

## ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS

### Cédula jurídica 3 – 101 – 593961

## SEGURO COLECTIVO ESTUDIANTIL

### ÍNDICE DE LAS CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA .....	3
DEFINICIONES .....	4
INDICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA Y ORDEN DE PRELACIÓN .....	11
1. BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA .....	11
2. ORDEN DE PRELACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA. ....	11
ÁMBITO DE COBERTURA.....	12
3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.....	12
3.1. COBERTURA BÁSICA.....	12
3.1.1. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE .....	12
3.1.2. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL .....	14
3.1.3. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR SECUELAS DE LESIONES ACCIDENTALES CON PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES....	14
4. SUMA ASEGURADA .....	16
5. EXCLUSIONES .....	16
5.1. RIESGOS EXCLUIDOS .....	16
5.2. GASTOS EXCLUIDOS.....	17
6. LÍMITES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS .....	18
6.1. EDAD DE CONTRATACIÓN.....	18
6.2. PERIODO MÁXIMO DE COBERTURA.....	18
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	18
OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO O BENEFICIARIO .....	19
7. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO .....	19
8. OBLIGACIONES DEL TOMADOR .....	20
9. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO .....	20
10. LEGITIMACION DE CAPITALS. ....	20
PRIMA, ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA, FORMA, PERIODICIDAD Y LUGAR DE PAGO.....	21
11. PRIMA.....	21
12. FORMA Y LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA .....	21
13. PERIODO DE GRACIA .....	21
14. MORA EN EL PAGO .....	21
FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA EN LAS PRÓRROGAS.....	22
15. AJUSTES ANUALES DE LA PRIMA .....	22
RECARGOS Y DESCUENTOS .....	23
16. DESCUENTOS.....	23
PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS .....	23
17. FIRMA DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN .....	23
18. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS .....	23
18.1. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS .....	23
18.2. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL.....	25
18.3. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR SECUELAS DE LESIONES ACCIDENTALES CON PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES.....	25
19. PROCEDIMIENTO PARA ACCIDENTES OCURRIDOS FUERA DE COSTA RICA .....	26
20. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS.....	26
21. RECHAZO DEL RECLAMO, ACCIONES DE APELACION Y REVISION .....	26
22. PLAZO PARA EL PAGO DE RECLAMOS.....	26
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES .....	26
23. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	26
24. PRÓRROGA.....	27
CONDICIONES VARIAS .....	27

25.	MODALIDAD DE CONTRATACIÓN.....	27
26.	DEDUCIBLE Y COASEGURO .....	27
27.	PRUEBA DEL SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACION .....	27
28.	ACCIONES FRAUDULENTAS .....	27
29.	OMISIÓN Y/O INEXACTITUD .....	28
30.	MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA .....	28
31.	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	29
32.	MONEDA .....	29
33.	TIPO DE CAMBIO .....	29
34.	OTROS SEGUROS .....	29
35.	PRESCRIPCIÓN .....	30
36.	LEGISLACIÓN APLICABLE .....	30
37.	LIMITACIÓN POR SANCIONES.....	30
38.	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION. ....	30
39.	FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA .....	31
40.	CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA .....	31
	INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	31
41.	RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS .....	32
42.	TRIBUNAL CON JURISDICCIÓN.....	32
	COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	32
43.	DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	32
44.	COMUNICACIONES.....	32
45.	MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA.....	32

## COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la “Compañía”), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Contratante” o “el Tomador” y/o el “el Asegurado” en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Asegurado”) a la Compañía.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

El área de servicio de la Compañía es la República de Costa Rica. Esta póliza se emite a residentes de la República de Costa Rica, cuyo domicilio permanente está ubicado dentro del área de servicio.

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.



---

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

## CONDICIONES GENERALES

**ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.**, es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza, y acuerda pagar beneficios por el **SEGURO COLECTIVO ESTUDIANTIL** con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de esta póliza.

Las presentes constituyen las Condiciones Generales de la póliza denominada **SEGURO COLECTIVO ESTUDIANTIL** la cual se registró por las siguientes cláusulas:

### DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza.

- 1) **ACCIDENTE:** Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten al organismo del Asegurado, provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y asfixia, torceduras y desgarramientos, como también estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias. **Para efectos de la cobertura dental, no se considera accidente, si la pieza se daña al morder o masticar alimentos o por la introducción voluntaria de un objeto extraño en la boca.**
- 2) **ADENDA:** Para los efectos de esta póliza, se refiere a la documentación que se agregue a la póliza para reportar cambios durante la vigencia del contrato, tales como el domicilio del asegurado, dirección contractual, cambio, inclusión o exclusión de beneficiarios.
- 3) **ADMINISTRADOR DE RECLAMOS DE LA COMPAÑÍA:** Se refiere a la Unidad administrativa de la Compañía, encargada de recibir la documentación para el pago de los reclamos, realizar el ajuste, solicitar información adicional en caso necesario, y confeccionar los pagos a los asegurados, a los proveedores afiliados o prestadores de servicios, según corresponda.
- 4) **AMBULANCIA:** Transporte de emergencia terrestre o aéreo, nacional o internacional, destinado y legalmente autorizado para trasladar personas lesionadas o enfermas, desde el lugar donde ocurre el evento cubierto o se manifiesta o contrae la enfermedad, hasta el centro médico facultado para su atención.
- 5) **APARATOS ORTOPÉDICOS:** Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, entre otros: inmovilizadores y/o estabilizadores, tales como: collares, abrazaderas, braceros, rodilleras, tobilleras, botas, corsés ortopédicos, coderas, fajas lumbares, soportes de cadera, férulas, yesos para ligamentos lastimados y otros.
- 6) **ASEGURADO:** Es el estudiante que reside en la República de Costa Rica, quien recibe los beneficios estipulados en esta póliza, ante la ocurrencia de un evento cubierto.

- 7) **ASISTENCIA QUIRÚRGICA O ASISTENTE DE CIRUJANO:** Es un médico legalmente autorizado, que asiste activamente al cirujano principal durante un procedimiento o intervención quirúrgica elegible bajo la póliza. El uso de un cirujano asistente está estrictamente limitado a aquellas intervenciones quirúrgicas designadas con autorización previa de la compañía de seguros.
- 8) **BENEFICIARIO:** Es la persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
- 9) **BENEFICIOS AMBULATORIOS:** Se refiere a los servicios de atención médica, exámenes o procedimientos, que no requieren de hospitalización o internamiento.
- 10) **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.
- 11) **CIRUGÍA MENOR:** La Cirugía Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados en centros de atención primaria o unidades hospitalarias, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local regional.
- 12) **COASEGURO:** Es el porcentaje de los gastos cubiertos por la póliza, después de pagar o acumular el deducible, que el asegurado debe asumir según se establece en las condiciones particulares del contrato de seguro. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.
- 13) **COMPAÑÍA:** Se refiere a ASSA Compañía de Seguros, S.A.
- 14) **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros (“SUGESE”), que recogen los principios básicos que regulan este contrato de seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe la Compañía. Incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes contratantes e incorporan las condiciones especiales. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
- 15) **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Tomador, Asegurado y Beneficiario, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.
- 16) **CONDICIONES PREEXISTENTES:** Se refiere a cualquier enfermedad, incluyendo cualquier condición durante o resultante de un Embarazo, o lesión de un Asegurado:
  - a. Que existía en la fecha en que se haya perfeccionado el presente contrato de seguro, y cuyos signos y síntomas, incluyendo la concepción en el caso de embarazo, se encontraban

presentes en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o antes y no pudieron pasar desapercibidos para el Asegurado.

- b. Por las cuales el Asegurado tuvo consultas, exámenes, recibió tratamiento médico o quirúrgico, aviso o diagnóstico, o por las que hubiera incurrido en gastos médicos con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza.
- c. Que se trate de una enfermedad o padecimiento, que, aunque se manifieste dentro de la vigencia de la póliza, requiere de un determinado periodo de formación o desarrollo y que médica y objetivamente se pueda determinar que su origen o causa, es anterior a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, mediante exámenes usuales de diagnóstico.
- d. Se refiere a cualquier enfermedad, incluyendo cualquier condición durante o resultante de un Embarazo, o lesión de un Asegurado.

Toda Condición Preexistente conocida por el asegurado debe ser revelada en la Solicitud de Propuesto Asegurado. Cualquier condición Preexistente no revelada y conocida por el Asegurado, puede dar como resultado el rechazo de un Reclamo. El asegurado se compromete a suscribir el formulario “**Autorización para Consulta de Expedientes**”. El Asegurado está obligado a someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por la Compañía, a fin de determinar o no una preexistencia, los costos serán a cargo de esta última. Corresponderá a la Compañía la carga de la prueba en caso de que alegue preexistencia.

- 17) **COSTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS (URA):** Son los honorarios previamente negociados que factura un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o semejante, para el tratamiento de condiciones o enfermedades afines por su naturaleza o severidad. Los honorarios que se facturen por tratamientos o suministros poco frecuentes o que no estén disponibles en un área o zona geográfica, serán determinados por la Compañía, considerando la naturaleza y severidad de la lesión o enfermedad, el nivel de complejidad, el grado de habilidad necesario del profesional de la salud y la especialidad del (o los) profesional (es) que intervengan en la atención del asegurado, así como los costos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas. El gasto usual, razonable y acostumbrado (URA), es utilizado para determinar el monto máximo a pagar por un servicio cubierto por la póliza de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato.
- 18) **DEDUCIBLE:** Es el monto o porcentaje que el Asegurado es responsable de asumir, antes de la aplicación del coaseguro, y antes de que sea efectivo el pago de la indemnización bajo el plan elegido en esta póliza.
- 19) **DESMEMBRAMIENTO:** Para efectos de esta póliza, es la cobertura que otorga un porcentaje de la suma asegurada, en caso de que el asegurado principal o titular, sufra un accidente que provoque una pérdida total o funcional permanente de algún miembro u órgano del cuerpo, tal como se detalla en las condiciones particulares.

- 20) **FAMILIA INMEDIATA:** Para efectos de esta póliza, son considerados los parientes de primer, segundo y tercer grado de consanguinidad y afinidad, que incluye: padres e hijos, abuelos, hermanos y nietos, tíos y sobrinos; suegros, yernos o nueras, cuñados, tíos y sobrinos políticos. También son considerados parte de la familia inmediata, las personas que habiten en el mismo lugar de residencia del Asegurado.
- 21) **FECHA EFECTIVA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta póliza, la cual es indicada en las Condiciones Particulares de la misma. La Póliza será efectiva en la fecha y hora en que la solicitud del seguro fue firmada, siempre y cuando la prima sea pagada dentro de los plazos establecidos.
- 22) **GASTOS CUBIERTOS:** Son los gastos incurridos por el Asegurado, mientras se encuentra vigente la Póliza, por servicios médicos necesarios, tratamientos, suministros y/o medicamentos prescritos, cubiertos por esta Póliza. Los gastos cubiertos se detallan en esta Póliza.
- 23) **GASTOS ELEGIBLES:** Son los gastos en que incurre el Asegurado por razón de un accidente, que son cubiertos según las condiciones de la póliza, que se encuentren dentro de los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA), del área geográfica de Costa Rica en que se efectuó el servicio. Sobre estos gastos se aplica primero el deducible y sobre la parte restante, el coaseguro que corresponda.
- 24) **FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CATASTRÓFICO:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza violenta y destructiva, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
- 25) **HOSPITAL:** Es una institución que:
- Provee veinticuatro horas de servicio continuo, a los pacientes internados.
  - Provee como función principal, servicios de diagnóstico y facilidades terapéuticas para diagnóstico médico y quirúrgico, tratamiento y cuidado de personas enfermas o lesionadas.
  - Posee un personal profesional y debidamente licenciado, de uno o más médicos y cirujanos, para proveer o supervisar en todo momento los servicios de la institución.
  - Provee facilidades hospitalarias de cirugía mayor y servicios, bien sea en su propio local u otro local disponible bajo previo acuerdo.
  - Provee en forma regular y continua, veinticuatro (24) horas de servicio de enfermería por medio y bajo la supervisión de un profesional en enfermería graduado y licenciado.
  - Funciona de acuerdo con las leyes de la jurisdicción en que está ubicado; y posee licencia legal como Hospital médico o quirúrgico en el país en que este ubicado.

**No se considera Hospital:**

- Un servicio de casa de reposo o unidad de convalecencia ubicado dentro de o afiliado al Hospital; un hogar de convalecencia, o institución de cuidados prolongados; una institución dedicada principalmente para el cuidado de ancianos, tratamiento de enfermedades mentales, adicción a las drogas, alcoholismo; o, un Resort, Spa o Sanatorio.

Adicionalmente, **HABITACIÓN DE HOSPITAL:** Se refiere a una habitación de hospital y que puede ser privada o semi-privada según las facilidades que tenga el hospital. Habitación Privada se refiere a una habitación que solo alberga a un paciente. Habitación Semi-privada cuando es una facilidad compartida.

**26) HOSPITALIZACIÓN:** Es el periodo que comienza con el ingreso del Asegurado a un Hospital u otra institución por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas. El internamiento concluye cuando el Asegurado es dado de alta de ese mismo sitio, a menos que sea trasladado a otro lugar similar para continuar el tratamiento de la misma condición de salud u otra condición relacionada con ella. Este traslado será considerado parte de un mismo internamiento. El internamiento concluye al ser dado de alta de la última institución a la cual el Asegurado ha sido trasladado.

**27) LESIÓN ACCIDENTAL:** Alteración o daño de un órgano que produce una modificación morfológica y/o funcional, causada por un accidente imprevisto, involuntario y que sea el resultado único y directo de un trauma externo y violento que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza. Las lesiones accidentales deben ser demostrables mediante exámenes de diagnóstico como radiografías, tomografías, ultrasonidos y resonancias magnéticas. Los cambios degenerativos, lesiones provocadas por uso excesivo o repetitivo o condiciones progresivas, hernias, desgastes y/o artrosis, no son consideradas lesiones accidentales.

**28) MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS:** Son medicamentos utilizados para tratar condiciones crónicas o complejas como cáncer, esclerosis múltiple, lupus, diabetes, condiciones cardíacas y/o de columna. Estos medicamentos deberán ser aprobados y coordinados con la Aseguradora para que puedan ser cubiertos a través de la red de farmacias y /o distribuidores de medicamentos.

La entrega y administración del medicamento será coordinada directamente por la Aseguradora con el médico que lo prescribió, con la farmacia de la red o con el distribuidor de medicamentos, al servicio ambulatorio donde será atendido el Asegurado o en el domicilio de éste, en caso de que el medicamento pueda ser auto administrado.

**29) MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN:** Toda sustancia de origen natural, sintético o semisintético y toda mezcla de esas sustancias o productos que se utilizan para el diagnóstico, tratamiento y alivio de las enfermedades o estados físicos anormales, o de los síntomas de estos y para el restablecimiento o modificación de funciones orgánicas en las personas. Son medicinas cuya venta y uso están legalmente restringidas, relacionadas con un diagnóstico patológico, médicamente necesarias, que solo se pueden obtener con una receta escrita de un médico autorizado, inscrito en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

**30) MÉDICO:** Persona con estudios que está legalmente autorizada para ejercer la medicina, prestar servicios médicos y/o quirúrgicos en el área geográfica donde ejerce dicha profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia; siempre que no sea el Asegurado o parte de la familia inmediata del mismo.

- 31) **MÉDICO ESPECIALISTA:** Es el médico legalmente autorizado para ejercer la medicina y cirugía, con especialidad en una rama médica específica, para lo cual cuenta con los estudios y las licencias correspondientes.
- 32) **MÉDICO O PROVEEDOR NO AFILIADO:** Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios de salud que no tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contratada por la Compañía, para proporcionar los servicios a los asegurados dentro de una Red de Proveedores Afiliados.
- 33) **MÉDICO O PROVEEDOR AFILIADO:** Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios médicos que tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contratada por la Compañía para proporcionar los servicios a los asegurados dentro de una Red de Proveedores Afiliados.
- 34) **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Los integrantes del grupo pagan parte o la totalidad de la prima.
- 35) **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** La prima total es pagada por el Tomador del seguro.
- 36) **MUERTE ACCIDENTAL:** Es la muerte por causas violentas, súbitas y externas. No se consideran accidentales, las lesiones que fueron provocadas por el Asegurado a sí mismo o las que fueron ocasionadas por terceros con el consentimiento de éste.
- 37) **PAGO DIRECTO A PROVEEDOR:** Opción que se brinda al Asegurado, de recurrir a proveedores pertenecientes a la red y que la Compañía realice el pago directo a éste, de manera que el Asegurado solamente tendría que cubrir el deducible o coaseguro que corresponda según la atención o servicio suministrado.
- 38) **PÉRDIDA TOTAL:** Se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, que puede ocasionar una incapacidad.
- 39) **PERIODO DE GRACIA:** Es el período de tiempo que se concede al Asegurado para el pago de las primas debidas, después de que la cobertura de la Póliza ha expirado y durante el cual, la Compañía permitirá que la prima de la Póliza sea pagada. En esta póliza el periodo es de treinta (30) días naturales.
- 40) **PÓLIZA DE SEGURO O PÓLIZA:** Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Descrito en adelante como el “Seguro”.
- 41) **PRIMA:** Aporte económico que debe satisfacer el Tomador, como contraprestación al amparo que se otorga al Asegurado, mediante la póliza.
- 42) **PRIMA NO DEVENGADA:** Porción de la prima pagada que corresponde al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
- 43) **PRÓTESIS:** Estructura que reemplaza un miembro, un órgano o una función del cuerpo.

- 44) **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. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique. En caso de aplicar alguna comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza al Contratante, la misma indicará de manera expresa que dicho estipendio contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Contratante en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de potenciales Asegurados que decidan optar por otro seguro.
- 45) **PROPUESTA DE PRÓRROGA:** Documento que contiene una oferta de prórroga realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de prórroga será enviada por la Compañía al Contratante con un un plazo de anticipación de al menos (30) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique. En caso de aplicar alguna comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza al Contratante, la misma indicará de manera expresa que dicho estipendio contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Contratante en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de potenciales Asegurados que decidan optar por otro seguro
- 46) **RED DE PROVEEDORES AFILIADOS:** Es el grupo de hospitales, médicos, laboratorios y farmacias a los que el asegurado puede recurrir para recibir los servicios amparados bajo esta póliza. Una vez que se ha informado debidamente al potencial consumidor sobre hospitales y médicos para la elección de un proveedor afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, la información será además proporcionada por alguno de los siguientes medios según sea su elección: a) en un disco compacto, b) un documento impreso, c) mediante envío a su correo electrónico, d) a través de la lista que publicará la Compañía, o el administrador de la red, en el sitio de internet. Adicionalmente, esta información puede ser obtenida en la forma indicada en la Unidad de Asistencia o Central Operativa de la Compañía, que podrá brindar la asesoría necesaria sobre el proveedor afiliado disponible o pertinente en el país, según la enfermedad sufrida o emergencia surgida.
- 47) **SEGURO COLECTIVO:** Constituye una modalidad de seguro por cuenta ajena. Es el seguro suscrito entre el Tomador y la entidad aseguradora, con el propósito de cubrir mediante un solo contrato o póliza de seguro a múltiples asegurados.
- 48) **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.
- 49) **SOLICITUD DEL PROPUESTO ASEGURADO:** Formulario de ingreso al esquema de aseguramiento colectivo, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, el cual será completado por parte del aspirante a devenir en Asegurado presentada a la Compañía.

- 50) SUMA MÁXIMA ASEGURADA EN GASTOS MÉDICOS:** Es el monto máximo asegurado indemnizable por evento, con respecto a un Asegurado, durante el año póliza, siempre que la misma se encuentre vigente, y de acuerdo con las coberturas o riesgos cubiertos, en las Condiciones Generales y/o Particulares.
- 51) SUMA ASEGURADA POR MUERTE ACCIDENTAL:** Es la suma que La Compañía se compromete a pagar en caso de muerte del Asegurado.
- 52) TOMADOR DEL SEGURO:** Persona jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos al Asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación.
- 53) TRATAMIENTO DENTAL POR ACCIDENTE:** Son los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto bajo esta Póliza, que no sean de primera dentición, debiendo tratarse de piezas dentales permanentes.
- 54) UNIDAD DE ASISTENCIA O CENTRAL OPERATIVA:** Se refiere a la Unidad que, a nombre de la Compañía, brinda los servicios a sus asegurados sobre los proveedores médicos de la Red de Proveedores Afiliados, disponibles por especialidad en Costa Rica o en cualquier otro país en que se encuentre el asegurado requiriendo los servicios. Asimismo, se encarga de enviar las autorizaciones de las atenciones médicas requeridas por el asegurado y colabora con la información para el uso del seguro y la presentación de reclamaciones.
- 55) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** Se refiere a los cuidados y servicios que son brindados por la unidad especializada en cuidados intensivos y que necesariamente son brindados dentro del hospital.

## INDICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA Y ORDEN DE PRELACIÓN

### 1. BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA

Constituyen esta póliza: la Solicitud de Propuesto Asegurado, Solicitud de Seguro del Tomador, las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales del Contrato, el Certificado del Seguro.

### 2. ORDEN DE PRELACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA.

La Solicitud del Seguro del Tomador firmada por el Tomador y la Solicitud de Seguro de Propuesto Asegurado firmada por la persona asegurada, la Propuesta de Seguros aceptada por el Tomador o la persona asegurada, según corresponda, la declaración de salud o cuestionarios de salud, las pruebas de asegurabilidad que hubiere requerido la Compañía para cada Asegurado tendrán prelación sobre las Condiciones Particulares. Las Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro tendrán prelación sobre las Condiciones Generales.

## ÁMBITO DE COBERTURA

Esta póliza brinda cobertura dentro de la República de Costa Rica y fuera del país reconociendo los costos razonables, usuales y acostumbrados, según se define en esta póliza. Se extiende a cubrir los accidentes que le puedan ocurrir a cada Asegurado durante las veinticuatro (24) horas del día desde el momento en que se emite hasta la fecha de terminación de su vigencia.

### 3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

#### 3.1. COBERTURA BÁSICA

La Cobertura Básica comprende las siguientes coberturas:

- Cobertura de Gastos Médicos Ambulatorios y Hospitalarios por Accidente;
- Cobertura de Muerte Accidental;
- Cobertura de Indemnización por secuelas de lesiones accidentales con pérdidas totales o parciales.

##### 3.1.1. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE

Esta cobertura cubre lo siguiente:

**GASTOS AMBULATORIOS POR ACCIDENTE.** Se cubren los gastos en que incurra cada Asegurado, que correspondan a servicios o prestaciones médicas de tipo ambulatorio o consulta externa, de acuerdo con los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados, después de cubrir el deducible, según se indica a continuación:

1. Consultas y tratamiento en consultorio o sala de urgencias.
2. Exámenes de laboratorio, radiografías, ultrasonidos y aquellos exámenes que requiera el asegurado que sean médicamente necesarios para establecer un diagnóstico preciso y brindar el correspondiente tratamiento.
3. Cirugía menor.
4. Tratamiento dental derivado de una lesión accidental: Cubre los gastos en que haya incurrido el Asegurado por lesiones sufridas como consecuencia de un accidente cubierto conforme a la definición incluida en esta póliza, ocurrido durante la vigencia del seguro, siempre que no sean piezas con tratamientos previos y se demuestre el mecanismo de trauma o la ocurrencia del accidente.
5. Los servicios odontológicos por causa de un accidente cubierto se indemnizarán de acuerdo con las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica, que estén vigentes, a la fecha de ocurrencia del accidente.
6. Medicamentos prescritos por el médico tratante.
7. Inmovilizadores, estabilizadores, alquiler de muletas y sillas de ruedas hasta el sublímite de

**cincuenta mil colones (¢50.000.00) o su equivalente en dólares por evento y máximo 2 eventos por año**, sesiones de rehabilitación, siempre que sean recomendados por el médico y necesarios para la atención del paciente, **previa autorización de la Compañía** y una vez cubierto el coaseguro correspondiente, después del deducible.

8. El número de sesiones de rehabilitación **se limita a un máximo de diez (10) por año póliza**, independientemente del número de eventos ocurridos.
9. Transporte de emergencia en ambulancia al momento del accidente -máximo- quince mil colones **(¢15.000.00) o su equivalente en dólares** por accidente.

En caso de que un accidente ocurra fuera del territorio nacional, y el estudiante asegurado sea atendido en el exterior, los gastos médicos incurridos se cubrirán de acuerdo con los Costos Razonables, Usuales y Acostumbrados, negociados por la Compañía con los proveedores de servicios en Costa Rica.

Si el Asegurado, amerita hospitalización, cirugía, terapias físicas, inmovilizadores, estabilizadores y otros aparatos de apoyo, se aplicará un coaseguro de veinte por ciento (20%) y estará sujeto al monto máximo asegurado y a los sublímites establecidos.

**GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA POR ACCIDENTE.** Se cubren los gastos en que incurra el Asegurado, que correspondan a honorarios médicos y demás servicios prestados dentro de un Hospital, de acuerdo con los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, vez superado el deducible y un coaseguro de veinte por ciento (20%), por un accidente cubierto, según se indica a continuación.

1. Cargos de Hospital por habitación y alimentación:
  - a. Habitación privada o semiprivada.
  - b. Sala de Cuidados Intensivos.
2. Otros servicios de hospitalización: Cuidados de enfermería, servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, rayos x, ultrasonidos, electrocardiogramas, electroencefalogramas, resonancia magnética (MRI) y otras pruebas de diagnóstico y pre - admisión, oxígeno, soluciones intravenosas, inyecciones, medicamentos prescritos y su administración.
3. Tratamientos especiales, servicios de terapia para tratamiento de una condición producto de accidente.
4. Cirugía Reconstructiva: Solamente en caso de que la causa de la cirugía sea una lesión accidental que haya sido cubierta por esta Póliza.
5. Equipo duradero y/o aparatos de apoyo: Cubre los gastos médicamente necesarios para restablecer la salud del asegurado, según la definición contenida en esta póliza.
6. Prótesis Quirúrgicas internas: Se cubren las prótesis quirúrgicas internas, que sean médicamente necesarias para la recuperación del asegurado. Por ejemplo: placas, tornillos, platinas, clavos u otros materiales de fijación utilizados en ortopedia.
7. Prótesis externas: Se cubren cuando sean médicamente necesarias y autorizadas por la Compañía.
8. Gastos por cirugía:
  - a) Honorarios de Cirujano. Se cubren los honorarios del profesional médico, por la cirugía que requiera el Asegurado. En caso de múltiples procedimientos quirúrgicos por la misma sesión, por el procedimiento secundario se pagará un máximo del 25% del primer procedimiento.

- b) Servicios de Anestesia y Asistencia para una cirugía u otros servicios relacionados cubiertos bajo esta póliza, siempre que sean médicamente necesarios.
- c) Honorarios Asistente de Cirujano: Los honorarios están cubiertos únicamente cuando sean médicamente necesarios para la sesión de cirugía, y debe ser aprobado con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía. El límite máximo de cobertura será el veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados al cirujano principal por el procedimiento o procedimientos realizados.
- d) Honorarios Anestesiólogo/Asistente de Anestesiólogo: Los honorarios están cubiertos únicamente cuando sean médicamente necesarios para la cirugía, y debe ser aprobado con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía; limitados al valor que sea menor entre los costos usuales, razonables y acostumbrados o un treinta por ciento (30%) de los honorarios aprobados al cirujano principal por el procedimiento o procedimientos efectuados.

En caso de que un accidente ocurra fuera del territorio nacional, los gastos médicos incurridos se cubrirán de acuerdo con los Costos Razonables, Usuales y Acostumbrados, que han sido negociados con la Compañía, con los proveedores de servicios en Costa Rica.

### **3.1.2. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL**

Esta cobertura comprende:

**INDEMNIZACIÓN POR MUERTE.** El pago de un beneficio de muerte por causa accidental, siempre y cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un accidente cubierto bajo las condiciones estipuladas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

El monto que se indemnizará por muerte accidental se establece a través de sumas fijas, según la opción elegida por el Tomador del Seguro, indicada en las Condiciones Particulares, de conformidad con la propuesta de montos asegurados definidos por la Compañía.

### **3.1.3. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR SECUELAS DE LESIONES ACCIDENTALES CON PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES**

Esta póliza otorgará una indemnización por secuelas accidentales que ocasionan pérdidas totales o parciales de la capacidad general, únicamente para los siguientes conceptos, según el porcentaje que se indica en la siguiente tabla:

<b>TABLA DE INDEMNIZACIONES POR SECUELAS ACCIDENTALES QUE OCASIONAN PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Deficiencia mental irrecuperable (enajenación) que no permita al Asegurado realizar su trabajo u ocupación habitual	100%
Pérdida o parálisis de ambos brazos o ambas piernas	100%
Pérdida de la vista de ambos ojos	100%

Sordera total de los dos oídos	50%
Pérdida de ambas manos o de ambos pies	100%
Pérdida de una mano y la vista de un ojo	100%
Pérdida de ambas piernas o ambos pies	100%
Fractura de columna vertebral con lesión de médula sin recuperación	100%
Pérdida simultánea de una mano y un pie	100%
Pérdida simultánea de un brazo u una pierna	100%
Enajenación mental (locura, demencia, pérdida de razón)	100%
Pérdida irreparable del habla	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de un 50% de la visión normal de ambos ojos	50%
Pérdida total del brazo derecho o izquierdo	60%
Pérdida total de la pierna derecha o izquierda	60%
Pérdida total de la movilidad del hombro derecho o izquierdo	30%
Pérdida total de una mano	50%
Pérdida total de un pie	50%
Pérdida total de movilidad de la mano derecha o izquierda	40%
Pérdida total de movilidad del codo derecho o izquierdo	20%
Pérdida total de movilidad de la muñeca derecha o izquierda	15%
Pérdida total del dedo pulgar o índice de una mano	14%
Pérdida total del dedo medio de una mano	10%
Pérdida total del dedo anular o el meñique de una mano	7%
Pérdida total de pierna izquierda o derecha	55%
Mala consolidación de fractura de un fémur, tibia o rótula que ocasione inmovilidad	35%
Pérdida total de movilidad de un pie	20%
Rigidez total de la cadera o de una rodilla	30%
Rigidez total del tobillo	8%
Acortamiento de miembro inferior de 5 cms o más	15%
Acortamiento de miembro inferior de 3 cms o más	8%
Pérdida total de dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otros dedos del pie	4%

La pérdida parcial de los miembros u órganos antes descritos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la correspondiente capacidad funcional.

Si el Asegurado sufre varias pérdidas de las mencionadas en la **“TABLA DE INDEMNIZACIONES POR SECUELAS ACCIDENTALES QUE OCASIONAN PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES”** indicada anteriormente, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que el total a indemnizar, exceda el cien por ciento (100%) de la suma máxima contratada por muerte accidental.

#### 4. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada será el monto máximo a indemnizar, que está estipulado en la Solicitud de Seguro y en las Condiciones Particulares, según la elección del Tomador, en el momento de la emisión de esta póliza.

La sumatoria de todos los gastos cubiertos, por la cobertura de gastos médicos, **después de aplicar el deducible y coaseguro**, **NO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA por evento.**

Para las coberturas distintas a gastos médicos, la SUMA ASEGURADA, es la estipulada en las Condiciones Particulares y el Certificado del Seguro.

#### 5. EXCLUSIONES

##### 5.1. RIESGOS EXCLUIDOS

Bajo esta póliza no se cubrirán las pérdidas o gastos que se produzcan o sean agravados por:

1. Actos de guerra, invasión, guerra civil, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares o cualquier acto a nombre o en conexión con cualquier organización terrorista.
2. Suicidio, lesiones autoinfligidas, participación en delitos como autor o cómplice, huelgas, infracción grave de leyes o reglamentos, duelos, peleas o riñas, excepto en los casos en que prive la legítima defensa.
3. Lesiones accidentales que ocurran por ataques de epilepsia, síncope vasovagal y/o cardiogénico o por trastornos del sueño como narcolepsia o sonambulismo.
4. Participación del Asegurado en juegos de apnea, asfixia, estrangulamiento, consumo de sustancias químicas, medicamentos u otros actos en que voluntariamente exponga su vida o integridad física.
5. Terremotos, inundaciones, huracanes, tornados, marejadas u otros fenómenos de la naturaleza declarados de carácter catastrófico.
6. La influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
7. Viaje del Asegurado en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
8. Accidentes, que ocurran en el lugar de trabajo, durante la jornada laboral ordinaria o extraordinaria, a excepción de los accidentes que sufran los estudiantes, mientras realizan la práctica profesional, requerida por la universidad o colegio profesional.

9. **Cualquier consecuencia que suceda o sobrevenga de un arma nuclear, química o biológica de destrucción masiva, en cualquier accidente, incidente o explosión.**
10. **La participación en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, como conductor o pasajero de un vehículo, sea éste o no automotor.**
11. **La participación como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una aeronave.**
12. **Deportes practicados en forma profesional.**
13. **Las lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos o de alto riesgo entre las que se señalan de manera enunciativa más no limitativa las siguientes: Alpinismo; montañismo con o sin cuerdas guía; artes marciales; aviación; buceo; boxeo; bungee jumping; canopy; carreras de caballos; deportes de invierno de cualquier tipo; deportes marítimos o pluviales; exploración de cuevas (espeleología), cavernas y volcanes; lucha de cualquier tipo; paracaidismo; parapente o similar; rafting; rapel; rodeo; rugby o similar; sky trek; sky walk; snorkeling; sky surfing; surfing; tauromaquia y toreo; tiro al blanco o cualquier deporte con uso de armas; uso de vehículos acuáticos sin motor; vuelo delta; vuelo en planeadores; windsurfing.**
14. **Secuelas de lesiones accidentales que produzcan una pérdida total o parcial, que no está nombrada específicamente en la cobertura de “INDEMNIZACIÓN POR SECUELAS DE LESIONES ACCIDENTALES CON PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES”.**

## **5.2. GASTOS EXCLUIDOS**

**Están excluidos de la presente póliza los gastos incurridos por:**

1. **Enfermedad y/o cualquier condición preexistente del Asegurado, antes de la emisión de la póliza.**
2. **Tratamientos dentales, que no sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza. No se cubren gastos por piezas que han sido tratadas previamente, implantes dentales o la sustitución de piezas de la primera dentición, además, no se cubren tratamientos por daños en los dientes y/o muelas, que hayan sido causados al masticar alimentos o por objetos introducidos en la boca, voluntariamente.**
3. **Reposición de anteojos, lentes de contacto y prescripciones para los mismos, así como aparatos auditivos.**
4. **Lesiones por exposición al sol y/o al uso de equipos artificiales de bronceado.**
5. **Consultas, tratamientos, medicamentos, cirugías y/o terapias de lesiones que no fueron causadas por un accidente cubierto.**

6. Lesiones causadas voluntariamente al Asegurado por su representante legal o beneficiario.
7. Lesiones ocasionadas por violencia intrafamiliar, abuso sexual o violaciones.
8. Hernias inguinales.
9. Gastos que sobrepasen la suma asegurada, los costos usuales, razonables o acostumbrados o los sublímites establecidos.
10. Servicios de atención médica, brindados por la Familia Inmediata del Asegurado, según la definición contenida en las Condiciones Generales de la Póliza.

## 6. LÍMITES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS

### 6.1. EDAD DE CONTRATACIÓN

La póliza no tiene limitaciones en cuanto a la edad de contratación.

### 6.2. PERIODO MÁXIMO DE COBERTURA

La Compañía pagará los gastos derivados de un accidente cubierto por esta póliza, por un período máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días, contados a partir de la fecha del primer gasto o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero, independientemente de que el plazo de vigencia de esta póliza no hubiere terminado.

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para la “**COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL**” los beneficiarios de la misma son los que aparecen nombrados por cada Asegurado, en el listado o reporte suministrado por el Tomador del Seguro de acuerdo a la voluntad del Asegurado en su nombramiento, en las Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro.

La revocación o sustitución de la persona beneficiaria surtirá efectos a partir de que se haga de conocimiento del asegurador. El pago hecho por el asegurador a una persona beneficiaria, antes de ser informado de la sustitución o revocación, lo libera de las obligaciones correspondientes.

La designación, revocación y sustitución de la persona beneficiaria puede ser hecha solo por la persona asegurada, quien no podrá transferir ni delegar este derecho ni siquiera al Tomador del seguro.

Cuando el Asegurado es menor de edad la indemnización será pagada al padre o a la madre que hayan designado (s) como beneficiario (s).

Cuando no se designe persona beneficiaria o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiario por cualquier causa, se considerarán personas beneficiarias a los herederos legales del

asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente. En caso de que, en una póliza con varias personas beneficiarias, quede sin efecto la designación de uno o varios de ellos, se incrementará la proporción determinada a favor de las demás personas beneficiarias.

Mientras esta póliza esté en vigor el Asegurado puede, con sujeción a los términos de toda cesión existente, cambiar el Beneficiario mediante presentación de una solicitud escrita o en el formulario que la Compañía suministrará, el cual debe ir acompañado de esta póliza, en la cual quedará constancia escrita del cambio en mención.

En caso de que algún Beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro Beneficiario o Beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo contrario. Si ningún Beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado, se considerarán beneficiarias a los herederos legales de la persona asegurada establecidos judicialmente.

***“Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios 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 beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”***

## OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO O BENEFICIARIO

### 7. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Las personas que se incluyan en esta póliza como Asegurados deberán cumplir los siguientes requisitos Y obligaciones de aseguramiento:

1. Ser estudiante.
2. Estar matriculado en un Centro de Educación reconocido por el Ministerio de Educación Pública, una universidad reconocida por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) o guarderías infantiles y hogares escuelas con el permiso vigente de funcionamiento extendido por el Ministerio de Salud, al momento de suscribir el seguro.
3. Completar el formulario de autorización para la revisión de expedientes clínicos. En caso de menores, este formulario lo debe suscribir alguno de los padres o el tutor nombrado, previa presentación de los documentos que así lo acrediten.

4. Cubrir el monto correspondiente al deducible o coaseguro, según sea el caso, de acuerdo con lo indicado en la cláusula “DEDUCIBLE Y COASEGURO”.

## **8. OBLIGACIONES DEL TOMADOR**

1. El Tomador debe suministrar la información que se requiera para la emisión de la Póliza.
2. Suministrar el listado o reporte de los Asegurados que contenga los siguientes datos: Nombre, tipo de identificación, número de identificación, número de teléfono, género, fecha de nacimiento, correo electrónico (si tiene), nombre del beneficiario o beneficiarios designado(s) por los asegurados o su representante y parentesco, porcentaje de suma asegurada, nombre e identificación del representante en caso de menores de edad, y fecha de inclusión en el seguro.
3. Reporte de inclusiones y exclusiones de los Asegurados.
4. Pagar la prima correspondiente, según lo indicado en las Condiciones Particulares.
5. El Contratante se obliga a reportar por escrito los movimientos de inclusión y exclusión de miembros del Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que ocurran dichos movimientos. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante o del Intermediario de Seguros, según sea el encargado, les acarreará responsabilidades en caso de eventos que por su responsabilidad deban ser pagados por la Compañía debido, por ejemplo, personas asegurables que actuando de buena fe debieron ser incluidos en la Póliza de Seguros pero no fueron reportados oportunamente para ser Asegurados.
6. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación.
7. En el caso de que una sociedad corredora de seguros participe como Intermediario de Seguros de esta Póliza, el Contratante deberá aclarar a los Asegurados si la misma actúa como asesor con contraprestación de honorarios asumida por el Contratante, y detallará las obligaciones y responsabilidades de la misma.
8. Si la inclusión del Asegurado en la Póliza ocurre con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador procederá a informar al Asegurado de forma expresa y clara si la contratación de cualquier cobertura en esta Póliza es obligatoria u opcional para el Asegurado.

## **9. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO**

1. En caso de fallecimiento accidental del Asegurado, cumplir con los requisitos para la presentación de reclamos de acuerdo a lo indicado en la cláusula “PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS”.
2. Dar a la Compañía toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro

## **10. LEGITIMACION DE CAPITALES.**

Todas las personas aseguradas en esta póliza, así como los beneficiarios, se comprometen a proporcionar a la Compañía en cualquier tiempo del contrato, la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales. En caso de que exista negativa de las personas

obligadas a cumplir con este requisito, la Compañía procederá con la cancelación de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

## **PRIMA, ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA, FORMA, PERIODICIDAD Y LUGAR DE PAGO**

### **11. PRIMA**

La prima que se establece para esta póliza es la que se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual. La prima inicial se debe pagar dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes al momento del perfeccionamiento del contrato, salvo pacto en contrario en beneficio de la persona asegurada.

El pago puntual de las primas es responsabilidad del Tomador dentro de los plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales. Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en el domicilio de la Compañía, de sus representantes, intermediarios autorizados.

### **12. FORMA Y LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA**

La forma de pago **es anual** y puede realizarse mediante: cheque a nombre de la Compañía, tarjeta de crédito o débito, depósito bancario en la cuenta que se le suministrará, y eventualmente el método de deducción de planilla (cuando esté disponible).

Si la prima es contributiva, la Compañía podrá reconocer al Tomador del seguro, hasta un 3% (tres por ciento) por comisión de cobro.

### **13. PERIODO DE GRACIA**

En el caso de las pólizas con forma de pago anual, el periodo de gracia, para el pago de las primas siguientes a la prima inicial es de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento del plazo de la vigencia. En los casos de pago fraccionado el plazo para el pago de la prima es de diez (10) días hábiles a partir del vencimiento, excepto en las pólizas de pago mensual, que no se otorga periodo de gracia.

### **14. MORA EN EL PAGO**

Si al término del Periodo de Gracia la Compañía no ha recibido la prima correspondiente, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12.00 p.m. de la fecha de vencimiento, y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, debiendo notificar su decisión al Tomador, a los asegurados o a ambos, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

La Compañía deducirá del monto aplicable del pago de una reclamación incurrida con arreglo a esta póliza, cualquier prima vencida y no pagada durante dicho periodo de gracia.

## FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA EN LAS PRÓRROGAS

### 15. AJUSTES ANUALES DE LA PRIMA

La Compañía podrá modificar las primas de los diversos planes de Sumas Aseguradas en cualquier prórroga contractual de la Póliza; siempre que la notifique al Asegurado por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento. La proporción de la afectación al ajuste de la prima será debidamente notificada al Contratante en el plazo indicado anteriormente.

Las primas comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se ajustarán anualmente a la prórroga contractual de la póliza de acuerdo con el siguiente cálculo:

- Se calcula el Índice de Siniestralidad Real que obtuvo la póliza en el periodo comprendido desde el inicio de vigencia anual hasta el último mes completo previo al mes en que se hará el estudio de la prórroga, de la siguiente manera:

$$\text{Índice de Siniestralidad Real: } \frac{\text{Siniestros Incurridos}}{\text{Primas Devengadas Totales Netas}}$$

Donde:

- Siniestros incurridos:** Siniestros Pagados más los siniestros pendientes de liquidación incluyendo siniestros incurridos, pero no reportados, en el periodo comprendido.
- Primas Devengadas Totales Netas:** Primas Netas (restando devoluciones y/o cancelaciones) +/- variación de la Provisión de Riesgos en Curso.

Si el Índice de Siniestralidad Real es mayor al Índice de Siniestralidad Esperada se realizara el cociente entre ambos para determinar un factor de ajuste por siniestralidad.

El Índice de siniestralidad Esperada por la Compañía es del 50%.

Si el Índice de Siniestralidad Real >50%

$$\text{Factor de ajuste por siniestralidad} = \frac{\text{Siniestralidad Real}}{\text{Siniestralidad Esperada}}$$

La prima comercial deberá ajustarse de esta manera:

$$\text{prima comercial (1)}_{\text{cob};x} = \text{Prima comercial} \times \text{factor de ajuste de siniestralidad}$$

**Prima comercial** = Es la prima comercial del periodo transcurrido.

- Se cotizará nuevamente la póliza, considerando la base de asegurados, beneficios de la póliza, % de afiliación.

**prima comercial(2):** es la prima comercial que surge de recotizar la póliza

- b) Se compara los resultados obtenidos en punto a) y b), la nueva prima de riesgo será que la resulte mayor de ambos cálculos.

***prima comercial nueva:  $\max(\text{prima comercial}(1); \text{prima comercial}(2))$***

De esta manera se tomará la prima comercial que resulte de lo obtenido en el punto c) para la prórroga de la póliza.

## RECARGOS Y DESCUENTOS

### 16. DESCUENTOS

Se establecen descuentos a las primas según el número de asegurados en las siguientes tres categorías y de conformidad con el Plan elegido: Plan 1, Plan 2, Plan 3, Plan 4 y Plan 5, conforme será establecido en la Solicitud de Seguro y Condiciones Particulares.

- Para grupos menores a 500 asegurados: descuento del 5%
- Para grupos de 500 a 999 asegurados: descuento del 7.5%
- Para grupos de 1000 y más asegurados: descuento del 10%

## PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS

### 17. FIRMA DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Para dar trámite a cualquier reclamación se requiere que el Asegurado o su Representante Legal, firme el formulario de autorización para la revisión, recopilación o fotocopiado de la información de los expedientes clínicos.

Se cubrirán únicamente los reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

La persona asegurada o beneficiaria deberán aportar toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que le sean requeridas.

### 18. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

El procedimiento para la presentación de reclamos dependerá de la cobertura solicitada:

#### 18.1. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

Para obtener los beneficios de esta póliza, el Tomador, el Asegurado o Beneficiario cuenta con los siguientes plazos:

- Diez días (10) días hábiles siguientes al accidente para su respectiva atención.

- Si se presenta alguna circunstancia ajena a la voluntad del Asegurado, por la cual no fue atendido dentro de dicho plazo, tendrá derecho de presentar la reclamación hasta el límite contratado, siempre que se lo comunique a la Compañía, en los treinta (30) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente.

Los gastos incurridos cubiertos se reconocerán de acuerdo con los costos usuales, razonables y acostumbrados según se definen en esta Póliza después de rebajar el deducible y/o coaseguro, según corresponda.

La Compañía, efectuará el reembolso o reintegro de los gastos cubiertos de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el Asegurado presentar los siguientes requisitos:

- 1) El Formulario de Reclamación por Accidente, debidamente completado, tanto por el Médico tratante como por el Asegurado.
- 2) Las facturas electrónicas con el detalle correspondientes al tratamiento o servicio brindado.
- 3) Si los servicios médicos, fueron prestados en el exterior, se deben presentar facturas originales, en la moneda del país correspondiente y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza, las cuales se pagarán según definido en esta póliza como Costos usuales, Razonables y Acostumbrados.
- 4) Recetas, indicaciones y prescripciones médicas.
- 5) Resultado de los exámenes que se le prescribieron y practicaron.

La Compañía, podrá solicitar una segunda opinión médica, cuando lo considere conveniente para el análisis del reclamo, para verificar las lesiones, así como la comprobación de los procedimientos, tratamientos o cirugías efectuadas y el ajuste de los gastos.

Serán reconocidos los gastos médicos al padre, madre, tutor o encargado del menor de edad, que se indique como pagador de las facturas, en caso de los reclamos por reembolso. En caso de que se utilice la red de proveedores y se haya solicitado a la compañía la autorización respectiva, se podrá realizar el pago que corresponda, directamente al proveedor.

En caso de requerir información en relación a la red de proveedores afiliados, el Asegurado podrá llamar al número 2503-ASSA en Costa Rica o enviar un correo electrónico a la dirección [contacto@assanet.com](mailto:contacto@assanet.com).

Las facturaciones electrónicas, pueden remitirse a los siguientes correos electrónicos: [contacto@assanet.com](mailto:contacto@assanet.com) o [reclamossalud@assanet.com](mailto:reclamossalud@assanet.com).

**Si el reclamo es por tratamientos dentales por accidente, el Asegurado debe presentar a la Compañía los siguientes requisitos por parte del odontólogo tratante:**

- Detalle de las lesiones sufridas
- Detalle del tratamiento, exámenes, radiografías, fotos que corroboren el trauma y el costo.
- Las pruebas necesarias que evidencien, que el daño se debe a causas accidentales y que las piezas no fueron tratadas con anterioridad, independientemente de la causa.

El tratamiento debe comenzar dentro de los seis (6) meses siguientes a la lesión; y ser parte de un programa de tratamiento prescrito por el odontólogo y efectuado mientras la cobertura se encuentre en vigor.

Corresponde a la Compañía, la comprobación de la autenticidad de la información recibida, sin que esto necesariamente signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado. El Tomador del Seguro o sus representantes legales, en ningún momento, pueden ser prestadores, ni beneficiarios de los servicios o beneficios de esta Póliza. Tampoco, los Asegurados, padres, tutores o encargados, pueden firmar el formulario de reclamo, antes de que el médico o proveedor, indique en forma precisa los servicios suministrados y su costo, así como la demás información requerida, **NO SE HARÁ NINGÚN PAGO DIRECTO** a personas que no pertenecen a la Red de Proveedores de la Compañía, aunque alguna de las partes indicadas haya firmado alguna autorización para este efecto.

## **18.2. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL**

Si a consecuencia del accidente ocurre la muerte del Asegurado, el deceso está cubierto siempre y cuando suceda de forma inmediata o dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del accidente.

El Tomador o Beneficiario deberán presentar los siguientes requisitos para la presentación del siniestro:

- a) Formulario Reclamación por muerte.
- b) Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, que indique las causas del fallecimiento.
- c) En caso de que la Compañía lo considere necesario deberá presentar copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre.

## **18.3. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR SECUELAS DE LESIONES ACCIDENTALES CON PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES.**

- a) Carta del Asegurado solicitando la indemnización.
- b) Certificado del médico tratante con diagnóstico en el que se indique causa y lesión determinada, nombre del miembro afectado y lateralidad y porcentaje de pérdida, en apego a las estipulaciones indicadas en la Tabla de indemnizaciones por secuelas de lesiones accidentales con pérdidas totales o parciales y demás condiciones contractuales. La Compañía, designará un médico, que verificará las pérdidas y el porcentaje de incapacidad correspondiente.

La indemnización que se otorga por esta cobertura no podrá exceder el 100% de la suma asegurada, para el beneficio de muerte accidental.

Las indemnizaciones por secuelas de lesiones traumáticas previstas en esta póliza serán pagadas directamente al Asegurado si es mayor de edad, y en el caso de menores se girarán al padre o la madre

designados como beneficiario en la póliza, según los porcentajes indicados, o en partes iguales si no se indica porcentaje

## **19. PROCEDIMIENTO PARA ACCIDENTES OCURRIDOS FUERA DE COSTA RICA**

Si un Asegurado sufre algún evento accidental y recibe atención médica en otro país, si el pago resulta procedente de conformidad con las Condiciones Generales o Particulares del contrato de seguro, éste se limitará a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados de Costa Rica, siempre que los servicios hayan sido prestados por profesionales de salud y/o centros médicos, debidamente autorizados.

Para el trámite del reclamo el Asegurado deberá presentar los requisitos establecidos en el presente procedimiento para la presentación de reclamos, y se aplicarán las mismas condiciones dispuestas anteriormente.

## **20. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS**

Las reclamaciones bajo esta póliza serán resueltas y comunicadas al Tomador, Asegurado o Beneficiario en un plazo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que la Compañía reciba toda la información necesaria para determinar su responsabilidad bajo la Póliza, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales.

## **21. RECHAZO DEL RECLAMO, ACCIONES DE APELACION Y REVISION**

Cuando procediere el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado, Tomador o Beneficiario dicha resolución, indicándole con claridad los motivos del rechazo o declinatoria del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado, Tomador o Beneficiario.

El Asegurado, Tomador o Beneficiario podrá apelar dicha resolución a partir de la notificación, indicando los argumentos y elementos de prueba en que fundamenta su disconformidad.

## **22. PLAZO PARA EL PAGO DE RECLAMOS**

Una vez resuelta la reclamación y comunicada la misma al Asegurado, Tomador o Beneficiario, y en caso de que corresponda el pago o la ejecución de alguna prestación, la misma será realizada en un plazo máximo de treinta (30) días naturales al Asegurado.

# **VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES**

## **23. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA**

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro anual prorrogable de manera automática y obligatoria. El mismo entrará en vigor en la fecha y hora indicada en el Certificado de Seguro, una vez que haya sido aceptado el riesgo. La prima estipulada deberá pagarse: la prima inicial dentro de los diez (10) días

hábiles siguientes al inicio de la vigencia de la póliza y las primas futuras dentro de los plazos que se indican en las presentes Condiciones Generales.

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

#### **24. PRÓRROGA**

Esta Póliza es prorrogable en forma automática y obligatoria, si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Tomador al menos con un mes de anticipación. La prórroga será obligatoria para la Compañía en tanto se cancele la prima determinada técnicamente.

En caso de que el Tomador no efectúe el pago de la prima correspondiente a la prórroga, la Compañía tendrá la obligación de pagar los reclamos cubiertos con anterioridad a la finalización de la vigencia, quedando excluidos los siniestros ocurridos en fecha posterior a la terminación de la vigencia.

### **CONDICIONES VARIAS**

#### **25. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**

Este seguro puede contratarse bajo la modalidad contributiva o no contributiva.

#### **26. DEDUCIBLE Y COASEGURO**

- a) Se aplica un deducible del diez por ciento (10%) al total de los gastos que serían cubiertos según las condiciones del contrato.
- b) Posteriormente, se aplica un coaseguro del veinte por ciento (20%) a los gastos cubiertos según contrato, correspondiente a hospitalización y las cirugías que requieran asistente y/o anestesista. Además, se aplicará el coaseguro a las sesiones de rehabilitación física, inmovilizadores, estabilizadores, equipo médico duradero como alquiler de muletas, sillas de ruedas, andaderas u otros aparatos de apoyo.
- c) A los gastos ambulatorios que no están mencionados anteriormente, no se les aplica coaseguro.

#### **27. PRUEBA DEL SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACION**

El Asegurado debe demostrar la ocurrencia del evento que constituya el siniestro y la cuantía del reclamo, y deberá colaborar con la Compañía en todas las diligencias que requiera el procedimiento de indemnización. El incumplimiento demostrado de estas obligaciones, que afecte de forma significativa la posibilidad de la Compañía de constatar las circunstancias relacionadas con el evento y estimar el reclamo, liberará a ésta de la obligación de indemnizar. Asimismo, corresponde a la Compañía demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad o reduzcan la cuantía del reclamo alegada por el asegurado.

#### **28. ACCIONES FRAUDULENTAS**

Todo reclamo que resultare simulado, inexacto o fraudulento en que se demuestre que el asegurado declaró con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir las obligaciones de la Compañía, será motivo para rechazar todo derecho a la indemnización por esta póliza. En este caso las primas pagadas se darán por totalmente devengadas sin perjuicio de las acciones legales que pudieren corresponder. La Compañía quedará liberada de su obligación si la persona asegurada provoca el siniestro con dolo o culpa grave.

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y se procederá a la nulidad automática de la póliza, si una persona en calidad el Asegurado, Tomador, beneficiario o terceras personas que actúan por cuenta o con su conocimiento y/o consentimiento:

1. Presenta una reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada en declaraciones falsas o inexactas.
2. Usan medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar el pago de las coberturas o beneficios de esta póliza.

Si el Asegurado, el Tomador o los Beneficiarios hubiesen recibido alguna indemnización relacionada con esta póliza y posteriormente la Compañía comprueba que dicha indemnización fue producto de una reclamación fraudulenta o engañosa, quedarán obligados a devolver a la Compañía las sumas recibidas y pagar los intereses correspondientes.

## **29. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD**

La omisión y/o inexactitud en que deliberadamente incurra el Asegurado y/o Tomador o el Beneficiario, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la emisión del seguro o en la ocurrencia del siniestro.

Para los casos en que dicha omisión y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima, la Compañía devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en la cláusula Cancelación Anticipada de la Póliza.

Si la omisión o inexactitud no es intencional se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

## **30. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA**

Con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento del año-póliza, la Compañía informará al Tomador las modificaciones a las condiciones de esta póliza que se incorporarán en la siguiente fecha de aniversario de la póliza. La notificación que sobre tales cambios haya sido enviada al Asegurado a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato. En caso de no comunicarse, dentro del plazo establecido, se mantendrán las mismas condiciones.

El Tomador también podrá solicitar modificaciones en las condiciones establecidas en la póliza suscrita, mediante solicitud escrita. La Compañía analizará la solicitud y si procediere efectuará la modificación que corresponda, la cual registrá a partir de la siguiente prórroga anual de la póliza.

En caso de que este seguro se contrate bajo modalidad no contributiva donde el Tomador es acreedor del Asegurado, el Asegurado entiende que su participación en el mismo lo es en carácter de tercero relevante, por lo cual solamente el Contratante y la Compañía, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del seguro colectivo dentro del marco de ley. En ese caso, el Asegurado tendrá el derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario de seguros.

### **31. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud de seguro, prevalecerá la póliza. Sin embargo, dentro del plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza, se podrá 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 de emisión de la póliza. Transcurrido este plazo caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar rectificación de la póliza. Si el Tomador no desea continuar con el seguro y las primas hubieren sido pagadas, la Compañía las devolverá en un plazo de treinta (30) días naturales de acuerdo con la cláusula **“CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA”**.

### **32. MONEDA**

La moneda en que se comercializará el producto es en Colones de la República de Costa Rica o en Dólares de los Estados Unidos de América.

### **33. TIPO DE CAMBIO**

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue adquirida la póliza, el Tomador podrá pagar según el tipo de cambio vigente de venta del día de pago, en el Banco o institución 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 para el día de pago.

### **34. OTROS SEGUROS**

Si existen varias pólizas vigentes de este seguro, emitidas por la Compañía al mismo Asegurado, en el momento de la ocurrencia de un accidente amparado por la póliza, se suman los montos asegurados contratados para la cobertura de Gastos Médicos y se podrán otorgar los beneficios, siempre y cuando la sumatoria de los montos, no supere la opción máxima asegurada indicada en las Condiciones Particulares.

En caso de que los montos asegurados en la cobertura de Gastos Médicos superen el monto de la opción mayor indicada en la Solicitud de Seguro, la Compañía devolverá las primas pagadas que correspondan, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

Si existieran otros seguros para las personas aseguradas en esta Póliza con otras aseguradoras, que cubran los mismos riesgos, sobre un mismo interés y que coincida en un determinado periodo de tiempo, serán reembolsados al Asegurado por nuestra Compañía, los gastos proporcionales (según la suma asegurada) entre todos los seguros sin exceder el cien por ciento (100%) de la totalidad de éstos.

En este supuesto de existencia de otros seguros, no serán cubiertos por la presente póliza: a) Los coaseguros, deducibles y copagos a cargo del Asegurado en la (s) póliza (s) con otras aseguradoras, b) los gastos que se encuentran excluidos en esta póliza y c) los costos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados.

### **35. PRESCRIPCIÓN**

Los derechos derivados de este contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

### **36. LEGISLACIÓN APLICABLE**

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus Reglamentos, el Código de Comercio y el Código Civil.

### **37. LIMITACIÓN POR SANCIONES**

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

### **38. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION.**

La información que sea suministrada por las personas Aseguradas a la Compañía con ocasión de esta Póliza, estará protegida por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo autorización por escrito de cada uno de los Asegurados en contrario, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos. Quedan a

salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente. Queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

### 39. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza se terminará anticipadamente cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del Asegurado y/o Tomador.
2. La Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
3. Finalice la vigencia de la póliza y durante el periodo de gracia, la prima no haya sido pagada.
4. Fallecimiento del Asegurado.
5. Cuando se agote la suma asegurada contratada.

En caso de que este seguro se contrate bajo modalidad no contributiva donde el Tomador es acreedor del Asegurado, el Asegurado entiende que su participación en el mismo lo es en carácter de tercero relevante, por lo cual solamente el Contratante y la Compañía, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del seguro colectivo dentro del marco de ley. En ese caso, el Asegurado tendrá el derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario de seguros.

### 40. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Durante la vigencia del contrato el Tomador podrá dar por terminado en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la otra parte con al menos con treinta (30) días naturales de anticipación. La terminación anticipada del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado a indemnizaciones **por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.**

En cualquier caso, el asegurador tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al asegurado la prima no devengada. Para calcular la prima no devengada, se aplicará lo siguiente:

- Considerando los costos administrativos, costos de intermediación (adquisición y cobranza) y la utilidad esperada, se devolverá un 60% del monto resultante de la prima anual /365 x los días transcurridos entre la fecha de emisión de la póliza y la fecha de cancelación.

Si corresponde la devolución de la prima, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

## INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

#### **41. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato, pueden ser resueltas en sede administrativa según el procedimiento indicado en la cláusula **“RECHAZO DEL RECLAMO, ACCIONES DE APELACION Y REVISION”**.

Asimismo, si ambas partes así lo acuerdan podrán acudir a resolver sus controversias a los medios alternos de solución de conflictos, establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social No. 7727 de 9 de diciembre de 1997, o bien acudir a la vía judicial.

#### **42. TRIBUNAL CON JURISDICCIÓN**

Cualquier demanda respecto a disputas que conciernan a este contrato deben ser presentados ante los Tribunales de la República de Costa Rica.

### **COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES**

#### **43. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

Es la dirección anotada por el Asegurado o Tomador en la Solicitud de Seguro o en los listados y reportes suministrados por el Tomador, o en su defecto la última reportada a la Compañía.

#### **44. COMUNICACIONES**

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado y/o Tomador, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado y/o Tomador en la Solicitud de seguro o a la última recibida por la Compañía.

El Asegurado y/o Tomador deberá reportar por escrito a la Compañía o al intermediario de seguros autorizado cualquier cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado y/o Tomador.

El Asegurado puede dirigir sus comunicaciones a la Compañía a: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica. Número de Fax: 2503-2797 o al correo electrónico: [contacto@assanet.com](mailto:contacto@assanet.com).

En caso de que alguno no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, Notificaciones Judiciales, de 4 de diciembre de 2008, y demás legislación aplicable.

#### **45. MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA**

El Contratante y los miembros del Grupo Asegurado podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza mediante los siguientes medios:

- Número de teléfono: 2503 2700, opción 1.
- Correo electrónico: [servicio@assanet.com](mailto:servicio@assanet.com).
- Sitio web en el que se pueda revisar toda la documentación contractual y plantear consultas: <https://www.assanet.cr/>.

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P19-57-A05-1088 de fecha 25 de julio del 2024.**