

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
“RESPALDA MÁS” CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	4
Cláusula 1. DEFINICIONES	4
Cláusula 2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	6
2.1 DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	6
2.2 PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	6
Cláusula 3. AMBITO DE COBERTURA	7
3.1 COBERTURAS BÁSICAS	7
COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL	7
COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO	7
3.2 COBERTURAS OPCIONALES	7
COBERTURA ADICIONAL REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	7
COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	8
COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER	9
3.3 ASISTENCIA ADICIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS	9
3.4 INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	9
INTERESES CUBIERTOS	9
SUMAS ASEGURADAS.....	10
3.5 EXCLUSIONES.....	10
EXCLUSIONES COBERTURA BÁSICA.....	10
EXCLUSIONES COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	11
EXCLUSIONES COBERTURA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	12
EXCLUSIONES COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER	12
3.6 INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	12
Cláusula 4. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	13
Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	13
5.1 OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.....	13
5.2 OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO	14
5.3 PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO	14
5.4 FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA	15
5.5 FRAUDE, FALSEDAD U OMISIÓN	15

5.6 PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO).....	15
5.7 PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO)	15
Cláusula 6. PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	15
6.1 PAGO DE LA PRIMA	15
6.2 FORMA DE PAGO	16
6.3 PERIODO DE GRACIA	16
Cláusula 7. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA	16
7.1 TARIFAS	16
Cláusula 8. RECARGOS Y DESCUENTOS	17
Cláusula 9. NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS	17
9.1 EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL.....	17
9.2 EN CASO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	18
9.3 EN CASO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	18
9.4 EN CASO DE PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER.....	19
9.5 DECLARACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO	19
9.6 PAGO DE RECLAMACIONES	20
9.7 INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS	20
Cláusula 10. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	20
10.1 FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA.....	20
10.2 FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA	21
Cláusula 11. CONDICIONES VARIAS	21
11.1 SEGURO COLECTIVO	21
11.2 RECTIFICACIÓN PÓLIZA.....	21
11.3 NULIDAD DE LA PÓLIZA	21
11.4 EDAD	21
11.5 ELEGIBILIDAD	22
11.6 MODIFICACIONES.....	22
11.7 REHABILITACIÓN	23
11.8 DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE COBERTURA.....	23
11.9 MONEDA.....	24
11.10 PROTECCIÓN DE DATOS	24
11.11 PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO	24
11.12 RENUNCIA TELEFONICA.....	24
11.13 DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR CANCELACIÓN	24

Cláusula 12. INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	24
12.1 DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	24
12.2 LEGISLACIÓN APLICABLE	25
Cláusula 13. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	25
13.1 NOTIFICACIONES	25

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (en adelante conocida como la “Compañía”), y de acuerdo con lo establecido en la Póliza de Seguro, se emite SEGURO ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO “RESPALDA MÁS” de acuerdo con las Condiciones Generales que a continuación se establecen y las declaraciones hechas por el Asegurado nombrado en la Solicitud/Certificado.

En ese sentido, la COMPAÑÍA por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente SEGURO ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO “RESPALDA MÁS”. 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.

Cláusula 1. DEFINICIONES

1.1. ACCIDENTE: Es la acción repentina, súbita, inesperada, involuntaria y violenta, cuya fecha se encuentra determinada, de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas.

1.2. ACCIDENTE DE TRÁNSITO: Evento súbito, imprevisto y violento que es causado directamente por un vehículo automotor, **excepto motocicletas**, en marcha o en reposo en la vía de uso público, causando lesiones al Asegurado, sea ocupante o un tercero no ocupante del vehículo.

1.3. ARMAS DE FUEGO: Es un dispositivo destinado a propulsar uno o múltiples proyectiles mediante la presión generada por la combustión de un propelente.

1.4. ARMAS PUNZO CORTANTES: Son aquellas en las que predomina la penetración y las cortaduras.

1.5. ASEGURADO: Persona física que en sí misma está expuesta a los riesgos objeto de este contrato de Seguro.

1.6. BENEFICIARIO(S): Persona física a quien se le reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este Contrato de Seguro. Para este seguro, se considerarán como Beneficiarios las personas que se indiquen, de conformidad con el orden excluyente entre sí, en la cláusula “BENEFICIARIOS”.

1.7. CÁNCER IN SITU: Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (Neoplasia), por cambios en la estructura interna (Relación citoplasma - núcleo), sin rebasar más allá de la membrana basal.

1.8. CONTRATANTE: Persona física o moral que celebre el Contrato de Seguro con la Compañía.

1.9. COLECTIVIDAD: Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés jurídico que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

1.10. CONYUGUE: Cualquiera de las personas físicas que forman parte de un matrimonio.

1.11. CANCELACIÓN: Es la terminación anticipada del seguro por la Compañía.

1.12. CERTIFICADO DE SEGURO O CERTIFICADO: Es el documento expedido por la Compañía que contiene información mínima requerida para informar al Asegurado sobre sus condiciones de aseguramiento una vez que se él se adhiere al Seguro Colectivo.

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

1.14. CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.

- 1.15. DEDUCIBLE:** De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del Asegurado, la cual se encuentra establecida en la Solicitud/Certificado.
- 1.16. DÍA COMPLETO:** Periodo de tiempo mayor a veinticuatro (24) horas y que incluye al menos una noche de Hospitalización.
- 1.17. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER:** Se entenderá que el diagnóstico del cáncer deberá basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba patológica.
- 1.18. DISPUTABILIDAD:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado dentro de un plazo determinado. El plazo de disputabilidad para el presente Seguro queda fijado en dos (2) años.
- 1.19. ENFERMEDADES O ANOMALÍAS CONGÉNITAS:** Se entiende como enfermedad congénita la enfermedad, malformación, o padecimiento que genera una alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, o bien posteriormente a varios años.
- 1.20. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitadamente en el momento de la adquisición del Seguro; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de este Seguro.
- 1.21. FECHA DE VIGENCIA:** Fecha en que inició la cobertura del Seguro, según se establece en la Solicitud/Certificado.
- 1.22. GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Es cualquier honorario o gasto que:
- Es cobrado por tratamiento, insumos o servicios médicos que son necesarios y de acuerdo a los estándares de buenas prácticas médicas para el cuidado de una persona lesionada bajo el cuidado, supervisión u orden de un Médico Registrado.
 - No excede el nivel normal de cargos por tratamientos similares, insumos o servicios médicos en la localidad donde se incurre en el gasto.
 - No incluye cargos que no se hubiesen hecho si no existiese el seguro.
- 1.23. GRUPO ASEGURABLE:** Es el grupo natural de Asegurados sobre el que se hace la emisión de un seguro colectivo, quienes tienen una vinculación jurídica con el Tomador a través de una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.
- 1.24. GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
- 1.25. LESIÓN:** Es un daño corporal, enfermedad o dolencia, incluyendo cuidado requerido, pérdida de servicios o muerte que resulte, causados exclusivamente por Accidente
- 1.26. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía, por la Suma Asegurada contratada.
- 1.27. MÉDICO:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. Para todos los efectos, no será considerado como Médico: 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 residencial.
- 1.28. MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.
- 1.29. MODALIDAD NO-CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
- 1.30. PERÍODO DE COBERTURA:** Se entiende que la cobertura es a “base de ocurrencia” porque cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes.
- 1.31. PERIODO DE ESPERA:** Tiempo durante el cual el Asegurado no tiene derecho a recibir el beneficio.
- 1.32. PERIODO DE CARENCIA:** Es el período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza

1.33. PLAN: Alternativa elegida por el Asegurado en la Solicitud/Certificado donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por este Seguro.

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.

1.35. PRIMER DIAGNÓSTICO: Se entenderá como primer diagnóstico, aquel diagnóstico de cáncer que se haya dictaminado al Asegurado para determinar por primera vez la existencia de cualquier tipo de cáncer en cualquier parte del cuerpo.

1.36. PROPUESTA DE SEGURO: Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles.

1.37. PRUEBAS PATOLÓGICAS: Se define como los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de esta Póliza, la documentación debe fecharse y encontrarse debidamente firmada por un Médico que esté debidamente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, osteopatía o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

1.38. 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.

1.39. SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y CERTIFICADO DE SEGURO: Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro.

La solicitud de seguro es la solicitud de ingreso al esquema de aseguramiento colectivo, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, por parte del aspirante a devenir Asegurado presentada a la Compañía.

El certificado de seguro es el documento que adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento colectivo pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales.

En el certificado de aseguramiento consta: i) Información propia de la solicitud de seguro; ii) El número de póliza colectiva y el tomador de la misma; iii) Número de registro del producto en la superintendencia; iv) Nombre, identificación y domicilio del o los asegurado(s); v) Vigencia; vi) Monto de la prima, forma de pago y plan de pago; vii) Límites de responsabilidad; viii) Coberturas.

Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.

1.40. SOLICITUD DE SEGURO DEL TOMADOR: Formulario que será completado por algún representante autorizado del Tomador el cual recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.

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

1.42. VENCIMIENTO: Es la fecha en que se da por terminado el Seguro.

1.43. VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es el periodo durante el cual la Compañía se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir o brindar servicios a una persona según se detalla en la Propuesta/Oferencia.

Cláusula 2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

2.1 DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La póliza del presente Seguro se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Solicitud del Tomador, Solicitud de Inclusión y Certificado de Seguro y Addendum.

2.2 PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y las Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud de Inclusión y Certificado de Seguro y las Declaraciones del Tomador y/o Asegurado.

Cláusula 3. AMBITO DE COBERTURA

3.1 COBERTURAS BÁSICAS

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada y estipulada en la Solicitud/Certificado de la Póliza si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

El beneficio de Muerte Accidental cubrirá la muerte causada por armas de fuego, armas contundentes o armas punzo cortantes.

Es condición para el pago de la indemnización prevista en esta cobertura, que el fallecimiento accidental suceda en un plazo no mayor a trescientos sesenta y cinco (365) días corridos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del Accidente.

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO

La Compañía pagará una suma adicional e igual al límite establecido en la cobertura de Muerte Accidental si el fallecimiento del Asegurado ocurre a consecuencia directa de un Accidente de Tránsito ocurrido durante la vigencia de la cobertura. **Para los efectos de esta cobertura, únicamente estarán cubiertos los eventos que se adecúen a la definición de Accidente de Tránsito contemplada en el apartado de definiciones.**

Es Condición para el pago de la indemnización prevista en esta cobertura, que el fallecimiento accidental se produzca en un plazo no mayor a **trescientos sesenta y cinco (365) días corridos**, contados a partir de la fecha de ocurrencia del Accidente.

3.2 COBERTURAS OPCIONALES

La Compañía, según su criterio, podrá poner a disposición del Asegurado una serie de coberturas opcionales que amplían o complementan la cobertura básica ofrecida por las cuales tendrá derecho a cobrar la Prima adicional que corresponda. Las coberturas opcionales se describen a continuación:

COBERTURA ADICIONAL REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

Cuando esta cobertura sea contratada y así conste en la Solicitud/Certificado, la Compañía pagará mediante reembolso los Gastos Razonables y Acostumbrados en que haya incurrido el Asegurado a causa de un Accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la cobertura, por concepto de honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios o quirúrgicos y cualquier otro gasto médico cubierto que fuese necesario para el restablecimiento de la salud del Asegurado hasta cubrir el total de la Suma Asegurada de este amparo.

En ningún caso la suma total a pagar bajo esta cobertura excederá el monto máximo establecido en la Solicitud/Certificado como resultado de un Accidente.

La Compañía se reserva el derecho de determinar si un cargo en particular de un Hospital o Médico es Gasto Razonable y Acostumbrado con referencia, pero no limitado a cualquier publicación o información relevante que esté disponible, tales como lista de precios, por el gobierno, autoridades relevantes y asociaciones médicas reconocidas en

la localidad. La Compañía se reserva el derecho de ajustar las indemnizaciones a pagar en relación a cualquier cargo de Hospital o Médico que en la opinión del examinador médico de la Compañía no sea un Gasto Razonable y Acostumbrado.

La Compañía en todo momento podrá determinar el Gasto Razonable y Acostumbrado de acuerdo a sus listas de precios y tabuladores médicos.

COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD (IDHe)

La Compañía se obliga a pagar el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en estas Condiciones Generales, si el Asegurado es hospitalizado a causa de una Enfermedad cubierta por la póliza.

Cuando la reclamación sea a consecuencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), la Compañía solo indemnizará el quince por ciento (15%) de la renta diaria contratada para esta cobertura. Lo anterior no implicará un cambio en la responsabilidad máxima de días fijada en la presente póliza.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHa)

La Compañía pagará al Asegurado el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en estas Condiciones Generales, si el Asegurado es hospitalizado a causa de un Accidente cubierto por la póliza.

PERIODO DE ESPERA

A falta de una declaración específica de salud en las Condiciones Generales, el periodo de espera para todas las coberturas se estipula en treinta (30) días para hospitalizaciones a consecuencia de una enfermedad y de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones por padecimientos preexistentes. Para hospitalizaciones a causa de accidente se anulará el periodo de espera.

DEDUCIBLE

El deducible para este beneficio es en tiempo (24 horas) y se define como la noche que el asegurado duerme en condición de hospitalizado que están a su propio cargo y por los cuales el Asegurado no tiene derecho a indemnización.

PERIODO DE BENEFICIO

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar se contarán el número de días completos que el Asegurado duerme en condición de hospitalizado, descontando los días de deducible a cargo del Asegurado y sujeto al límite de indemnización

PERIODO DE CARENCIA

Este periodo de carencia aplicará solo para reclamaciones a consecuencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y quedará estipulado en trescientos sesenta y cinco (365) días, contados desde la fecha de incorporación al seguro.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

1. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, siempre y cuando, ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a un (1) año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo del beneficio en días.

2. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido doce (12) meses desde el final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0) y el deducible a aplicar será nuevamente de 24 horas.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La responsabilidad de la Compañía, en ningún caso excederá de ciento ochenta (180) días ya sea por hospitalización a causa de Accidente, Enfermedad o combinación de ambas causas.

COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER

La Compañía realizará a manera de indemnización y en un solo pago la Suma Asegurada señalada en la Solicitud/Certificado, si durante la vigencia del seguro y una vez transcurrido el Período de Carencia, al Asegurado se le diagnostica clínicamente por primera vez un Cáncer, según las definiciones, términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

En caso de que el primer diagnóstico de Cáncer sea a consecuencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), la Compañía sólo indemnizará el quince por ciento (15%) de la Suma Asegurada indicada en la Solicitud/Certificado.

Según la definición incluida en el apartado correspondiente, el período de carencia es el período de tiempo durante el cual se pagan primas, pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Este periodo será de noventa (90) días, contados desde la fecha de incorporación al seguro, o desde la fecha en que un familiar o dependiente es añadido a la póliza, si tal hecho ocurre después de la Fecha de Vigencia de la póliza. Para cualquier reclamación derivada del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) aplicará un período de carencia de trescientos sesenta y cinco (365) días, contados desde la fecha de incorporación al seguro.

CAMBIO DE RANGO DE EDAD

Para la cobertura adicional de Cáncer el pago de la prima está sujeto a cambios de acuerdo a una segmentación que se da por rango de edades. Este cambio entre rango de edades se determinará cuando el Asegurado titular alcance la edad límite del mismo y le corresponda el traslado al siguiente rango de acuerdo a su nueva edad. Al momento de efectuarse el cambio se realizará cobro automático de la prima correspondiente al nuevo rango de edad de acuerdo a las primas de la póliza del plan vigente al momento del cambio.

3.3 ASISTENCIA ADICIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS

Como parte complementaria a la cobertura básica por Accidente el asegurado contará con un beneficio Adicional de Asistencia de Servicios Médicos el cual se detallará en un Anexo a estas Condiciones Generales.

Este servicio se otorga a través del prestador de servicios que designe la Compañía para brindar a los asegurados atención en caso de requerirlo de acuerdo a las cláusulas que se detallarán en un Anexo que se integrará a estas Condiciones Generales.

3.4 INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

INTERESES CUBIERTOS

Por medio de este seguro, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s), el valor de la Suma Asegurada en caso de fallecimiento a causa de un Accidente, y en caso de fallecimiento en Accidente de Tránsito se pagará una suma adicional del mismo monto de la cobertura de Muerte Accidental.

Asimismo, con el pago de la Prima Adicional de cualquier Cobertura Opcional y en caso de ocurrir el siniestro de acuerdo a lo estipulado en cada cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada para cada una de las coberturas siniestradas.

SUMAS ASEGURADAS

Los Límites de Responsabilidad de cada Cobertura dependerán del tipo de plan que tenga contratado el Asegurado. El Límite de Responsabilidad correspondiente a cada Asegurado estará indicado en la Solicitud/Certificado.

En todo caso, los Límites de Responsabilidad o Suma Asegurada para los riesgos cubiertos serán detallados en las Condiciones Particulares de la póliza y en la Solicitud/Certificado. Lo anterior será aplicable todos los tipos de coberturas que ampara el presente producto.

3.5 EXCLUSIONES

EXCLUSIONES COBERTURA BÁSICA

QUEDAN EXCLUIDAS DE INDEMNIZACIÓN LAS LESIONES, EFECTOS O CUALQUIER DAÑO CORPORAL O MORAL, SUFRIDO A CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 1. SUICIDIO, AUTOMUTILACIÓN, O AUTOLESIÓN O LAS CONSECUENCIAS DE INTENTO DE SUICIDIO.**
- 2. PENA DE MUERTE O POR PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO.**
- 3. ACTO DELICTIVO COMETIDO, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR UN BENEFICIARIO O QUIEN PUDIERE RECLAMAR LA CANTIDAD ASEGURADA O LA INDEMNIZACIÓN.**
- 4. GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, SEA QUE HAYA HABIDO O NO DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, SUBLEVACIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN O HECHOS QUE LAS LEYES CALIFICAN COMO DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR DEL ESTADO.**
- 5. FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, ACTOS DE TERRORISMO, GUERRA BACTERIOLÓGICA Y OTRAS ARMAS DE MUERTE MASIVA QUE NO SON NECESARIAMENTE NUCLEARES.**
- 6. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS TEMERARIOS O EN CUALQUIER MANIOBRA, EXPERIMENTO, EXHIBICIÓN, DESAFÍO O ACTIVIDAD NOTORIAMENTE PELIGROSA, ENTENDIENDO POR TALES AQUELLAS EN LAS CUALES SE PONE EN GRAVE PELIGRO LA VIDA E INTEGRIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS.**
- 7. REALIZACIÓN O PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO, CONSIDERÁNDOSE COMO TALES AQUELLOS QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYAN UNA FLAGRANTE AGRAVACIÓN DEL RIESGO Y/O SE REQUIERA DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y/O SEGURIDAD PARA REALIZARLOS. A VÍA DE EJEMPLO Y SIN QUE LA ENUMERACIÓN SEA TAXATIVA O RESTRICTIVA, SINO QUE MERAMENTE ENUNCIATIVA, SE CONSIDERA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO EL MANEJO DE EXPLOSIVOS, MINERÍA SUBTERRÁNEA, TRABAJOS EN ALTURA O LÍNEAS DE ALTA TENSIÓN, INMERSIÓN SUBMARINA, PILOTO CIVIL, PARACAIDISMO, MONTAÑISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, CARRERAS DE AUTO, MOTO, JUSTAS HÍPICAS ENTRE OTROS.**
- 8. PRÁCTICA O UTILIZACIÓN DE LA AVIACIÓN, SALVO COMO PASAJERO AUTORIZADO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL EN RUTA CON ITINERARIO FIJO.**

TAMBIÉN SE EXCLUYEN LOS ACCIDENTES O LESIONES QUE SEAN PRODUCTO O SE DEN EN SITUACIÓN DE:

- 9. CUALQUIER LESIÓN, PÉRDIDA, MENOSCABO O ENFERMEDAD CORPORAL O MENTAL QUE NO SEA ORIGINADO DIRECTAMENTE POR ACCIDENTE U OTROS HECHOS CUBIERTOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.**
- 10. EMBRIAGUEZ, CONSUMO DE DROGAS, ESTUPEFACIENTES O SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS Y ALUCINANTES.**
- 11. ACCIDENTES OCASIONADOS COMO CONSECUENCIA DE QUE EL ASEGURADO SUFRA ATAQUES CARDÍACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPE; Y LOS ACCIDENTES QUE SE PRODUZCAN EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ, BAJO EL EFECTO DE LAS DROGAS O EN ESTADO DE SONAMBULISMO O ENAJENACIÓN MENTAL TEMPORAL O PERMANENTE**
- 12. ACCIDENTES CAUSADOS POR TRABAJOS EN FÁBRICAS DE ARTÍCULOS PIROTÉCNICOS, MUNICIONES, EXPLOSIVOS, QUÍMICOS, PETROQUÍMICOS U OTRAS, DONDE SE UTILICEN SUBSTANCIAS COMBUSTIBLES, TÓXICAS DEL PETRÓLEO Y GAS, O EXPLOSIVAS;**
- 13. ACCIDENTES CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA INFRACCIÓN GRAVE DE LAS LEYES, DECRETOS, REGLAMENTOS, REGLAMENTOS DE TRABAJO, ORDENANZAS Y OTRAS NORMAS LEGALES VIGENTES;**
- 14. ACCIDENTES CAUSADOS POR ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS, O POR MALICIA O IMPRUDENCIA DEL ASEGURADO.**

15. ACCIDENTES OCURRIDOS EN PERÍODOS DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO ESTÉ PRESTANDO SERVICIOS EN LA FUERZA DE POLICÍA, POLICÍA MILITAR, GUARDIA NACIONAL, FUERZAS ARMADAS, CUERPOS MILITARES O PARAMILITARES DE CUALQUIER PAÍS, ORGANISMO INTERNACIONAL O GRUPOS POLÍTICOS O IDEOLÓGICOS EN CUALQUIER REGIÓN DEL MUNDO.
16. ACCIDENTES OCURRIDOS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN HOMICIDIO O ACCIONES DOLOSAS DE CUALQUIER TIPO, Y CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ INVOLUCRADO EN ACTIVIDADES VIOLATORIAS DE LA LEY Y CONTRA SU PROPIA VIDA.
17. HOMICIDIO DOLOSO, ENTENDIDO COMO EL OCASIONADO POR HECHOS VOLUNTARIOS DEL CAUSANTE, CUANDO ÉSTE QUIERE O DESEA LA MUERTE DEL ASEGURADO O CUANDO EL CAUSANTE ACTÚA SABRIENDO, O AL MENOS PREVIENDO, QUE LA MUERTE DEL ASEGURADO SERÁ UNA CONSECUENCIA POSIBLE DE SUS ACTOS, Y PROCEDE A PESAR DE ACEPTAR LA POSIBILIDAD DE QUE SUS ACTOS PRODUZCAN LA MUERTE DEL ASEGURADO, SEGÚN LO INDICA EL CÓDIGO PENAL.
18. PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

EXCLUSIONES COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

NO SE EFECTUARÁ EL PAGO DE LA COBERTURA, CUANDO LOS GASTOS SEAN ORIGINADOS POR:

1. ÓRTESIS Y PRÓTESIS.
2. LOS TRASLADOS DEL ASEGURADO POR UNA DISTANCIA MAYOR A 50 KILÓMETROS.
3. HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA QUE PROVENGA.
4. HOSPITALIZACIÓN PARA FINES DE REPOSO O PSIQUIÁTRICOS.
5. CURAS DE REPOSO, CUIDADO SANITARIO, PERÍODOS DE CUARENTENA O AISLAMIENTO.
6. LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PLÁSTICOS, DENTALES, ORTOPÉDICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
7. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESITADA POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL QUE OCURRA MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
8. TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
9. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
10. TODO TIPO DE EXÁMENES DENTALES, EXTRACCIONES, EMPASTES Y TRATAMIENTO DENTAL EN GENERAL. EXCEPTO LA QUE SEA NECESARIA A CAUSA DIRECTA DE ACCIDENTE.
11. APARATOS AUDITIVOS, LENTES O ANTEOJOS ÓPTICOS, PRÓTESIS, ÓRTESIS, MIEMBROS ARTIFICIALES Y SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS.
12. LA ATENCIÓN PARTICULAR DE ENFERMERÍA FUERA DEL RECINTO HOSPITALARIO.
13. GASTOS POR ACOMPAÑANTES, MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO, INCLUYENDO ALOJAMIENTO, COMIDA Y SIMILARES.
14. CUALQUIER SOLICITUD DE REEMBOLSO A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD.
15. EPIDEMIAS OFICIALMENTE DECLARADAS.
16. LA ATENCIÓN OTORGADA POR UNA CLÍNICA PRIVADA EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO.
17. HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE EMBARAZO O MATERNIDAD, ALUMBRAMIENTO O LA PÉRDIDA QUE RESULTE DEL MISMO.

DE OCURRIR EL ACCIDENTE DEL ASEGURADO DEBIDO A ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA PARA EL CASO EN PARTICULAR, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA PODRÁ ELIMINAR O MODIFICAR CUALQUIERA DE ESTAS EXCLUSIONES, EXIGIENDO PRIMA ADICIONAL O NO, PREVIO ACUERDO CON EL CONTRATANTE Y CONSIGNÁNDOLO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

EXCLUSIONES COBERTURA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

ESTA PÓLIZA NO INDEMNIZARA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE:

- 1. CUALQUIER TRATAMIENTO RELACIONADO CON PADECIMIENTOS PREEXISTENTES A LA FECHA EN QUE INICIE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA CON RESPECTO A CADA ASEGURADO.**
- 2. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE LA ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICO-NERVIOSO, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 3. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA, PÉRDIDA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTES CUBIERTOS.**
- 4. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBIDOS A AMIGDALITIS, ADENOIDITIS O HERNIAS, SALVO QUE EL ASEGURADO HAYA ESTADO AMPARADO ININTERRUMPIDAMENTE DURANTE LOS CUATRO MESES PREVIOS A LA FECHA EN QUE SE PRACTIQUE LA INTERVENCIÓN O SE PROPORCIONEN EL TRATAMIENTO EN CUESTIÓN.**
- 5. TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**
- 6. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.**
- 7. CURAS DE REPOSO O EXÁMENES MÉDICOS GENERALES PARA COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE SALUD, CONOCIDOS CON EL NOMBRE DE "CHECK-UP".**
- 8. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES QUE SON TRANSMITIDAS SEXUALMENTE.**
- 9. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALIDAD CAUSADO COMO RESULTADO DE ACTOS PROPIOS DEL ASEGURADO O ACTOS INTENCIONALES O DELIBERADOS DE UN TERCERO, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.**
- 10. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES Y LOS ACCIDENTES DERIVADOS DE LOS MISMOS.**

EXCLUSIONES COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA ENFERMEDAD AQUÍ CUBIERTA SEA CONSECUENCIA DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 1. DIAGNÓSTICO O FALLECIMIENTO POR CUALQUIER ENFERMEDAD DISTINTA AL CÁNCER.**
- 2. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR CÁNCER POSTERIORES AL PRIMER DIAGNÓSTICO.**
- 3. SOMETIMIENTO DEL ASEGURADO A RADIACIÓN PERMANENTE, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.**
- 4. CÁNCER DE LA PIEL, ESPECÍFICAMENTE DEL TIPO BASOCELULAR Y ESPINOCELULAR.**
- 5. CÁNCER PREEXISTENTE A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE PROTECCIÓN TOTAL CONTRA EL CÁNCER.**
- 6. CÁNCER "IN SITU", INCLUYENDO EL CANCER CÉRVICO UTERINO.**
- 7. CUALQUIER INDEMNIZACIÓN SOLICITADA PARA ESTOS BENEFICIOS QUE SE BASEN EN UN DIAGNÓSTICO REALIZADO POR UNA PERSONA QUE NO SEA UN MÉDICO CERTIFICADO O QUE SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE VIVAN EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO, SIN IMPORTAR SI LA PERSONA ES UN MÉDICO CERTIFICADO.**

3.6 INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La cobertura de los Asegurados será disputable únicamente durante los primeros dos (2) años de vigencia; sin embargo, siempre será disputable por declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado o Contratante, actuando con dolo, según se detalle en la cláusula "NULIDAD DE LA PÓLIZA".

El periodo de disputabilidad se iniciará:

- a) En la fecha en que se otorga la cobertura de cualquier Asegurado.
- b) En casos de incrementos de Suma Asegurada hechos con posterioridad a la fecha original en que se otorgó la cobertura a un Asegurado, el período de disputabilidad iniciará, con respecto de dicho aumento, en el momento en que la Compañía acepte dicho incremento y otorgue la cobertura así aumentada.
- c) Si la cobertura del Asegurado hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

Cláusula 4. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado designa libremente a su(s) Beneficiario(s) al momento de suscribir la Póliza y podrá modificarlos en cualquier momento, siempre que el Seguro este vigente, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el Asegurado dirigido a la Compañía.

Si se designa más de un Beneficiario(s) y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), los Beneficiarios(s) tendrán una participación igual. Si cualquier Beneficiario(s) designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado Beneficiario(s) terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos Beneficiario(s) que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en la designación de Beneficiarios(s). Cualquier cantidad para la que no haya Beneficiario(s) designado al fallecimiento del Asegurado, será pagada a la orden del albacea del proceso sucesorio respectivo. Cuando no se designe Beneficiario(s), o la designación se tome ineficaz o el seguro se quede sin Beneficiario(s) por cualquier causa, se considerarán Beneficiario(s) a los herederos establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

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.”

Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

5.1 OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Compañía se compromete a darle trámite diligente a cada uno de los reclamos interpuestos como consecuencia de la celebración del Contrato de Seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la Compañía, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva. El retraso injustificado en el pago de dicha prestación, obligará a la Compañía a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al Tomador y/o 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.

5.2 OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

El Tomador y/o Asegurados están obligados a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o Asegurados, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud intencional producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

El Tomador y/o Asegurados deberán cancelar la prima en las fechas establecidas para tales efectos. En caso de que el Tomador y/o Asegurados se encuentre moroso en el pago de la prima, la Compañía estará facultada a dar por terminado anticipadamente el contrato, o bien, proceder con el cobro de la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el contrato se mantenga vigente.

El Tomador y/o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula “NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS”. Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

Durante el trámite del reclamo, el Tomador y/o Asegurado, deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberán colaborar con la Compañía en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para que la Compañía pueda darle trámite al reclamo. El incumplimiento demostrado de dichas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida, liberará a la Compañía de su obligación de indemnizar.

El Tomador deberá cumplir con el recaudo y depósito a favor de la Compañía de las primas del seguro, según lo dispuesto en las Condiciones Particulares y/o Solicitud/Certificado.

5.3 PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

El Asegurado o su(s) Beneficiario(s) perderán el derecho a cualquier Beneficio en los siguientes casos:

- a) Inobservancia a las condiciones de la Póliza;
- b) Al ser constatado o comprobado que el Asegurado o sus Beneficiarios o representantes de éstos actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la contratación de la Póliza o para obtener o mejorar el monto de los Beneficios.
- c) Si se demuestra que el Asegurado o sus Beneficiarios o representantes de éstos con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía disimulan o declaran inexactamente hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones al momento de brindar información acerca del Siniestro.
- d) Cuando con igual propósito al anterior no den el aviso de Siniestro dentro del plazo estipulado en esta póliza o no le remitan a tiempo la documentación y toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

e) Por el incumplimiento o no ejecución por parte del Asegurado de aquellos actos establecidos en esta Póliza con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación a no ser que se pruebe que dicho incumplimiento no ha tenido influencia alguna en la producción del siniestro o en la agravación de sus resultados.

5.4 FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA

Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la obligación de indemnizar que tiene la Compañía se extinguirá si demuestra que el Asegurado o los Beneficiarios declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación. Lo anterior sin perjuicio de que la conducta del Asegurado o del reclamante configure el delito de simulación. En este caso, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

5.5 FRAUDE, FALSEDAD U OMISIÓN

Cualquier omisión, declaración falsa o inexacta, dolo o mala fe, reticencia o disimulo de los hechos importantes, tanto para la apreciación de los riesgos como la aceptación del negocio o en conexión con un reclamo, tales como los conozca o deba conocer el Asegurado o quien por él contratarse este seguro, facultará a la Compañía para solicitar la nulidad de esta póliza, de manera absoluta o relativa, según corresponda.

5.6 PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)

Durante la vigencia del presente Seguro, incluidos los trámites de indemnización, el Tomador y/o Asegurados se comprometen a brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a mantener actualizada dicha información. En caso contrario la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

5.7 PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO)

Cuando exista pluralidad de seguros, de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato, el Asegurado deberá advertirlo la Compañía en la Solicitud de Seguro del Asegurado.

Suscrito el contrato, el Asegurado tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la Suma Asegurada.

Cláusula 6. PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

6.1 PAGO DE LA PRIMA

El Tomador se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo a lo estipulado en la Solicitud/Certificado y según el Plan Contratado por el Asegurado en la Solicitud de Seguro del Asegurado.

Bajo la modalidad contributiva, en caso que la cobertura del seguro sea cancelada por el Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la inclusión en el Seguro y siempre que no exista reclamación sobre la misma, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período se le devolverán las primas no devengadas al momento de la cancelación, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación de su cobertura por parte del Asegurado.

6.2 FORMA DE PAGO

Las primas deberán ser pagadas a la Compañía por el Contratante mensualmente mediante un cheque, transferencia electrónica, depósito en sucursal bancaria u otro medio expresamente señalado por la Compañía. Lo anterior independientemente de que la póliza sea contributiva o no. Para que la Compañía esté obligada al pago de la indemnización deberá haber percibido la prima, en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento del pago.

Si la prima no ha sido pagada dentro del plazo establecido en esta póliza, la Compañía podría notificar la terminación del contrato, o bien, cobrar la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el contrato se mantenga vigente.

Durante este período de gracia la póliza permanecerá en vigor. Una vez vencido dicho periodo, la póliza terminará automáticamente sin responsabilidad para la Compañía.

Si la muerte del Asegurado, o cualquier otro riesgo cubierto, ocurriera dentro del periodo de gracia, estarán cubiertos por la póliza siempre que el Contratante pague previamente la prima vencida correspondiente al contrato colectivo. Lo anterior aplica de forma independiente a que la póliza se haya contratado bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva.

6.3 PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la cobertura del Asegurado terminará automáticamente al final de dicho período de gracia por incumplimiento de pago.

Si una o varias de las coberturas son canceladas por el Contratante, durante o al final del período de gracia, el Contratante será responsable por el pago de una prima a prorrata por el tiempo que la póliza ha estado en vigor durante dicho período de gracia.

Cláusula 7. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

7.1 TARIFAS

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, la Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días 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 la Solicitud/Certificado.

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

La prima a pagar en cada fecha de vencimiento de prima, será igual a la suma de los cargos de prima por las coberturas detalladas en la Solicitud/Certificado.

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, los Asegurados podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieren conformes con la modificación con solo comunicarlo por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de vigencia del Addendum de la modificación y no podrán optar por mantener la cobertura vigente con la prima de la vigencia anterior.

Cláusula 8. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo, a excepción de los que podrían aplicarse en observancia de lo establecido en la cláusula “EDAD”, en relación a la permanencia y edad del Asegurado en la Póliza de Seguro. Concretamente, cuando el Asegurado llegase a cumplir la edad de setenta (70) años para la cobertura de “Accidentes Personales” y de sesenta y seis (66) años para la cobertura de “Cáncer”, la Compañía continuará otorgando cobertura siempre y cuando el Contratante acepte y cancele la prima que ha sido recargada en consideración a su traslado y pertenencia a un nuevo grupo etario. El cálculo de la nueva prima se efectuará de la siguiente manera: **(i)** como regla general la aplicación automática de una tarifa especial prestablecida, a partir de esa edad límite y para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro, o bien, en casos excepcionales y únicamente cuando sea expresamente solicitado por el Tomador, **(ii)** la realización de exámenes médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance el rango etario sujeto a recargos, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto y que hagan necesario proceder con la aplicación de un recargo particular para el asegurado en cuestión.

Cláusula 9. NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite en las oficinas de la Compañía. La Compañía, revisará que los requisitos estén completos con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o al Beneficiario, y al Contratante en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles.

El Beneficiario o Asegurado tendrá quince (15) días a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

9.1 EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

Para el trámite de reclamos, el (los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar a la Compañía dentro de los primeros diez (10) días de haber ocurrido el accidente cubierto y suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
- Acta de defunción original, que señale expresamente la causa de muerte (en los casos en que ésta pueda determinarse).
- Copia de cédula de identidad del Asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del Asegurado.
- Certificación con los sellos originales de la autoridad competente, donde se indique la causa de la muerte.
- Documentación complementaria si fuere aplicable, tales como parte de tránsito, de la policía o del juzgado competente.
- Partida de nacimiento original de los Beneficiarios menores edad o copia de cédula de identidad si fueren mayores de edad.
- Para los Beneficiarios menores de edad, copia de identidad del padre sobreviviente o documento de tutoría legal.
- Cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

La Compañía tendrá el derecho de requerir prueba adicional y solicitar examen(es) médico(s) del Asegurado cuando y tan seguido como pueda ser razonablemente requerido durante el periodo cuando el reclamo está pendiente y para llevar a cabo una autopsia en caso de muerte siempre que ésta no esté prohibida por ley.

Además, la Compañía podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del accidente como causante de la pérdida, y el ajuste del reclamo o las estipulaciones de esta póliza, tales como los documentos que se mencionan en la sección sobre derecho de subrogación de esta póliza.

9.2 EN CASO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

El Asegurado o su representante deberá dar aviso escrito a la Compañía dentro de los primeros diez (10) días de haber ocurrido el accidente cubierto y suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro y solicitar el reembolso de los Gastos médicos.

- Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
- Copia de identidad del Asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del asegurado.
- Original Receta Médica la cual debe ser completada por el médico tratante detallando:
 - Fecha de atención al paciente
 - Nombre del paciente
 - Diagnóstico
 - Detalle de medicamentos
 - Firma y sello del médico tratante.
- La declaración del asegurado acerca de si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- La entrega a la Compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidos en el número anterior.
- Original Orden de Rayos X o Estudios (si aplica)
- En caso de Hospitalización, presentar una declaración oficial del Hospital con las cuentas, cargos y recibos.

Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la Compañía podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos. Además, la Compañía podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del accidente como causante del siniestro, y el ajuste del reclamo o las estipulaciones de esta póliza, tales como los documentos que se mencionan en la sección sobre derecho de subrogación de esta póliza.

9.3 EN CASO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite en las oficinas de la Compañía. La Compañía revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Compañía, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Los requisitos de información establecidos para evaluar la procedencia del reclamo son:

- a. Boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.
- b. Certificación de ingreso y salida del hospital.
- c. Certificación del uso de salas de cuidados intensivos

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o al Beneficiario en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles.

El Beneficiario tendrá quince (15) días a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

Además, la Compañía podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del Accidente como causante de la pérdida, y el ajuste del reclamo o las estipulaciones de esta póliza, tales como los documentos que se mencionan en la sección sobre derecho de subrogación de esta póliza.

9.4 EN CASO DE PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado deberá presentar los requisitos que se le requieran para el trámite en las oficinas de la Compañía. La Compañía, revisará que los requisitos estén completos con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

En caso de que la información presentada a la Compañía se encuentre incompleta para la presentación de un reclamo, la Compañía le comunicará el requerimiento al Asegurado.

El Beneficiario tendrá quince (15) días a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

Para el trámite de reclamos, el Beneficiario deberá presentar a la Compañía dentro de los primeros diez (10) días de haber ocurrido el siniestro y suministrar los siguientes documentos:

- Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad del Asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del Asegurado.
- Documentación complementaria si fuere aplicable.
- Diagnóstico de Cáncer escrito y firmado por el Médico tratante.
- Original escrito y copia del resultado del examen patológico realizado a la biopsia del Asegurado firmada por un Médico especialista en oncología.

La Compañía queda facultada para solicitar documentos adicionales que estime del caso a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro. Además, la Compañía podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

9.5 DECLARACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado o al(los) Beneficiario(s), según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: Cualquier Asegurado o Beneficiario(s), según sea el caso, está autorizado para solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

Instancia de atención: En caso de persistir la declinación de la cobertura del seguro, el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, podrá acudir a esta instancia, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la Compañía que declinó el reclamo, con el objeto de ser atendida resuelta su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página Web de la Compañía.

9.6 PAGO DE RECLAMACIONES

Toda reclamación ya ajustada, será pagada 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.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación el Asegurado tendrá derecho a apelar ante la Compañía, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en esta póliza.

9.7 INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, autorizan 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 según la tabla de indemnizaciones, 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 y el Contratante 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 a la persona del 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.

Cláusula 10. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

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

Esta Póliza es renovable anualmente y automáticamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso que la Compañía requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

10.1 FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Las coberturas indicadas en esta póliza terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) Dejar la colectividad por terminación de la relación laboral.
- b) Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
- c) El fallecimiento del Asegurado.
- d) Por solicitud del cliente a través de la renuncia telefónica.
- e) Por no pago de la prima en las fechas estipuladas sin necesidad de aviso al cliente.

- f) La Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

10.2 FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

La cobertura se mantendrá vigente, mientras se pague la prima del seguro. La Compañía otorga un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el Asegurado libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

Cláusula 11. CONDICIONES VARIAS

11.1 SEGURO COLECTIVO

Este es un Seguro Colectivo que podrá ser contratado de manera contributiva y no contributiva, por lo que el Asegurado deberá pertenecer a la plantilla de la Empresa contratante del seguro, quien será el Tomador al momento de iniciar la vigencia de la póliza. En el momento de terminar la relación laboral con la empresa se dará por cancelada la póliza. El Tomador asumirá las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del **"SEGURO ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO "RESPALDA MÁS"**.

11.2 RECTIFICACIÓN PÓLIZA

En caso de que el contenido de esta póliza difiera de lo indicado en la Solicitud de Seguro del Tomador o Solicitud/Certificado, prevalecerá lo indicado en esta póliza. No obstante, la persona asegurada tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha en que se emita la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

11.3 NULIDAD DE LA PÓLIZA

Este Seguro será absolutamente nulo en cualquier momento durante la vigencia del mismo, si se determina que se han declarado de manera falsa, inexacta, parcial o reticente hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, al momento de suministrar información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere muto engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En cualquier caso, que aplique la devolución de las primas pagadas por el Tomador, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

11.4 EDAD

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

Como es un seguro de dependencia laboral se establecieron las edades mínimas y máximas de acuerdo a la edad en la que una persona es productiva:

- a. Accidentes Personales, Renta diaria por hospitalización y Gastos Médicos:

- ➔ Edad mínima de aceptación: dieciocho (18) años.
- ➔ Edad máxima de aceptación: no existe edad máxima de aceptación, pero podrán llegar a ser aplicables recargos en las primas según el grupo etario en que se encuentre el asegurado.

b. Cáncer:

- ➔ Edad mínima de aceptación para ingreso a: dieciocho (18) años
- ➔ Edad máxima de aceptación: no existe edad máxima de aceptación, pero podrán llegar a ser aplicables recargos en las primas según el grupo etario en que se encuentre el asegurado.

En cualquier caso, cuando el Asegurado llega a cumplir la edad de setenta (70) años para la cobertura de Accidentes Personales y de sesenta y seis (66) años para la cobertura de Cáncer, la Compañía continuará otorgando cobertura siempre y cuando el Contratante acepte y cancele la prima que ha sido recargada en consideración a su traslado y pertenencia a un nuevo grupo etario. El cálculo de la prima se efectuará de la siguiente manera:

1. Como regla general, la aplicación automática de una tarifa especial preestablecida, a partir de esa edad límite y para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro, o;
2. En casos excepcionales y únicamente cuando sea expresamente solicitado por el Tomador, la realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance esa edad límite. Lo anterior con la finalidad de evaluar si existen otros factores en su salud e integridad –además de su edad actual– que incrementen el riesgo cubierto y que hagan necesario proceder con la aplicación de un recargo particular para el asegurado en cuestión.

La Compañía le comunicará al Asegurado una propuesta de cobertura en la que contendrá la nueva tarifa, debiendo responder su anuencia o renuencia a dicha propuesta de cobertura dentro del plazo de quince (15) días hábiles siguientes. Transcurrido dicho plazo sin respuesta por parte del Asegurado, se interpretará que éste ha decidido declinar la propuesta de cobertura.

11.5 ELEGIBILIDAD

Son elegibles para este Seguro aquellas personas que formen parte de la Colectividad. El Tomador debe garantizar que cada una de las personas que figuran en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza, pertenece a la Colectividad.

11.6 MODIFICACIONES

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.

No obstante, si los riesgos asegurados en esta póliza cambiaran o variaran, la Compañía podrá modificar las condiciones de este contrato. Asimismo, podrá dar por terminada la cobertura o el contrato, según sea el caso, si demuestra que las nuevas condiciones de residencia, ocupación del Asegurado o Grupo Asegurado hubieran impedido la emisión de la póliza.

Cuando no proceda la terminación del contrato, la Compañía comunicará la modificación al Contratante, según lo contenido en la cláusula de “NOTIFICACIONES”, y otorgará diez (10) días hábiles para que el Contratante manifieste si acepta o no las nuevas condiciones. Si dicho plazo transcurriera sin que el Contratante se manifieste, se tendrán por aceptadas las nuevas condiciones desde la fecha de comunicación y se procederá al cobro del ajuste de prima que corresponda (si la hubiere) y la notificación de las nuevas condiciones a los Asegurados y entregar la nueva documentación respectiva.

Cuando el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del día en que se haya pagado la prima correspondiente (si la hubiere), debiendo notificarse también, las nuevas condiciones a los Asegurados para que en un plazo de diez (10) días hábiles acepten o rechacen dichas modificaciones; de ser aceptadas, se deberá entregar la documentación respectiva.

Si el Contratante no aceptara las nuevas condiciones en virtud de los cambios o variaciones en el riesgo, la Compañía dará por terminado el contrato y le devolverá la prima no devengada, debiendo notificar dicha terminación a los Asegurados.

Cuando sea el Contratante quien conoce la variación, deberá notificarlo por escrito al Compañía en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado tenga o deba tener conocimiento de la circunstancia que provoque la variación en las condiciones del riesgo asegurado. Si la agravación depende de la voluntad del Contratante y/o Asegurado, debe notificar a la Compañía en un plazo máximo de diez (10) días hábiles con anticipación a la fecha en que se inicia la agravación del riesgo. El Contratante o Asegurado, según sea el caso, tomará a su propio costo todas las precauciones adicionales, razonables y necesarias que le sean requeridas con el fin de garantizar un funcionamiento confiable y seguro de los riesgos asegurados.

En caso de agravación del riesgo la Compañía evaluará las nuevas condiciones del riesgo asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días calendario y, si fuera necesario, ajustará el alcance de la cobertura y de la prima, podrá requerir nuevas medidas de prevención de daños, razonables y necesarias o modificar las condiciones de aseguramiento existentes, según lo indicado.

La Compañía podrá rescindir el contrato o la cobertura, según sea el caso, si en el plazo de diez (10) días hábiles contado a partir del recibo de la propuesta de modificación, el Contratante o el Asegurado no la acepta.

La falta de notificación del Contratante o del Asegurado, con respecto a la agravación del riesgo, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de conformidad con la cláusula "TERMINACIÓN DEL SEGURO". La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida, por parte del Asegurado, la comunicación de la Compañía.

La Compañía podrá rechazar las nuevas condiciones cuando incorporen un riesgo que originalmente no hubiera cubierto, en cuyo caso procederá a la exclusión de la cobertura afectada o a la cancelación del seguro, siendo que la Compañía notificará al Contratante y al Asegurado dentro del plazo de diez (10) días hábiles su decisión.

En caso de disminución del riesgo la Compañía en un plazo máximo de diez (10) días hábiles valorará las nuevas condiciones y procederá al reintegro del exceso de prima, si procediera.

En cualquier caso, el Contratante tiene el deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

11.7 REHABILITACIÓN

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

11.8 DUPLICIDAD 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.

11.9 MONEDA

Este seguro se contrata en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares y/o Solicitud/Certificado, ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses. Por lo tanto, los montos indicados en el presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía se efectuarán en la moneda en que se haya pactado. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación a los límites o montos indicados en esta póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

No obstante, a elección del deudor de la obligación de pago, cualquier pago podrá efectuarse en colones costarricenses al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

11.10 PROTECCIÓN DE DATOS

La información que en virtud de la suscripción del presente contrato de seguro sea obtenida por la Compañía, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La Compañía estará obligada a guardar el deber de confidencialidad de la información frente al Asegurado y solo quedará liberada de este deber mediante convenio escrito, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de diseminación de los datos.

11.11 PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Las acciones que se derivan de la presenta póliza de seguro y de los Addenda expedidos prescribirán transcurrido el plazo de cuatro (4) años, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

11.12 RENUNCIA TELEFONICA

El Asegurado podrá cancelar la póliza únicamente llamando telefónicamente al número de teléfono para asistencia indicado en la Solicitud/Certificado. La fecha efectiva de la cancelación será a partir de la fecha de la llamada, excepto que exista prima adeudada, en tal caso la vigencia efectiva será a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima.

11.13 DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR CANCELACIÓN

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá el excedente cobrado. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los treinta (30) días siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

Cláusula 12. INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

12.1 DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

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

reclamo o incumplió sus deberes. Las reglas y funciones de esta instancia de atención de quejas y reclamaciones están reveladas en la página web de la Compañía.

Con independencia de la instancia anterior, las partes pueden someterse directamente (sin agotar la instancia anterior) 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 de Seguro.

No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

12.2 LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este Seguro, 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.

Cláusula 13. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

13.1 NOTIFICACIONES

Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía al Contratante y/o Asegurado, deberá ser por escrito y podrá ser entregada personalmente; enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal; desde que sea depositado en las oficinas del correo; o bien, desde que se compruebe la recepción de la comunicación generada a distancia, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse a partir de esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá cumplir con la misma regla establecida anteriormente siempre que sea realizada en las direcciones de contacto establecidas en las Condiciones Particulares, o Solicitud de Seguro del Asegurado.

El Contratante y/o Asegurado Principal, por este medio podrá autorizar a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal, siempre que se respalde fehacientemente dicha autorización.

En fe de lo cual se firma este Seguro en la República de Costa Rica.

ASSA Compañía de Seguros, S.A.



Representante Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P19-57-A05-748 de fecha 06 de diciembre de 2017.

ANEXO 1 BENEFICIO ADICIONAL DE SERVICIOS MEDICOS FAMILIARES

Dentro de tu póliza del Seguro Modular cuentas con un servicio de Asistencia Médica Nacional con Médico General, Ginecólogo y Pediatra. La aseguradora referirá el servicio a la Empresa **Club Internacional de Servicios de Asistencias S.A. en adelante (CLUBISA)**.

El servicio Médico Familiar se detallará a continuación:

CLUBISA se obliga a la prestación de los servicios de Consulta Médica Familiar, de acuerdo al plan asignado, a favor de los contratantes o usuarios del plan y sus familiares de primer grado y/o conyugue designados, el cual será brindado por los profesionales mediante la red de médicos generales, cirujanos, ginecólogos y pediatras que CLUBISA previamente contrate en todo el territorio de la **República de Costa Rica**.

Al momento de la contratación de la póliza se asignará un plan al asegurado de acuerdo a su estatus marital y de acuerdo a los hijos que dependan económicamente del asegurado menores de 25 años.

Los tipos de servicios de Consulta Médico Familiar se detallan así:

Plan A. Incluye al contratante o usuario, su cónyuge, o a su conviviente o compañero(a) de vida, y sus hijos solteros menores de veinticinco años de edad reconocidos legalmente por el titular del servicio.

Plan B. Incluye al contratante o usuario soltero y sus padres.

En todos los planes donde se incluyen servicios de pediatría se entiende que los niños que serán atendidos como familiares del contratante deberán ser menores de trece (13) años de edad.

PLANES DE SERVICIOS MÉDICOS ADHERIDOS

1) Titular, cónyuge, hijos menores de 25 años.

- 10 consultas anuales presenciales para cada miembro de la familia: médico general, ginecólogo, pediatra (hasta los 13 años).
- 1 evento de ambulancia anual para el núcleo familiar.
- Consultas telefónicas ilimitadas con médico general.
- Descuentos con médicos especialistas afiliados a la red (40% a 60%).
- 3 laboratorios para titular (heces, triglicéridos, orina).
- Descuentos en hospitales, laboratorios, farmacias.

2) Titular, padre, madre.

- 8 consultas presenciales anuales para cada miembro de la familia: médico general, ginecólogo, pediatra (hasta los 13 años).
- 1 evento de ambulancia anual para el núcleo familiar.
- Consultas telefónicas ilimitadas con médico general.
- Descuentos con médicos especialistas afiliados a la red (40% a 60%).
- 3 laboratorios para titular (heces, triglicéridos, orina).
- Descuentos en hospitales, laboratorios, farmacias.

En caso de requerir el Servicio Asistencia Médica o hacer uso de los beneficios adicionales debe de comunicarse a nuestro Call Center de Servicio al cliente 4404-1098, en el cual será atendido las 24 horas los 365 días del año.



Generalidades:

- Esta Red y sus condiciones de uso son un beneficio adicional a las condiciones de la póliza y la Compañía se reserva el derecho de hacer modificaciones a la misma en cualquier tiempo con previa notificación de 30 días naturales.
- En caso de mora mayor a 30 días naturales los servicios descritos serán suspendidos automáticamente.
- CLUBISA Club Internacional de Servicios de Asistencias, S.A. y ASSA Compañía de Seguros, S.A. no se responsabilizan por ningún servicio coordinado directamente con prestadoras de Servicios médicos, hospitales, farmacias, laboratorios que no sean afiliados a la red de proveedores y en ningún caso se realizara reembolso de los gastos incurridos.
- La compañía no será responsable por daños y/o perjuicios originados por los proveedores de la red que la compañía ha puesto a su disposición.