



Compañía de Seguros, S.A.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO “RESPALDA MAS” DEBER DE INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO

Por este medio, en cumplimiento de lo indicado en el artículo 25 de Reglamento Sobre Comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10), se informa al Asegurado en relación a los siguientes temas del Seguro Accidentes Personales Colectivo “Respalda Más” con número de registro P19-57-A05-748

1. NOMBRE DEL PRODUCTO: Seguro Accidentes Personales Colectivo “Respalda Más”.

2. RIESGOS ASOCIADOS Y BENEFICIOS

2.1 Tipo de seguro

Este seguro opera bajo inclusión automática, motivo por el cual usted queda asegurado a partir de la fecha de inclusión consignada en el Certificado de Seguro, y según el ámbito de cobertura indicado y detallado en las Condiciones Generales del Seguro. Por tanto, su Solicitud de Inclusión se convierte a la vez en su Certificado de Seguro de manera automática y por ello dicho documento contiene la totalidad de información respecto de su aseguramiento.

2.2 Objeto del Seguro

Al amparo de las coberturas básicas, la Compañía se compromete a pagar a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada y estipulada el Certificado de Seguro, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa de un Accidente o Accidente de Tránsito ocurrido durante la vigencia de la cobertura. Por su parte, sujeto a que se haya contratado la respectiva cobertura adicional y cancelado la prima correspondiente, la Compañía se hará cargo de reembolsar los gastos médicos por accidente, brindar una renta diaria por hospitalización e indemnizar al Asegurado en se le diagnostica clínicamente por primera vez un Cáncer.

3. OBLIGACIONES

3.1. 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.

3.2. 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 hubiese 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” contemplada en las Condiciones Generales de este Seguro. 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.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

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.

4. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS (RECARGOS Y DESCUENTOS)

4.1 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" contemplada en las Condiciones Generales del presente Seguro, 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 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 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.

4.2 Forma de ajuste de la prima:

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.

4.3 Ajustes de la tarifa:

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:

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;

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.

5. CÓDIGO DE REGISTRO DEL PRODUCTO EN LA SUPERINTENDENCIA: P19-57-A05-748.

6. REQUISITOS PARA EL ASEGURAMIENTO Y DECLARACIONES NECESARIAS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO:

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".

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro. Se señala como medio de comunicación de la instancia encargada del proceso de análisis de la Compañía la dirección electrónica: contacto@assanet.com o por medio de una comunicación escrita que se entregue en Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com



7. COBERTURAS

7.1 COBERTURAS BÁSICAS

7.1.1 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.**

7.1.2 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.**

7.2 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:

7.2.1 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.

7.2.2 COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

A) 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.

B) 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 CARENIA: 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.

7.2.4 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.

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.

7.2.5 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 periodo de carencia es el periodo 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.

7.2.6 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.

8. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

8.1 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.

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.

9. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

Los Límites de Responsabilidad o Suma Asegurada para las Coberturas indicadas anteriormente serán detallados en el Certificado de Cobertura correspondiente. 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.

10. EXCLUSIONES



10.1 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, SÍNCOPES; 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.



10.2 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.

10.3 EXCLUSIONES COBERTURA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

ESTA PÓLIZA NO INDEMNIZARÁ 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.



Compañía de Seguros, S.A.

9. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA 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.

10.4 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.

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.

11. PERIODO DE CARENCIA

Para este **SEGURO COLECTIVO** no aplicará ningún tipo de Periodo de Carencia o Periodo de Espera; salvo lo dispuesto para la "COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN" en cuanto a periodos de carencia y espera.

12. DEDUCIBLES

Para este **SEGURO COLECTIVO** no aplicará ningún tipo de deducible, salvo lo dispuesto para la "COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN" en cuanto a deducibles.

13. VIGENCIA DEL SEGURO:

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 periodos 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.

14. MONTO DE LA PRIMA Y FORMA DE PAGO

14.1. Monto: 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.

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.

Monto de Prima a Pagar y Elección de Opciones Establecidas en las Condiciones Generales

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com



Compañía de Seguros, S.A.

COBERTURAS		Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Muerte Accidental Titular		₡ 3,150,000	₡ 3,150,000	₡ 6,300,000	₡ 6,300,000
Muerte Accidental en tránsito		₡ 3,150,000	₡ 3,150,000	₡ 6,300,000	₡ 6,300,000
Asistencia Médica Familiar		INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO
Reembolso de Gastos Médicos por accidente		N/A	₡ 189,000	₡ 315,000	₡ 315,000
Renta Diaria por Hospitalización		N/A	N/A	N/A	₡ 65,000
PRECIO	Titular	₡ 4,300	₡ 4,500	₡ 5,200	₡ 7,500
	Conyugue	₡ 4,650	₡ 4,850	₡ 5,800	₡ 9,400
Nota: La suma asegurada del cónyuge es el 50% de la suma asegurada del titular.					

COBERTURAS		Plan E	Plan F	Plan G	Plan H
Muerte Accidental Titular		₡ 6,300,000	₡ 6,300,000	₡ 7,560,000	₡ 9,450,000
Muerte Accidental en tránsito		₡ 6,300,000	₡ 6,300,000	₡ 7,560,000	₡ 9,450,000
Asistencia Médica Familiar		INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO
Reembolso de Gastos Médicos Por accidente		₡ 630,000	₡ 630,000	₡ 756,000	₡ 945,000
Renta Diaria por Hospitalización		₡ 95,000	₡ 95,000	₡ 126,000	₡ 158,000
Indemnización por Cáncer		N/A	₡ 1,260,000	₡ 1,890,000	₡ 2,520,000
Precio Titular	Edad de 18 a 29 años	₡ 9,000	₡ 9,700	₡ 11,250	₡ 13,000
	Edad de 30 a 39 años		₡ 9,900	₡ 11,500	₡ 13,400
	Edad de 40 a 49 años		₡ 10,300	₡ 12,200	₡ 14,200
	Edad de 50 a 59 años		₡ 11,400	₡ 13,800	₡ 16,400
	Edad de 60 a 65 años		₡ 13,100	₡ 16,400	₡ 19,800
Precio Cónyuge	Edad de 18 a 29 años	₡ 11,600	₡ 12,400	₡ 14,750	₡ 17,400
	Edad de 30 a 39 años		₡ 12,650	₡ 15,150	₡ 18,000
	Edad de 40 a 49 años		₡ 13,200	₡ 16,000	₡ 19,200
	Edad de 50 a 59 años		₡ 14,900	₡ 18,600	₡ 22,400
	Edad de 60 a 65 años		₡ 17,500	₡ 22,400	₡ 27,500
Nota: La suma asegurada del cónyuge es el 50% de la suma asegurada del titular.					

14.2 Formas 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.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com



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.

15. PROCEDIMIENTO PARA INFORMAR EL SINIESTRO

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.

15.1 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.

15.2. 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.



Compañía de Seguros, S.A.

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.

15.3 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 anteriormente.

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.

15.4 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.

17. CONTACTO

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. podrá ser notificada de cualquier comunicación en Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica o a la dirección electrónica: contacto@assanet.com. Si requiere asistencia durante su viaje o en caso de emergencia, llame por cobrar a través de la Operadora Internacional a los teléfonos: Español: (57) 1 736 2153 / Inglés: (57) 1 736 2150 / Portugués: (57) 1 736 2144 o llame a los números directos asignados al país donde se encuentra, según la lista de teléfonos adjunto al Certificado de la Póliza.

18. 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.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com



Compañía de Seguros, S.A.

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.

19. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

19.1 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.

19.2 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.

19.3 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.

20. RETRACTO:

El Retracto no es aplicable para el presente **SEGURO**.

21. DERECHO A RECIBIR RESPUESTA

El Asegurado tendrá derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante la Compañía, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales.

De tal forma, como Asegurado bajo esta póliza colectiva, declaro expresamente haber entendido y leído con detenimiento la información previa relacionada con el contrato de seguros indicado anteriormente.

Como Asegurado, acepto haber recibido la información previa relativa a los términos y condiciones del **SEGURO ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO "RESPALDA MÁS"**, así como del presente documento. También he sido enterado de que la eficacia de la cobertura está sujeta al aporte económico de la prima en los plazos previstos. Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados para la emisión del **SEGURO ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO "RESPALDA MÁS"**, facultará a **ASSA Compañía DE SEGUROS, S.A.** de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado

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 **P19-57-A05-748** de fecha **06 de diciembre del 2017**.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com