

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO COLECTIVO ONCOLÓGICO

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	10
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	10
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	10
AMBITO DE COBERTURA	10
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS	10
3. COBERTURAS BÁSICAS	10
4. COBERTURAS DE SERVICIOS	11
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	15
5. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO).....	15
SECCIÓN III: EXCLUSIONES	15
6. EXCLUSIONES GENERALES	15
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA	17
7. LIMITACIÓN TERRITORIAL	17
8. PERIODO DE CARENCIA	18
9. PERIODO DE COBERTURA	18
SECCIÓN V: DEDUCIBLES	18
10. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES.....	18
BENEFICIARIOS	18
11. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	18
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	19
12. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.....	19
13. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO	20
14. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE).....	20
15. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO).....	21
16. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO).....	22
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	22
17. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS	22
18. FORMA DE PAGO	22
19. PERIODO DE GRACIA	23
FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA	23
20. TARIFAS	23
RECARGOS Y DESCUENTOS	24

21. RECARGOS Y DESCUENTOS.....	24
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	24
22. RECLAMACIONES	24
PROCESO DE RECLAMACIÓN	25
23. PAGO DE RECLAMACIONES	26
24. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS	26
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	27
25. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO.....	27
26. VIGENCIA DEL SEGURO.....	27
27. DERECHO DE PRÓRROGA.....	27
CONDICIONES VARIAS	27
28. SEGURO COLECTIVO	27
29. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	28
30. NULIDAD DEL CONTRATO.....	28
31. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	28
32. SUICIDIO	28
33. ELEGIBILIDAD	28
34. EDAD	29
35. MODIFICACIONES	29
36. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD	30
37. REHABILITACIÓN.....	30
38. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO	30
39. MONEDA.....	30
40. LEGISLACIÓN APLICABLE	31
41. LIMITACIÓN POR SANCIONES	31
42. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO.....	31
43. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	32
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	32
44. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS.....	32
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	32
45. NOTIFICACIONES	32
46. MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA.....	33

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA 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 Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante el “Contratante” o el “Tomador” y/o 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, Coaseguro, Copagos 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.



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

DEFINICIONES

Para todos los efectos de esta póliza, las expresiones siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna:

1. **ACCIDENTE:** Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.
2. **ADDENDUM:** Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, o Addendum previo de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como condición especial de la Compañía para la aceptación del contrato. En plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.
3. **ASEGURADO:** Es la persona física que se adhiere al Seguro Colectivo y que cumple con las condiciones de asegurabilidad establecidas en este Seguro y que en sí misma está expuesta al riesgo y se encuentra registrada en la Solicitud/Certificado. Reside en el territorio nacional y es toda persona física Tarjetahabiente del Tomador del Seguro.
4. **ÁREA RURAL:** El área rural en cobertura, incluye las grandes áreas urbanas de las siguientes provincias: (i) la provincia de Guanacaste, las ciudades centrales de Liberia, Nicoya, Cañas, Santa Cruz, Bagaces, Tilarán, y Abangares, (ii) de la provincia de Limón, las ciudades centrales de Limón, Pococi, Siquirres, y (iii) de la provincia de Puntarenas, las ciudades centrales de Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Aguirre, y Garabito.
5. **BENEFICIARIO:** Es la persona física o jurídica que tiene un interés lícito de carácter económico o afectivo en la cosa o personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
6. **CANCELACIÓN:** Es la terminación de los efectos de una cobertura prevista en el contrato de seguros ya sea por decisión unilateral o por acuerdo mutuo.
7. **CÁNCER: CÁNCER:** Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de uno o más tumores malignos caracterizados por el crecimiento y la expansión incontrolable de células malignas. Bajo este seguro, dentro de la definición de Cáncer se incluye leucemia, la enfermedad de Hodgkin y la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, destruyendo los tejidos normales, los linfomas, el melanoma agresivo que excede una profundidad de 0.75 milímetros. **La definición de "Cáncer" no incluye el carcinoma in situ no-agresivo; los tumores no-agresivos localizados que se encuentren en etapas iniciales de malignidad; tumores asociados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); Sarcoma Kaposi y otros tipos de cáncer relacionados con el SIDA; o cualquier Cáncer de la piel que no sea melanoma maligno.**
8. **CERTIFICADO DE SEGURO:** 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 adhiere a él.
9. **CLÁUSULAS:** Son las disposiciones establecidas en el contrato de seguros a través de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares.
10. **COBERTURAS:** Son aquellas protecciones que otorga la Compañía en el contrato de seguro.
11. **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante 11la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes Contratantes.
12. **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario, Vencimiento del Contrato, Periodicidad del Pago de Primas e importe de las mismas, Riesgos Cubiertos y Deducibles.
13. **CONDUCTO DE PAGO:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Contratante por su cuenta y riesgo podrá(n) optar, para su facilidad, a realizar el

(los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Contratante no le exime(n) de su responsabilidad de que el (los) pago(s) lleguen al domicilio de la Compañía.

- 14. CONSENTIMIENTO:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Contratante y la Compañía determinado en el contrato de seguro.
- 15. CONTRATANTE / TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el Tomador la figura de Asegurado y Beneficiario del seguro. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Contratante del seguro colectivo; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.
- 16. CONTRATO DE SEGURO:** Es el contrato mediante el cual la Compañía se obliga a aceptar a cambio de una prima, la transferencia de riesgos asegurables y se obliga contractualmente, ante el acaecimiento de un riesgo, a indemnizar al beneficiario de la cobertura por las pérdidas económicas sufridas o a compensar un capital, una renta y otras prestaciones convenidas. El Contrato de Seguros se constituye en la póliza.
- 17. DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que afecten el siniestro; y tiene como finalidad que el Asegurado haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca un siniestro. El Deducible que se haya establecido en las Condiciones Particulares se rebajará de la pérdida indemnizable que corresponda al Asegurado, una vez que se haya aplicado el porcentaje de infraseguro, el salvamento y la participación contractual a cargo suyo, si existiese.
- 18. DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación del Asegurado, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la Compañía. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Asegurado o al Tomador, la Compañía estará obligada a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible al Asegurado respectivamente. La Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.
- 19. DÍA COMPLETO:** Periodo de tiempo mayor a veinticuatro (24) horas y que incluye al menos una noche de Hospitalización.
- 20. DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 21. DIAGNÓSTICO:** Es el diagnóstico inequívoco de un Médico o Médico Especialista, confirmado por otro Médico o Médico Especialista, de la existencia de un Cáncer. Con respecto a Cáncer, la palabra "Diagnóstico" significa un diagnóstico positivo basado en los resultados de un examen microscópico de tejidos finos vivos o post-mortem. El patólogo autorizado que determina el Diagnóstico hará la determinación con base única y exclusiva a la definición de Cáncer provista en esta Póliza, luego de haber estudiado el examen histológico del sospechado tumor, los tejidos o el espécimen. Un "Diagnóstico Clínico", según se define este seguro, no es un "Diagnóstico"
- 22. DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** Significa un diagnóstico basado en el historial del paciente,

- examen físico, radiografías y/o laboratorios, sin incluir una confirmación histológica ni microscópica.
23. **DISPUTABILIDAD:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios dentro de un plazo determinado.
 24. **DOMICILIO:** Es el lugar de uso habitacional y habitual del Asegurado dentro del territorio de la República de Costa Rica.
 25. **ELEGIBLE:** Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula “**ELEGIBILIDAD**”.
 26. **ENFERMEDAD:** Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.
 27. **ENFERMEDADES CONGÉNITAS:** Se entiende como enfermedad congénita la enfermedad, malformación, o padecimiento que genera una alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, o bien posteriormente a varios años.
 28. **ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES O ANTERIORES:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la adquisición del Seguro; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.
 29. **ENTIDAD ASEGURADORA:** Denominado también Asegurador o Compañía Aseguradora es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora. Para efectos de este contrato denominada la Compañía. **GRAN ÁREA METROPOLITANA:** El gran área metropolitana, abreviado como GAM, incluye las grandes áreas urbanas adyacentes de las provincias de San José, Alajuela, Heredia y Cartago, específicamente los siguientes cantones: De la provincia de San José, los cantones de San José, Escazú, Desamparados, Aserri, Mora, Goicoechea, Santa Ana, Alajuelita, Vázquez de Coronado, Tibás, Moravia, Montes de Oca, Curridabat, de la provincia de Alajuela, los cantones de Alajuela, Grecia, Atenas, Palmares, Poás, San Ramón, de la provincia de Cartago, los cantones de Cartago, Paraíso, La Unión, Oreamuno, El Guarco, de la provincia de Heredia, los cantones de Heredia, Barva, Santo Domingo, Santa Bárbara, San Rafael, Belén, Flores, San Pablo.
 30. **GRUPO ASEGURABLE:** Es el grupo natural de Asegurados sobre el que se hace la emisión de un seguro colectivo, quienes tienen una vinculación jurídica con el Tomador a través de una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.
 31. **GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
 32. **HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
 33. **HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MEDICO:** Es un lugar que: a) Cuenta con habilitación o permiso vigente, si así fuese requerido por la ley; b) Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas; c) Cuenta con un cuerpo de uno o más médicos disponibles en forma permanente; d) Presta servicios de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente; e) Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del Hospital, previamente acordados. No son considerados Hospitales los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.
 34. **HOSPITALIZACIÓN:** Utilización durante al menos un (1) Día Completo de los servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en un Hospital, Clínica o Centro Médico por un Asegurado que se registre como paciente por prescripción de un médico.
 35. **INTERÉS ASEGURABLE:** Por Interés Asegurable se entiende la relación lícita de valor económico o afectivo sobre una persona. Cuando esta relación se halla amenazada por un

riesgo, es un interés asegurable.

- 36. INTERMEDIARIO DE SEGUROS:** Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas. La contratación colectiva de una póliza no exime a los agentes y corredores de seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza.
- 37. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en concepto de una cobertura particular según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 38. MÉDICO:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina, que ha obtenido su título en una universidad debidamente constituida y que legalmente puede otorgar este título y el cual se encuentra autorizado y habilitado en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No será considerado como Médico pertinente o habilitado para los efectos de este seguro: i) el Asegurado; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.
- 39. MÉDICO ESPECIALISTA:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina que ha obtenido su título de especialista en una universidad debidamente constituida y que legalmente puede otorgar este título dentro del ámbito de su especialidad el cual ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para diagnosticar o prescribir tratamientos para las enfermedades que se especifican dentro de este seguro y el cual se encuentra inscrito en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica en su especialidad. No será considerado como Médico Especialista, para los efectos de este seguro: i) el Asegurado; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.
- 40. METÁSTASIS:** Presencia de tejido neoplásico maligno en ubicación diferente de la lesión primaria inicial, del mismo tipo histológico que surge en consecuencia de la diseminación del tumor primario por medio del torrente sanguíneo o linfático.
- 41. MIEMBRO DE LA FAMILIA:** Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes, sus hijos, hijastros, sus padres, padrastrós, suegros, hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos, nietos, nueras, menores bajo su tutela, tíos (entendiéndose por tales, los hermanos de su padre o madre) y sobrinos (comprendiendo únicamente, los hijos de un hermano), siempre y cuando residan en el mismo país del Asegurado.
- 42. MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el Colectivo donde el Asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.
- 43. MODALIDAD NO-CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el Colectivo donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
- 44. PERIODICIDAD DE PAGO:** Frecuencia en la que el Contratante se compromete a realizar los pagos de la prima (anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual) en el domicilio de la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 45. PERIODO DE CARENCIA:** Es el plazo de tiempo dentro de la Vigencia de la Póliza, comprendido entre el momento inicial en el cual se formaliza la póliza y una fecha posterior predeterminada, durante el cual la Compañía no cubre determinados riesgos establecidos en la póliza, de acuerdo a lo que se indica en la cláusula de "**PERIODO DE CARENCIA**".
- 46. PERIODO DE COBERTURA:** Se entiende que la cobertura puede ser sobre la "base de ocurrencia" o sobre la "base de reclamación". Sobre la "base de ocurrencia", el seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes. Sobre la "base de reclamación", sólo cubrirá los reclamos que presente el Asegurado a la Compañía dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la Vigencia de la Póliza o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes.

- 47. PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo diez (10) días hábiles para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las Condiciones Particulares.
- 48. PLAN:** Alternativa elegida por el Asegurado en la Solicitud/Certificado donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por este seguro.
- 49. PÓLIZA:** Es el contrato de seguro, que incluye, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y las Condiciones Particulares, así como todos los Addenda de coberturas complementarias y suplementarias y otros Addenda que se adhieran al mismo. También forma parte de la póliza toda la información recabada por la Compañía con el propósito de que ésta haga una suscripción correcta del riesgo, tales como: la solicitud y las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro hecha por el Contratante; todas las declaraciones del Contratante y de los Asegurados, contenidas en formularios entregados por la Compañía o en documentos suministrados a la Compañía por el Contratante o el Asegurado, incluyendo las declaraciones hechas por los Asegurados a los médicos examinadores de la Compañía y cualquier otra información relevante para la suscripción y selección del riesgo.
- 50. PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante a la Entidad Aseguradora por la protección solicitada.
- 51. PRIMA NO DEVENGADA:** Corresponde a la porción de la Prima aplicable al período no transcurrido de la Vigencia de la Póliza. Por ejemplo, en el caso de una prima para doce (12) meses de vigencia la Prima No Devengada al final del primer mes de vigencia correspondería a 11/12 de la prima. En toda situación en que corresponda reintegrar al Tomador la no devengada, ésta se pondrá a disposición del mismo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la terminación anticipada del seguro en las oficinas de la Compañía, salvo que en el momento las partes acuerden otra cosa. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- 52. 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.
- 53. 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 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.
- 54. REHABILITACIÓN:** Proceso de selección de la Compañía para volver a asegurar a uno o varios Asegurado(s) que hayan perdido derecho a los beneficios de la póliza con motivo de cancelación de cobertura por incumplimiento en el pago de la prima.
- 55. RIESGO(S):** Vulnerabilidad de la persona objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño en su integridad física o la muerte. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.
- 56. SINIESTRO:** Constituye la acción o aparición del riesgo que hace exigible la obligación de

la Compañía. Es el acontecimiento inesperado, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del Asegurado. Para efectos de este contrato el despido involuntario de la relación laboral del Asegurado, susceptible de ser indemnizada conforme a los términos de este contrato.

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

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

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

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

Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.

- 58. SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
- 59. SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico que se define por el Contratante en la Solicitud de Seguro para cada persona asegurada que se adhiere al contrato, y que es determinante para que la Compañía establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la Compañía en concepto de siniestro(s) durante la Vigencia de la Póliza para una o varias coberturas. Para este Seguro, la Suma Asegurada se mantendrá invariable.
- 60. TARIFA:** Factor, generalmente dado en porcentaje, que determinará la prima de la póliza.
- 61. VENCIMIENTO:** Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.
- 62. VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual la Compañía se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.
- 63. VIGENCIA DEL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL:** Es el período durante el cual la Compañía se compromete, a brindar la cobertura al individuo incluido en el esquema de aseguramiento colectivo pactado. Se especifica en la Solicitud/Certificado.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro será un contrato de adhesión el cual se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Solicitud/Certificado, Solicitud de Seguro del Tomador y Addendum.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. En los casos en que se adhieran nuevas Condiciones Particulares o Addenda a esta póliza, prevalecerán las estipulaciones de las nuevas Condiciones Particulares o Addenda sobre lo demás.

AMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS

3. COBERTURAS BÁSICAS

A. CÁNCER – DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ

Por medio de esta Cobertura, la Compañía indemnizará al Asegurado hasta la Suma Asegurada elegida en la Solicitud/Certificado de acuerdo al Límite de Responsabilidad indicado, en el caso de Diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia del seguro de un Cáncer cubierto según se define en la cláusula “DEFINICIONES”, de este Seguro.

La Compañía pagará el cien por ciento (100%) de la suma establecida en la Solicitud/Certificado al momento de ser diagnosticada únicamente por primera vez el Cáncer, conforme al PLAN elegido. **No será cubierto el diagnóstico de cáncer en ocasiones ulteriores, diferentes a la primera vez.**

B. CÁNCER DE GÉNERO

Adicional al pago de la Suma Asegurada para la cobertura “CANCER - DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ”, establecida en la Solicitud/Certificado en el caso de Diagnóstico u ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia del seguro, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada indicada en la Solicitud/Certificado de acuerdo al Límite de Responsabilidad indicado en caso de Diagnóstico por primera vez de cualquiera de los siguientes tipos de Cáncer:

- i. En el caso de Mujeres:
 - a. Cáncer Vaginal.
 - b. Cáncer de Útero (incluye cáncer de cérvix).
 - c. Cáncer de Mama.
 - d. Cáncer de Vulva.
 - e. Cáncer de Ovario.

- ii. En el caso de Hombres:
 - a. Cáncer de Próstata
 - b. Cáncer de testículos

C. MUERTE A CAUSA DE CÁNCER

Por medio de esta Cobertura, la Compañía indemnizará a los Beneficiarios del Asegurado hasta la Suma Asegurada en la Solicitud/Certificado de acuerdo al Límite de Responsabilidad indicado, en el caso de muerte del Asegurado en el periodo de un (1) año a partir de su primer Diagnóstico, y dentro de la vigencia del seguro, a causa de un Cáncer cubierto según se define en la cláusula “DEFINICIONES”.

D. HOSPITALIZACIÓN POR CÁNCER

Por medio de esta Cobertura, en caso que el Asegurado diagnosticado de padecer por primera vez un cáncer cubierto por esta póliza requiera hospitalización a causa del mismo, la Compañía indemnizará al Asegurado con la Suma Asegurada elegida en la Solicitud/Certificado conforme a los días de hospitalización y hasta un máximo de 30 días calendario por año póliza.

Deducible: El Asegurado deberá sufragar los costos de los primeros 24 horas de hospitalización, por lo que la cobertura iniciará una vez transcurrido dicho período.

Límite: Una vez transcurrido el plazo de 24 horas indicado, la cobertura operará de forma diaria, según se mantenga hospitalizado el Asegurado y hasta un máximo de 30 días calendario por año póliza.

4. COBERTURAS DE SERVICIOS

Adicional a las coberturas básicas de este seguro, se incluyen las siguientes Coberturas de Asistencia que operan en el territorio costarricense, específicamente en el Gran Área Metropolitana y en Área Rural conforme definidas en esta póliza, y podrán ser solicitadas y coordinadas a través del número telefónico de servicio establecido en la Solicitud/Certificado.

Los servicios de asistencia podrán brindarse en forma directa, con recursos técnicos y humanos propios de la Compañía, o en forma indirecta, por intermedio de contratistas, subcontratistas o proveedores, siempre que en el lugar en donde ha de prestarse el servicio de asistencia existan vías y calles que permitan el acceso al domicilio y que las condiciones de seguridad y vigilancia pública o privada sean las necesarias y suficientes que garanticen la integridad personal del funcionario, colaborador, técnico o proveedor que vaya a prestar el servicio de asistencia.

Las Coberturas de Asistencia indicadas en esta sección no tendrán costo alguno para el Asegurado. **Sin embargo, todo excedente por evento que no esté cubierto en las Coberturas de Asistencia, será pagado por el Asegurado con sus propios recursos, los cuales deben ser previamente acordados.**

Las coberturas que a continuación se mencionan se establecen siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. Los servicios incluidos en esta cobertura son:

ASISTENCIAS LEGALES:

1. ORIENTACIÓN LEGAL TELEFÓNICA EN MATERIA CIVIL, PENAL O FAMILIAR: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado y siempre que requiera alguna orientación legal telefónica, para resolver inquietudes en materia Civil, Penal o

Familiar, la Compañía lo pondrá en contacto con un profesional de su red de abogados especializados, con el fin de darle una asesoría telefónica al Asegurado para indicarle las diferentes alternativas por las que puede optar respecto a su consulta jurídica, quedando excluida de responsabilidad de cualquier determinación que adopte el Asegurado por la consulta jurídica.

Limitaciones: Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

ASISTENCIAS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN:

2. ENVÍO DE ARTÍCULOS DE ASEO PERSONAL AL LUGAR DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado y a consecuencia hospitalización del Asegurado, la Compañía podrá colocar una persona que desplace los artículos de aseo del afiliado hasta el hospital o centro médico correspondiente. No incluye la compra de los artículos.

Limitaciones: El servicio será brindado una (1) vez al año y su cobertura será de hasta US\$ 50.00 y únicamente en las principales ciudades o capitales de provincia.

3. TRANSPORTE DE UN FAMILIAR PARA INGRESO INICIAL, HASTA EL LUGAR DE LA INTERNACIÓN HOSPITALARIA, Y REGRESO A SU HOGAR EL DÍA DE LA INTERNACIÓN: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado y a consecuencia hospitalización del Asegurado, la Compañía podrá trasladar un familiar al hospital y luego de retorno a su hogar.

Limitaciones: El servicio será brindado hasta dos (2) veces al año y su cobertura será sujeta a un desplazamiento máximo de 40 km en cada dirección y únicamente en las principales ciudades o capitales de provincia.

4. TRANSPORTE DEL AFILIADO PARA REGRESO AL HOGAR (TAXI O AMBULANCIA, SEGÚN LA NECESIDAD, BASADO EN CRITERIO MÉDICO): Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado y a consecuencia hospitalización del Asegurado, la Compañía podrá brindar el traslado a su lugar de residencia o destino luego del alta en el centro médico.

Limitaciones: El servicio será brindado hasta dos (2) veces al año y su cobertura será sujeta a un desplazamiento máximo de 40 km en cada dirección y únicamente en las principales ciudades o capitales de provincia.

5. LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía buscará en las zonas cercanas al Asegurado los precios de medicamentos más bajos.

La compra de los mismos será por cuenta del Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

6. CONTROL DE AGENDA Y AVISOS, PARA LA INGESTA PUNTUAL DE MEDICAMENTOS: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía podrá realizar recordatorios cotidianos para la ingesta puntual de los medicamentos derivados de una hospitalización o enfermedad repentina.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

ASISTENCIA NUTRICIONAL Y CULINARIA.

7. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía le colocará con un profesional de la

Salud que le orientará telefónicamente en el campo de nutrición para adultos y niños, con el objetivo de tener una alimentación saludable.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

8. REFERENCIA CON ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía dará una referencia con un Profesional que pueda ayudar en las necesidades presentes nutricionales, ya sean estas para adultos o niños. La Compañía quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el Asegurado pueda llegar a realizar. El costo de la consulta es responsabilidad del Asegurado.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

9. GUÍA PARA LA PREPARACIÓN DE DIETAS SALUDABLES Y BIEN BALANCEADAS: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía podrá colocar un especialista en temas de Salud para ayudar en la creación de dietas a base de alimentos balanceados y saludables, enfocadas en las necesidades del usuario y sus rutinas diarias.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

10. INFORMACIÓN SOBRE CONTENIDO CALÓRICO DE LOS ALIMENTOS: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía podrá colocar un especialista en temas de Salud para enseñar a manejar las calorías de los alimentos, esto con el fin de proporcionar cantidades adecuadas y que sean saludables para el usuario.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

11. RECETAS ESPECIALES PARA PERSONAS CON DIABETES, SOBREPESO O INTOLERANTES A LA LACTOSA: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía podrá colocar un especialista en temas de Salud que ayude al usuario en la creación de dietas adecuadas para aportar las cantidades correctas a personas con enfermedades pre-existentes.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

12. RECETAS SALUDABLES, INNOVADORAS, RÁPIDAS, RECOMENDACIONES PARA PREPARAR PLATILLOS COMUNES: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía podrá colocar un especialista en temas de Salud y alimentación para ayudar al usuario en la creación de recetas adecuadas que aporten cantidades correctas de calorías, proteínas y que sean innovadoras para adultos y niños.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

ASISTENCIA MÉDICA Y A LA SALUD.

13. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía pondrá en contacto al Asegurado con un profesional de la salud para que le brinde una orientación médica telefónica, ante cualquier emergencia o para orientarlo en la utilización de medicamentos y en la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén aquejando al paciente, recomendaciones médicas en general, vacunación, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

14. INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL VÍA TELEFÓNICA: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía podrá colocarlo en comunicación con un Profesional de la Salud para ayudarlo a dar respuesta a todas las inquietudes que tenga en relación a sus problemas de salud.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

15. VISITA DE MÉDICO GENERAL A DOMICILIO (UN SERVICIO CADA 72 HORAS): Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía podrá dirigir un Profesional de la Salud a su domicilio para realizar chequeos básicos, esta asistencia está sujeta a la autorización del Profesional médico con el cual se realiza previamente una orientación médica telefónica. La asistencia de visita médica al domicilio se brinda por enfermedades no pre-existentes.

Limitaciones: el servicio será brindado hasta dos (2) veces al año y su cobertura será sujeta a ser brindada únicamente en las principales ciudades o capitales de provincia.

16. CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía buscará en las zonas cercanas al Asegurado los precios de medicamentos más bajos.

La compra de los mismos será por cuenta del Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

17. CONEXIÓN CON MÉDICOS, LABORATORIOS, HOSPITALES Y CLÍNICAS DENTALES: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía buscará información de interés del Asegurado para que el Asegurado puede solicitar servicios de manera particular, el costo de los servicios es responsabilidad del Asegurado.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

18. GUÍA FARMACÉUTICA: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía buscará información de interés del Asegurado para que el Asegurado puede solicitar servicios de manera particular, el costo de los medicamentos es responsabilidad del Asegurado.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

19. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA CON MOTIVO DE ACCIDENTE: En caso que el Asegurado sufra una lesión súbita e imprevista a consecuencia de un accidente que requiera manejo en un centro hospitalario, por solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, previa evaluación del operador médico telefónico, La Compañía adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del Asegurado hasta la clínica o el centro médico más cercano, para que continúe la atención médica a cargo de su empresa prestadora de salud, medicina pre-pagada, seguro de salud o el servicio de salud que el Asegurado tenga contratado. En todo caso el Asegurado asumirá los costos y gastos derivados de la atención médica.

El operador médico de La Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Limitaciones: Este servicio tendrá una cobertura por dos (2) eventos al año, sin límite en los costos y se prestará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada, en caso de no tenerla se coordinará con el servicio público.

Una vez avalado por parte del operador médico de La Compañía al enviar la ambulancia, el Asegurado debe confirmar con el centro asistencial al que el paciente va a ser trasladado. Quedan excluidas de la presente cobertura, las solicitudes derivadas de algún tipo de enfermedad, ya sea preexistente o imprevista.

ASISTENCIA PSICOLÓGICA.

20. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía pondrá en contacto al Asegurado con un profesional que brinde orientaciones telefónicas con base en las necesidades del cliente. Quedando la Compañía excluida de responsabilidad de cualquier determinación que adopte el Asegurado por la consulta telefónica.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

21. REFERENCIA Y CONEXIÓN CON PSICÓLOGOS: Previa solicitud del Asegurado al número telefónico indicado en la Solicitud-Certificado, la Compañía podrá brindar al Asegurado números de teléfonos de Profesionales en el campo de la psicología para que sean contactados bajo la responsabilidad del Asegurado.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

5. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)

El objeto del presente Seguro consiste en indemnizar al ASEGURADO de acuerdo al Plan seleccionado, una vez concluido el Periodo de Carencia, en el caso de Diagnóstico por primera vez en la vida del ASEGURADO de un Cáncer o de la muerte del ASEGURADO a causa de Cáncer la cual ocurra en un periodo máximo de un (1) año a partir de su primer Diagnóstico. Asimismo, el ASEGURADO tendrá derecho a servicios de asistencia, de acuerdo a lo que se indica en el presente Seguro.

Los Límites de Responsabilidad o Suma Asegurada para las Coberturas indicadas anteriormente serán detallados en la Solicitud/Certificado, según el PLAN elegido por el ASEGURADO.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

6. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso cubrirá lo siguiente:

COBERTURAS BÁSICAS: Esta Póliza no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando el Cáncer sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Enfermedades Preexistentes diagnosticadas y/o Enfermedades Congénitas.
- b) Si el Cáncer es diagnosticado durante el Período de Carencia
- c) Sometimiento del Asegurado a radiación permanente, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- d) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

- e) **Cáncer de la piel, específicamente del tipo basocelular y espinocelular.**
- f) **Cáncer preexistente diagnosticado a la contratación de este seguro.**
- g) **Cáncer “in situ”, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el Cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.**
- h) **Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico facultado para ejercer la medicina.**
- i) **Infección oportunista que sea consecuencia directa o indirecta del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o variantes que incluyan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Complejo Relacionado con SIDA (CRS). Las infecciones oportunistas incluyen, pero no se limitan a: neumosistosis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica y/o infecciones diseminadas por hongos.**
 - **Para propósitos de esta exclusión, el término Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe contener los significados asignados por la Organización Mundial de la Salud, a la fecha de la Hospitalización.**
- j) **Diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en hospital o clínicas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de Diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los Médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.**
- k) **La expansión Metastásica o recurrencia.**
- l) **Se excluyen los siguientes tumores:**
 - **Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.**
 - **Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.**
 - **Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de Metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.**
 - **Micro-carcinoma papilar de la tiroides.**
 - **Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.**

ADICIONALMENTE PARA LA COBERTURA – CÁNCER DE GÉNERO: La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá sí:

- a) **Un Diagnóstico que no corresponda a Cáncer, según se define en este seguro.**
- b) **El Cáncer diagnosticado es diferente a los detallados en esta cobertura.**

ADICIONALMENTE PARA LA COBERTURA – HOSPITALIZACIÓN POR CÁNCER:

- a. **Aplican las mismas exclusiones antes indicadas en caso que la hospitalización sea por cáncer o por cáncer de género.**
- b. **Cualquier hospitalización, medicamento, servicio, o gasto por causa distinta a un cáncer cubierto.**

COBERTURAS DE ASISTENCIA: Quedan excluidas de las coberturas establecidas, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- a) Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos.
- b) Los servicios de asistencia que sean requeridos en áreas distintas al Gran Área Metropolitana o Área Rural, según definidos en esta póliza.
- c) Los servicios que el Asegurado haya contratado sin previo consentimiento de La Compañía; salvo en caso de comprobada fuerza mayor que le impida comunicarse con la misma o con terceros encargados de prestar dichos servicios.
- d) Los traslados médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
- e) Los servicios y traslados médicos para enfermedades o lesiones derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes.
- f) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales, ni los causados por ingestión de bebidas alcohólicas.
- g) Los gastos derivados de lesiones ocasionadas por prácticas deportivas.
- h) Cuando el Asegurado se niegue a colaborar con el personal designado por La Compañía para la prestación de los servicios de asistencia.
- i) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, otros, etc.
- j) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular. Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- k) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- l) Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- m) Cuando el Asegurado no se identifique como Asegurado de los servicios de asistencia.
- n) Cuando el Asegurado incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- o) En todo caso La Compañía no prestará los servicios de asistencia cuando el lugar donde de solicitud NO cuente con la infraestructura pública, privada, de seguridad e impida la realización de dicho servicio. Será una obligación para La Compañía poner en conocimiento al Asegurado de tales circunstancias.

SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA

7. LIMITACIÓN TERRITORIAL

Las Coberturas que se establecen en esta póliza no tendrán ningún tipo de limitación territorial, a excepción de las Coberturas de Asistencia que solo aplicarán en la República de Costa Rica en las áreas indicadas como Gran Área Metropolitana y Área Rural según aquí definidas.

8. PERIODO DE CARENIA

Para obtener los beneficios que otorgan las COBERTURAS BÁSICAS, el ASEGURADO deberá completar un Período de Carencia de sesenta (60) días calendario.

9. PERIODO DE COBERTURA

El periodo de cobertura de esta póliza es sobre la base de la ocurrencia del siniestro.

SECCIÓN V: DEDUCIBLES

10. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

Para este seguro no aplicará ningún tipo de deducible, salvo en el caso de la Cobertura HOSPITALIZACIÓN POR CÁNCER, cuyo deducible el importe de un día de hospitalización.

BENEFICIARIOS

11. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado, el monto de la indemnización que se otorga en la cobertura **"MUERTE A CAUSA DE CÁNCER"** se le dará a el (los) BENEFICIARIO(S) de esta póliza, quien(es) será(n) designado(s) libremente por el Asegurado, al momento de suscribir la Póliza. Si el Asegurado, no especifica BENEFICIARIO(S) al momento de suscribir la póliza podrá designarlos posteriormente por escrito, mediante una carta dirigida a la Compañía debidamente firmada por el Asegurado, o mediante una llamada al teléfono descrito en la Solicitud/Certificado y una posterior ratificación por escrito a la Compañía.

Si se designa más de un BENEFICIARIO y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), el (los) BENEFICIARIO(S) tendrán una participación igual. Si cualquier BENEFICIARIO designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado BENEFICIARIO terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos BENEFICIARIOS que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en la designación de BENEFICIARIO(S).

En caso que el Asegurado fallezca antes del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza, y no haya designado BENEFICIARIO(S) la indemnización será pagada a favor de las siguientes personas, de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- a) A los hijos, los padres y el consorte o el conviviente en unión de hecho del Asegurado. En caso que el conviviente esté separado legalmente o de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización. La indemnización se pagará de forma alícuota a todos los BENEFICIARIOS del Asegurado;
- b) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos del Asegurado;
- c) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos por parte de madre del Asegurado;
- d) A falta de los BENEFICIARIOS establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos por parte de madre del Asegurado y los hijos de la hermana por parte de madre del Asegurado, los hermanos de los padres del Asegurado y los hermanos de la madre o del padre del Asegurado.

- e) En caso de no existir ninguno de los BENEFICIARIOS anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá modificar los BENEFICIARIOS de esta Póliza, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el Asegurado dirigido a la Compañía. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega de la anterior notificación en las oficinas de la Compañía. En caso que ocurra la muerte del Asegurado y la Compañía pague la indemnización a los BENEFICIARIOS antes indicados o bien que se encuentren registrados en esta Póliza, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de BENEFICIARIO realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a la Compañía con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

La designación, revocación o sustitución de BENEFICIARIOS será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho. En caso que los BENEFICIARIOS deban determinarse mediante un proceso sucesorio en sede Judicial o Notarial, el reclamo se podrá presentar por medio de cualquier interesado debidamente demostrado, sin embargo, según los términos anteriores, el pago respectivo quedará en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar BENEFICIARIO(S) a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores BENEFICIARIO(S), durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra BENEFICIARIO(S) al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de BENEFICIARIO(s) en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

12. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo y la presentación de la documentación necesaria para el análisis 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.

13. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO

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

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

El Tomador y/o Asegurado deberá cancelar la prima en las fechas establecidas para tales efectos. En caso de que el Tomador 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 "**RECLAMACIONES**". 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 Aseguradora pueda darle trámite al reclamo. El incumplimiento demostrado de dichas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida, liberará a la Compañía de su obligación de indemnizar.

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

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.

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.

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.

14. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)

Independientemente del registro que deba mantener la Compañía, el Contratante tendrá un registro actualizado de los Asegurados por la póliza conteniendo las calidades de cada persona. El Contratante estará obligado a enviar periódicamente a la Compañía, a través de los medios y en los formatos indicados por la Compañía, la información que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración de la póliza y para la determinación de las tarifas y montos de primas. Todos los registros del Contratante que puedan ser relacionados con esta póliza estarán expuestos a inspección por parte de la Compañía en cualquier momento, y el Contratante está obligado a cooperar con las inspecciones que realice la Compañía y facilitar cualquier información adicional relacionada con la póliza que la Compañía solicite y que el Contratante pueda razonablemente obtener o facilitar.

Cualquier error cometido por el Contratante al mantener y actualizar estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiese terminado de acuerdo a las condiciones de elegibilidad, pero al conocerse el error se hará el ajuste de primas correspondiente.

El error cometido por la Compañía de no proceder con las instrucciones del Contratante de dar por terminada la cobertura de un Asegurado en la fecha que exprese tal instrucción, ocasionará un ajuste y devolución de primas, correspondiente al período que se mantuvo la vigencia de la cobertura en exceso de la fecha señalada en tal instrucción. Igualmente, si la Compañía mantuviera vigente la cobertura de un Asegurado que haya dejado de ser elegible conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares, ocasionará que la Compañía efectúe un ajuste y devolución de prima no devengada correspondiente al período en que el Asegurado no fue elegible.

Si algún Asegurado resultare perjudicado por razón de informaciones inadecuadas o insuficientes provocadas por el intercambio de información entre la Compañía, Intermediario y/o el Contratante, éstos responderán al Asegurado de manera concurrente e independientemente de la existencia de culpa si así lo determinara un Juez o Árbitro mediante sentencia judicial en firme o Laudo Arbitral en su caso.

No obstante lo anterior e independiente que se haya determinado una responsabilidad concurrente, el Contratante asume las responsabilidades ante la Compañía que emanen de su actuación como “Contratante del Seguro Colectivo”.

En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que la condición que produzca la devolución sea de conocimiento de la Compañía o solicitado por el Contratante.

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.

La Compañía se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente, y con base en estas pruebas, dejará constancia de posibles exclusiones o limitaciones al Seguro.

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

Durante la vigencia del presente Seguro, incluidos los trámites de indemnización, el Tomador y/o Asegurados se comprometen a brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y

financiamiento del terrorismo y a mantener actualizada dicha información. En caso contrario la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información

16. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO)

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

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

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

17. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las primas serán calculadas según la edad del ASEGURADO en cada vigencia anual, conforme al subgrupo etario en que se ubique cada ASEGURADO en la tabla de tarifas que consta en la Solicitud/Certificado, sujeto al derecho de la Compañía, de acuerdo con la estipulación de la cláusula "TARIFAS", a cambiar la tarifa que se utilizará para el cálculo de las primas.

Las primas serán pagaderas con periodicidad anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual. No existirá recargo por fraccionamiento.

18. FORMA DE PAGO

Las primas deberán ser pagadas por el Contratante en el domicilio de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto al domicilio de la Compañía y/o a una persona distinta (intermediario de seguros, representante o recaudador) no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en el domicilio de la Compañía, salvo que en las Condiciones Particulares se haya pactado que el pago de las primas se realizará en el domicilio del Asegurado. Para que la Compañía esté obligada al pago de la indemnización deberá haber percibido la prima única convenida, o las parciales, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento del pago único, o cualquier pago parcial, que se hubiese fijado en las Condiciones Particulares.

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

Durante este período de gracia la póliza permanecerá en vigor. Una vez vencido dicho periodo, la póliza terminará automáticamente y la responsabilidad de la Compañía será la establecida en la cláusula "REHABILITACIÓN".

Si la muerte del Asegurado, o cualquier otro riesgo cubierto mediante Addendum, 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.

19. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de diez (10) días para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la Compañía podrá tomar una de las dos siguientes opciones:

- a. Dar por terminado el contrato, quedando liberada la Compañía de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Asegurado, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,
- b. Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Asegurado, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguiente a la fecha de caducidad.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al Asegurado, cualquiera que ella sea.

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.

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

20. TARIFAS

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, la Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa que utilizará para la prórroga de la póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares. 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:

- a) 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 realizará 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%

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

La prima comercial deberá ajustarse de esta manera:

prima comercial (1)_{cob,x} = ***Prima comercial x factor de ajuste de siniestralidad***

Prima comercial = Es la prima comercial del periodo transcurrido.

- b) 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

- c) 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(prima comercial(1); 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.

La Compañía sólo tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, al momento de prórroga de la póliza de acuerdo con lo establecido en el párrafo anterior y de acuerdo a lo indicado en la cláusula “**DERECHO DE PRÓRROGA**”.

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 las Condiciones Particulares y la misma podrá ajustarse únicamente en cada prórroga de la Póliza de acuerdo a lo indicado en la cláusula “**MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS**”.

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.

RECARGOS Y DESCUENTOS

21. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para esta póliza no aplicarán recargos ni descuentos de ningún tipo en su emisión.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

22. RECLAMACIONES

El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario de haber ocurrido el hecho amparado por el seguro y se deberá suministrar la información que se requiera de acuerdo a la cobertura reclamada. La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del siniestro.

Si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo, o bien, si el aviso no es presentado dentro del plazo indicado por razones culposas, la Compañía deberá demostrar perjuicios económicos para justificar el no cumplimiento o cumplimiento parcial de sus obligaciones económicas. De otra forma, el aviso de siniestro o presentación de pruebas dentro de los límites de tiempo estipulados en esta cláusula no invalidará ni reducirá la reclamación si no fue razonablemente posible dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Asegurado o Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. El Asegurado o Beneficiario tendrá quince (15) días naturales 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 la totalidad de los requisitos que se establecen para cada Cobertura.

En adición o en ausencia de cualquier documento o información relativa al Siniestro, el Asegurado podrá aportar cualquier documento o información que sea reconocida en derecho como válida para determinar la ocurrencia del Siniestro y comprobar sus características cualitativas y cuantitativas.

El incumplimiento de los plazos estipulados en esta cláusula NO conllevará efecto adverso a los intereses económicos que se deriven del aviso de Siniestro a menos que el mismo no sea presentado dentro del plazo indicado, de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias. En caso de ocurrir esto último la Compañía hará una investigación del reclamo y en caso de demostrarse el dolo, estará facultada para dejar sin efecto el reclamo. Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente los hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que trata esta cláusula y cualquiera otra donde se especifica una obligación de remitir información/documentos con este propósito.

PROCESO DE RECLAMACIÓN: Para el trámite del reclamo, el Asegurado debe presentar los siguientes documentos:

- a. Para todas las COBERTURAS BÁSICAS, mediante una carta dirigida a la Compañía detallando los pormenores del siniestro y la cobertura que se solicita, la cual debe de ser firmada por el Asegurado.
- b. Para todas las COBERTURAS BÁSICAS, fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- c. Para las coberturas “**CÁNCER - DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ**” y “**CÁNCER DE GÉNERO**”, copia del Diagnóstico, historial médico, epicrisis o certificación médica del Médico Especialista en relación Cáncer diagnosticado.
- d. Para todas las COBERTURAS BÁSICAS, boleta de autorización para la revisión de expedientes médicos o clínico.

- e. En el caso de la cobertura de **“MUERTE A CAUSA DE UN CÁNCER”** original y copia del certificado de defunción del Asegurado. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente, o bien, con el trámite de Apostillado respectivo.

Para el caso de las COBERTURAS DE ASISTENCIA, se requiere únicamente la llamada al teléfono descrito en la Solicitud/Certificado en donde se le comunicará con el proveedor del **servicio de asistencia** quien coordinara el uso del servicio, según la asistencia requerida, debiendo suministrar el Asegurado: i) nombre completo; ii) destinatario del servicio; iii) número de cédula de identidad o número de residencia; iv) dirección donde solicita el servicio; v) número de teléfono; vi) tipo de asistencia que se precisa. En el caso de asistencias con motivo de hospitalización, deberá además aportarse los soportes que acrediten su internación (EPICRISIS con la cantidad de días recluso, como mínimo un día) de centros hospitalarios registrados y válidos al régimen de la ley.

No serán atendidas solicitudes de reembolsos por servicios que hayan sido contratados directamente por el ASEGURADO sin previa autorización de la COMPAÑÍA.

La Compañía quedará relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del Asegurado, no pueda efectuar cualquiera de los servicios previstos en esta póliza. Así mismo, la Compañía no tendrá responsabilidad por los servicios de asistencia que el Asegurado haya contratado sin previo consentimiento de la Compañía, salvo en caso de comprobada fuerza mayor lo cual le haya impedido comunicarse con la Compañía o con terceros encargados de prestar dichos servicios.

En caso de no tratarse de un prestador de servicio seleccionado por la Compañía, la prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en la presente póliza, no implicara aceptación de responsabilidad por parte de la Compañía, respecto de los amparos básicos legales que del servicio deba garantizar su prestador original, tales como garantías, respaldos, incumplimientos, calidad del servicio, retrasos y otros.

23. PAGO DE RECLAMACIONES

En caso de reembolso, toda reclamación ya ajustada, será pagada dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y aceptación de pruebas satisfactorias de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía de acuerdo con la cláusula anterior.

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

24. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, autorizan a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la muerte y el monto correcto a ser pagado, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. El Asegurado y/o Beneficiarios están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

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

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

25. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud/Certificado presentada por el Contratante, o bien, si la Compañía realiza una Propuesta de Seguro, con la aceptación que el Contratante hace de esta propuesta.

Cuando se trata de la Solicitud/Certificado, la cobertura del seguro entra a regir automáticamente.

Cuando se trata de la Propuesta de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que el Contratante acepta los términos de esta propuesta dentro del plazo de quince (15) días hábiles. En caso de nuevos ajustes realizados por el Contratante a la Propuesta de Seguro, se entenderá como una nueva Solicitud de Seguro y la cobertura entra a regir a partir de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía conforme a esa nueva Solicitud de Seguro para lo cual tendrá un nuevo plazo de treinta (30) días naturales.

26. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato tiene una vigencia de un año, contado a partir de la fecha de vigencia que se expresa en las Condiciones Particulares.

27. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza será prorrogada obligatoriamente por períodos anuales y permanecerá vigente siempre que el Contratante acredite el pago oportuno de las primas determinadas técnicamente, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma.

Las prórrogas de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que la Compañía convenga a la fecha de prórroga, con una previa solicitud del Contratante y aceptación expresa de la Compañía dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de cada periodo. Deberá cumplirse con el mecanismo de comunicación previsto en estas Condiciones Generales para informar a los Asegurados.

El certificado de prórroga correspondiente, autorizado y expedido por la Compañía, será la prueba de la prórroga para el Contratante.

CONDICIONES VARIAS

28. SEGURO COLECTIVO

Este es un Seguro Colectivo que podrá ser contratado en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Tomador con los Asegurados. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como "Tomador del Seguro Colectivo". El deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la

contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

29. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

30. NULIDAD DEL CONTRATO

Este contrato quedará nulo, de manera absoluta o relativa según corresponda, y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas determine que el Contratante, el Asegurado, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por el representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviene del Contratante, o el Asegurado, o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas; hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

31. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El periodo de disputabilidad se iniciará:

- a) En la fecha en que se otorga la cobertura de cualquier Asegurado.
- b) Si la cobertura del Asegurado hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

32. SUICIDIO

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión de la póliza o de su rehabilitación, la Compañía se limitará a devolver las primas pagadas. Transcurrido el plazo de dos (2) años, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión de cualquier aumento por una suma asegurada adicional, la Compañía pagará con respecto a tal aumento sólo las primas pagadas por tal aumento. Transcurrido el plazo de dos (2) años de la suma asegurada adicional, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

33. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para este Seguro aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable que al momento de ser incorporadas a la póliza no se haya comprobado médicamente que padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de tales padecimientos.

El Tomador debe garantizar que cada una de las personas que figuran en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza, pertenece al Grupo Asegurable y reúne los siguientes requisitos:

- a. Es una persona física.
- b. Reside permanentemente en el territorio costarricense.
- c. Es Tarjetahabiente o cliente del Tomador.
- d. El Asegurado deberá contar con una edad mínima de dieciocho (18) años. Una vez que el Asegurado haya sido incluido en la póliza, no habrá ningún tipo de límite de edad y la Compañía continuará otorgando cobertura.

34. EDAD

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados. Únicamente para ser incluido en la presente póliza el Asegurado deberá contar con una edad de al menos dieciocho (18) años. A partir de los sesenta y cuatro (64) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, para ser incluido un Asegurado, en adición al pago de la prima aplicable que señale la tabla de tarifas, la Compañía podrá solicitar la realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance la edad límite, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto.

35. MODIFICACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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.

36. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD

Si la edad de un Asegurado se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas.

La Suma Asegurada del Asegurado no será modificada si las sumas aseguradas aplicables a los Asegurados no dependen de la edad; pero si las sumas aseguradas dependen de la edad del Asegurado, la suma asegurada será enmendada de modo correspondiente y el ajuste de prima tomará en consideración la mencionada enmienda.

37. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período de rehabilitación ya que la cobertura terminó automáticamente por falta de pago.

El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del Seguro Colectivo; por tanto, en caso de cancelación de cobertura de uno o más Asegurados por incumplimiento en el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura para el(los) Asegurado(s) mediante notificación por escrito a la Compañía, sometiéndose el (los) Asegurado(s) a los requisitos de asegurabilidad que señale la Compañía, y previo pago de todas las primas atrasadas que adeuda el Contratante.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o declinar toda solicitud de rehabilitación.

38. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

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

39. MONEDA

Este seguro se contrata en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares, ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses. Por lo tanto, los montos indicados en el presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía se efectuarán en la moneda en que se haya pactado y la cual se

indica en la Condiciones Particulares de la póliza. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación a los límites o montos indicados en esta póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

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

40. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

41. 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.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

42. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

El seguro terminará automáticamente cuando cualquiera de lo siguiente ocurra primero:

- a. En la fecha de Vencimiento de la Póliza;

- b. Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago al término del Período de Gracia, por lo tanto, la Compañía deberá aplicar el proceso que se describe en la cláusula “**PERIODO DE GRACIA**” mediante el cual deberá dar por terminado el contrato o mantener vigente el contrato y cobrar la prima por la vía ejecutiva, según lo indicado en esta cláusula;
- c. Fallecimiento por cualquier causa del Asegurado;

43. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza y todas sus coberturas terminarán el día que se declare la ocurrencia de cualquier de las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima por parte del Contratante de la Póliza al término del Período de Gracia, por lo tanto, la Compañía deberá aplicar el proceso que se describe en la cláusula “**PERIODO DE GRACIA**” mediante el cual deberá dar por terminado el contrato o mantener vigente el contrato y cobrar la prima por la vía ejecutiva, según lo indicado en esta cláusula.
- b. Cuando el Contratante, por su parte, decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza, previa aplicación del mecanismo de comunicación previsto para los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses.

En todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el Contratante, bajo su responsabilidad y dentro del plazo de treinta (30) días naturales previo a la terminación de la póliza, deberá comunicarlo a los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses. La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizada por los Asegurados.

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.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

44. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato.

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

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

45. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía al Contratante y/o Asegurado, deberá ser por escrito y podrá ser entregada personalmente; enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del

intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción.

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


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

46. 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.
- Sitio web en el que se pueda revisar toda la documentación contractual y plantear consultas: <https://www.assanet.cr/>.

 **COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.**



FIRMA AUTORIZADA

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 P20-62-A05-766 de fecha 9 de agosto del 2024.