAS GLOBALES: Es la sumatoria de cada uno de los Planes contratados por el ASEGURADO / CONTRATANTE o TOMADOR en distintos contratos de Seguro de Vida Autoexpedible "Seguro Bienestar ASSA".

1.41. 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/Oferza.

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/Oferza.

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/Oferza 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/Oferencia, de acuerdo con los términos, condiciones y exclusiones contenidas en la Póliza, sobre la base de las coberturas que se enlistan a continuación:

Coberturas básicas:

1. Muerte no Accidental
2. Cáncer
3. Muerte Accidental
4. Incapacidad Total y Permanente por Accidente.
5. Renta Mensual por Muerte Accidental

Coberturas Adicionales

1. Indemnización Funeraria.
2. Cónyuge o Conviviente.

Coberturas de Servicio:

1. Asistencia Odontológica Familiar
2. Asistencia a la Salud
 - a. Asistencia Médica.
 - b. Asistencia Psicológica.
 - c. Asistencia Nutricional.
 - d. Asistencia Culinaria.
 - e. Asistencia por Hospitalización.

5. COBERTURAS BÁSICAS: El presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE posee las siguientes coberturas básicas, para amparar los riesgos que se definen a continuación:

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/Oferencia del Plan (Básico, A, B o C) contratado, sujeto a los términos y condiciones descritas en las Condiciones Generales.

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 Seguro 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 los gastos de estudio, gastos de manutención del hogar, gastos de alimentación o para destinarlo a cualquier otro uso que el(los) BENEFICIARIO(S) considere(n). Alternativamente, 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.

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 AUTOEXPEDIBLE podrá cubrir los riesgos adicionales seguidamente detallados:

6.1. 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/Ofertra 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/Ofertra. 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 AUTOEXPEDIBLE.**

6.2. CÓNYUGE O CONVIVIENTE

La presente cobertura tiene por objeto incluir en la protección de los beneficios de las COBERTURAS BASICAS 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/Oferata 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 BASICAS, 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/Oferata.
- f) El pago de la indemnización por la ocurrencia de algún evento amparado por alguna de las COBERTURAS BASICAS, 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 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/Oferata; estos servicios son:

7.1. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA FAMILIAR

Este servicio ampara, a través del Administrador del Servicio, 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/Oferta 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 del Servicio 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

Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en este SEGURO AUTOEXPEDIBLE se establecen y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

7.2.1.1. Visita Médica Domiciliar

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

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

El presente Servicio se prestará con las siguientes limitaciones:

- **Limitado a seis (6) eventos por año por ASEGURADO, no acumulables, pero no hay restricción en el monto o costo de la visita.**

El costo de los medicamentos será cubierto directamente por el ASEGURADO.

No se encuentran cubiertas nuevas visitas "de seguimiento" por un mismo evento. De esta forma, si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO. Tampoco se brindará el servicio en donde no exista infraestructura adecuada el Administrador del Servicio coordinará dicha la asistencia médica por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, médicos especialistas. No se presta el servicio de visita médica domiciliar para personas menores de dos años.

El costo de los exámenes que deba realizarse el ASEGURADO, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por el ASEGURADO.

Se prestará en caso de una necesidad médica por enfermedad súbita no persistente la visita de un médico en medicina general, la cual se agendará en base y disponibilidad de la agenda del médico en las siguientes veinticuatro (24) horas.

7.2.1.2. Orientación Médica Telefónica

Por solicitud del ASEGURADO o BENEFICIARIO el Administrador del Servicio 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 y/o BENEFICIARIO entregando soluciones a dudas médicas cotidianas, no se trata de una consulta médica, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos.

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

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 del Servicio a través de un proveedor de servicios, realizará la coordinación efectiva para el traslado del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S).

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y con límite de 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 del Servicio proporcionará información general vía telefónica sobre clínicas, hospitales, laboratorios y clínicas dentales en el lugar de interés del solicitante. El Administrador del Servicio 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.

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

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

Prevía solicitud del ASEGURADO, el Administrador del Servicio 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.

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.

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

7.2.2. ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en este SEGURO AUTOEXPEDIBLE se establecen y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

7.2.2.1. Orientación Psicológica Telefónica

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, el Administrador del Servicio 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.

La orientación busca minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de consulta médica psicológica identificando las necesidades del AFILIADO y/o BENEFICIARIO y entregando soluciones a dudas psicológicas cotidianas, de forma que no se diagnostican enfermedades o procedimientos ni se prescriben medicamentos.

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

7.2.2.2. Referencia y Conexión con Psicólogos

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, el Administrador del Servicio proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en psicología en el lugar de interés del solicitante. Si el cliente lo solicita, el Administrador del Servicio coordinará una cita para su atención en aquellos centros que realicen este tipo de reservación y siempre sujeto a disponibilidad de espacios.

El Administrador del Servicio presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios o la atención del profesional.

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

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 del Servicio lo pondrá en contacto telefónico con un orientador nutricional para que le sean proporcionados consejos de nutrición, guía para la preparación de una dieta saludable y bien balanceada, informaciones sobre las calorías contenidas en los alimentos o tabla de calorías y consejos de salud asociados al consumo de alimentos, recomendaciones alimenticias para personas diabéticas, intolerantes a la lactosa y personas con sobrepeso. Este servicio será proporcionado en Horario Comercial.

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

7.2.3.2. Referencia o Indicación de Especialistas en Nutrición

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

El Administrador del Servicio 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.

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

7.2.4. ASISTENCIA CULINARIA

7.2.4.1. Información y/o Orientación Culinaria Vía Telefónica

Por previa solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), el Administrador del Servicio lo 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.

Este servicio será proporcionado en Horario Comercial. El Administrador del Servicio presta este servicio como información y guía de referencia.

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

7.2.5. ASISTENCIA POR HOSPITALIZACIÓN

Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en este SEGURO AUTOEXPEDIBLE se establecen y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

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

Por previa solicitud telefónica, cuando el ASEGURADO sea Hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas, con motivo de un Accidente o enfermedad (en general, una Emergencia Médica) el Administrador del Servicio 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, 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.

Se enviarán para una única persona. La elección de los productos, marca, tamaño y cualquier otra característica, es exclusiva del Administrador del Servicio, componiéndose al envío de artículos disponibles en el mercado nacional.

Este servicio tiene un límite de costo por evento de cien dólares (US\$ 100,00), o cincuenta mil colones, según la moneda en que se contrate el seguro, y se limita a dos (2) eventos por año por ASEGURADO y un (1) evento por periodo de Hospitalización.

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

El Administrador del Servicio 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 del Servicio cuando el ASEGURADO sufra un Accidente que lo obligue según criterio del equipo Médico tratante a permanecer hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros y límite de dos (2) eventos al año, limitado a un (1) traslado por periodo de Hospitalización.

El Administrador del Servicio coordinará únicamente el traslado del familiar, no siendo responsable del ingreso del mismo al Hospital. Es responsabilidad del mismo familiar obtener los permisos y cupos de visita hospitalaria.

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

El Administrador del Servicio, a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento de familiares y/o amigos del ASEGURADO, hasta cuatro (4) personas, desde un mismo destino, durante los primeros tres (3) días de internación, un solo traslado por día, en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio del Administrador del Servicio cuando el ASEGURADO se encuentre internado en un hospital Público o Privado.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros y límite de dos (2) eventos al año, limitado a tres (3) traslados por periodo de Hospitalización.

El Administrador del Servicio coordina únicamente el traslado de las personas, no siendo responsable del ingreso de los mismos al Hospital. Es responsabilidad de dichas personas obtener los permisos y cupos de visita hospitalaria.

Si el ASEGURADO así lo solicita, el Administrador del Servicio coordinará y cubrirá los gastos del regreso de dichas personas a su domicilio.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros y límite de dos (2) eventos al año, limitado a tres (3) traslados por periodo de Hospitalización.

7.2.5.4. Servicio de Mensajería en el Periodo de Internación Hospitalaria

El Administrador del Servicio a solicitud del ASEGURADO, posterior a una Hospitalización superior a veinticuatro (24) horas, con motivo de un Accidente o enfermedad (en general, 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. Incluye el traslado de artículos personales, documentos, cargadores telefónicos; hasta y desde el Centro Hospitalario donde haya sido Hospitalizado el ASEGURADO, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita y las condiciones de seguridad sean adecuadas a exclusivo criterio del Administrador del Servicio.

Este servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros con límite de dos (2) eventos al año y limitado a tres (3) envíos por el periodo de Hospitalización.

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

El Administrador del Servicio, 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, en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio del Administrador del Servicio.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros con límite de dos (2) eventos al año.

El Administrador del Servicio coordina únicamente el traslado del titular, por medio de taxi o ambulancia, según la necesidad y criterio médico. Es responsabilidad del ASEGURADO obtener los permisos de salida del Centro Médico y que los riesgos del traslado son absolutamente tomados por él.

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

Por solicitud del ASEGURADO, el Administrador del Servicio 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.

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

7.2.5.7. Orientación Nutricional Post Hospitalización Vía Telefónica

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

Este servicio se prestará 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.

Cuando el ASEGURADO tenga conocimiento previo que no contará con cobertura de señal telefónica o capacidad en la batería de su móvil, el ASEGURADO deberá llamar a la línea de asistencia, para indicar el nombre, número de teléfono de la persona que el call center debe localizar para brindar el mensaje urgente, según lo indicado por el ASEGURADO, el medio de contacto es únicamente telefónico, no se envían correos electrónicos o mensajes en redes sociales.

Este servicio no tiene límite de eventos por año, ni de costo.

7.2.5.9. Referencia y Localización de Mejores Precios de Medicamentos y Farmacias

Previo solicitud del ASEGURADO, el Administrador del Servicio 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.

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.

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

LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

8. 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) Suicidio, o tentativa de suicidio, si ocurre dentro de los dos (2) años posteriores al perfeccionamiento del contrato de seguro;
- c) Homicidio o tentativa de homicidio causado intencionalmente por el ASEGURADO o BENEFICIARIO(S) o por cualquier persona;
- d) Ataques cardíacos, epilépticos, síncope, y/o accidentes cuando estos se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente;
- e) Infracción de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo 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;
- f) Participación en comisión o intento de comisión, por parte del ASEGURADO, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto. 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;
- g) Energía nuclear en cualquier forma;
- h) Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, deslizamiento de tierras, inundaciones, huracanes, tornados y erupciones volcánicas;
- i) Participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo;
- j) Prestación de servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpo de bomberos, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o partidos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo; prestación de servicios en Aeronaves y Barcos mientras ejecuten sus labores como tripulante.
- k) 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.

9. EXCLUSIONES ESPECIALES

En adición a lo indicado en la cláusula "EXCLUSIONES GENERALES", las coberturas de "SERVICIOS DE ASISTENCIAS" no amparan, y por consiguiente se encuentran excluidos de dichas coberturas:

- a) Los servicios que el ASEGURADO haya contratado sin previo consentimiento de la COMPAÑÍA.
- 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 cuarenta y ocho (48) horas después de ocurrida la emergencia.
- j) Las enfermedades, lesiones o traslados médicos derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes.
- k) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales, ni los causados por ingestión de bebidas alcohólicas.
- l) Lo relativo y derivado de prótesis, anteojos.
- m) Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competencias.

Asimismo, la cobertura adicional de "INDEMNIZACIÓN FUNERARIA" no ampara, y por consiguiente se encuentra excluida de dicha cobertura, lo siguiente:

- a) Cuando el fallecimiento de(los) ASEGURADO(S) y/o BENEFICIARIO(S) se haya dado fuera de territorio costarricense.
- b) Servicios adicionales que excedan la suma definida en el inciso B de la cobertura "INDEMNIZACIÓN FUNERARIA" que hayan sido contratados por el afiliado y/o sus familiares.

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 este SEGURO AUTOEXPEDIBLE no aplicará ningún tipo de Periodo de Carencia o Periodo de Espera.

13. PERIODO DE COBERTURA: El periodo de cobertura de este SEGURO AUTOEXPEDIBLE es sobre la base de la ocurrencia del siniestro.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

14. 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 y/o los beneficios que resultaren aplicables serán otorgados al (los) BENEFICIARIO(S) de esta póliza, quien(es) será(n) designado(s) libremente por el ASEGURADO, al momento de la suscripción de la misma. 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/Oferente 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 de 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 de que el conviviente esté separado legalmente o de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización. La indemnización se pagará de forma alícuota a todos los BENEFICIARIOS del ASEGURADO;
- b) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos del ASEGURADO;
- c) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos por parte de madre del ASEGURADO;
- d) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos por parte de madre del ASEGURADO y los hijos de la hermana por parte de madre del ASEGURADO, los hermanos de los padres del ASEGURADO y los hermanos de la madre o del padre del ASEGURADO;
- e) En caso de no existir ninguno de los BENEFICIARIOS anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, el ASEGURADO podrá modificar los BENEFICIARIOS de esta Póliza de SEGURO AUTOEXPEDIBLE, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el ASEGURADO dirigido a la COMPAÑÍA. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el ASEGURADO haga entrega de la anterior notificación en las oficinas de la COMPAÑÍA. En caso de 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 de 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

15.OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA: La COMPAÑÍA se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo y 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 antedichas cláusulas, 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.

16.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.**

17. 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.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

18. 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/Oferza de la Póliza.

La prima deberá ser cancelada en el domicilio de la COMPAÑÍA. Sin embargo, el ASEGURADO, bajo su propia cuenta y riesgo, podrá optar por un medio alternativo de pago como lo es la deducción automática o descuento directo en alguna cuenta de ahorro y/o cuenta corriente. Los cobros podrán deducirse dentro de cualquier día del mes en que la prima es debida. **La selección de un medio alternativo de pago no eximirá de responsabilidad al Asegurado en caso de incumplir la obligación de cancelar la prima en el domicilio de la Compañía y/o en el día de pago establecido para tales efectos.**

La COMPAÑÍA podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días naturales de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa que utilizará para la Renovación de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares.

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

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.

Los ASEGURADOS tendrán un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. Las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la Póliza.

19. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA: El valor de la prima se determinará de acuerdo con el grupo etario en el cual se encuentre el ASEGURADO. Para los ASEGURADOS entre **dieciocho (18) años** y hasta los **cincuenta y nueve (59) años**, la COMPAÑÍA no realizará ajuste alguno en el valor de la prima de esta Póliza. A partir de los **sesenta (60) años cumplidos**, se aplicará una tarifa diferenciada en función de la edad avanzada del ASEGURADO. De esta forma, los únicos dos (2) grupos etarios del presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE son:

RANGO DE EDADES
18-59 años
60 años o más

El CONTRATANTE es el único responsable del pago de las primas, y el OPERADOR de se encargará de efectuar el recaudo de la misma. Las tarifas aplicables para ambos grupos etarios se indican en la Propuesta/Oferente.

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.

20. 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 su vencimiento, independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se paga durante el período de gracia, el contrato de seguro terminará automáticamente.

RECARGOS Y DESCUENTOS

21. RECARGOS Y DESCUENTOS: Para este SEGURO AUTOEXPEDIBLE no aplicarán recargos y descuentos de ningún tipo y naturaleza. Por consiguiente, salvo que el ASEGURADO ingrese a un nuevo grupo etario, el valor de la prima se mantendrá invariable a lo largo de la vigencia de la Póliza.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

22. AVISO DE SINIESTRO: El CONTRATANTE o el BENEFICIARIO(S), al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro o cuando desaparezcan las causas de fuerza mayor o caso fortuito que le impidan dar aviso, debe comunicarlo a LA COMPAÑÍA (sea directamente o a través del OPERADOR o de la Sociedad Agencia de Seguros) tan pronto le sea posible por cualquier medio, confirmándolo inmediatamente por escrito tan pronto como sea practicable. En caso de que el siniestro sea amparado bajo las COBERTURAS DE SERVICIO, deberá comunicarse al número telefónico definido en las Propuesta/Oferente.

El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario desde la fecha de su ocurrencia o desde que se tuvo conocimiento del mismo.

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 pago o reducción de pago de la indemnización. 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.

En cualquier caso, si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado, de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la COMPAÑÍA estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

Las obligaciones de la COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o sus representantes, 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.

23.PROCESO DE RECLAMACIÓN: 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 certificada, expedida por la autoridad competente del país donde ocurrió el evento. Los documentos deben ser sometidos al proceso de certificación consular.
- 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 superstita o del tutor del BENEFICIARIO(S) menor de edad.

En caso de requerir algún servicio asistencial de la COBERTURAS DE SERVICIOS, por favor llame al teléfono descrito en la Propuesta/Oferta 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.

24.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.

25.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

26. INICIO DE VIGENCIA: El presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE inicia su cobertura con el pago de la prima estipulada al OPERADOR o directamente a la COMPAÑÍA.

27. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE: Este seguro se emite bajo la modalidad de seguro AUTOEXPEDIBLE. Su vigencia es de un (1) año renovable.

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

En caso de que alguna de las partes así lo decida, el presente Contrato no será renovado. En este caso, la parte que no desea renovarlo notificará a la otra parte su decisión de no renovación. Esta comunicación se hará mediante nota escrita, con un (1) mes de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza.

28. 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 contratante, en cualquier momento, sin responsabilidad alguna, dando aviso a la COMPAÑÍA con al menos un mes (1) de anticipación. En este caso la COMPAÑÍA conservará la prima devengada por el plazo transcurrido y reembolsará al ASEGURADO la prima no devengada en un plazo máximo de diez (10) hábiles.
- b) Cuando ocurra el fallecimiento del ASEGURADO o, en su caso, de su CÓNYUGE O CONVIVIENTE de haber sido contratada la COBERTURA ADICIONAL correspondiente.
- c) Al recibo de la solicitud por escrito del ASEGURADO/CONTRATANTE o TOMADOR pidiendo la terminación de la póliza. Por falta del pago de la prima.
- d) Al vencimiento del tiempo pactado.
- e) Una vez transcurrido el periodo de gracia sin que se haya realizado el pago de la prima correspondiente.
- f) Cuando aplique la cláusula de "NULIDAD DEL CONTRATO".

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

29. EDAD Y PERMANENCIA: La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años. La COMPAÑÍA definirá en la Propuesta/Oferenda determinados grupos por edades de permanencia para establecer, previo a la contratación del seguro, el costo de la prima correspondiente a la edad en que se contrata, o bien, de haber prórroga de un seguro vigente, conocer cuál será el precio de la prima en caso de que el ASEGURADO ingrese a otro grupo con distinto ámbito de edades de permanencia.

Para efectos de las COBERTURAS DE SERVICIO, el Grupo Familiar Asegurado está conformado por el ASEGURADO/CONTRATANTE o TOMADOR, 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.

30. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS: El ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), autorizarán a la COMPAÑÍA a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la lesión y el monto

correcto a ser pagado, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del ASEGURADO que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el ASEGURADO, y toda aquella información considerada relevante por la COMPAÑÍA, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el ASEGURADO como el BENEFICIARIO(S), están obligados a cooperar con la COMPAÑÍA en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la COMPAÑÍA para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

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

31. PROPUESTA/OFERTA: La COMPAÑÍA hace entrega al ASEGURADO, una Propuesta/Oferta de Seguro que contendrá información acerca del Número de Póliza, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Límites de Responsabilidad definidos en cada Plan (Básico, A, B o C) y Prima. La entrega de la Propuesta/Oferta Certificado de Seguro deberá realizarse en el domicilio de la COMPAÑÍA, o en el domicilio del OPERADOR, al momento de la suscripción del contrato de seguro.

32. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS: El ASEGURADO podrá suscribir varios contratos de seguro autoexpedible 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 autoexpedible 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.

33. DUPLICADO Y COEXISTENCIA DE COBERTURA: El ASEGURADO tiene la obligación de informar la existencia de otra cobertura de este u otro contrato expedido por la COMPAÑÍA de este mismo tipo de seguro para que la COMPAÑÍA se abstenga de expedir otro contrato similar. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro, se considerará a esta persona asegurada solamente bajo la Póliza que le proporcione el mayor beneficio, y será devuelta a los beneficiarios la prima correspondiente a las otras Pólizas expedidas al ASEGURADO dentro de los siguientes quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la COMPAÑÍA tenga conocimiento del vicio.

34. 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 cinco (5) 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.

35. 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.

36. MONEDA: Este seguro se contrata en la moneda que se indica en la Propuesta/Oferta, ya sea colones costarricenses o dólares de los Estados Unidos de América. En caso de que algún pago se realice en moneda distinta a la contratada, se realizará al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

37. 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.

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

39. 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

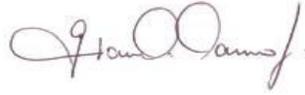
40. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS: Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo,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

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

41. 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 **P14-23-A05-264** de fecha 10 de octubre del 2018.