

# ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## Cédula jurídica 3 – 101 – 593961

### Seguro Colectivo De Protección Para Estudiantes

**NOTA: Se indica que el producto registrado es copia fiel del producto “Seguro Colectivo De Protección Para Estudiantes”, registrado bajo el código P20-76-A11-886 en el marco de la transferencia total de cartera de Triple-S Blue, INC. I.I cédula jurídica 3-012-631203 a ASSA Compañía de Seguros, S.A, cédula jurídica 3-101-593961 debidamente autorizada mediante resolución SGS-R-2453-2022 del 3 de marzo de 2022 por la Superintendencia General de Seguros y la cual fue modificada y aclarada mediante resolución SGS-R-2456-2022 de fecha 16 de marzo del 2022.**

## ADDENDUM – SUSTITUCIÓN DE ASEGURADORA, INFORMACIÓN DE CONTACTO Y CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

### SEGURO COLECTIVO DE PROTECCIÓN PARA ESTUDIANTES

Queda por este medio mutuamente entendido entre ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “La Compañía”) y el Contratante/Tomador nombrado en las Condiciones Particulares, sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales de la Póliza y al presente Addendum, que vienen a modificar el Contrato de Seguro indicado, sujeto a los términos y condiciones contenidos en el mismo.

El derecho a gozar de las prestaciones que se pueda suministrar mediante este Addendum depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos los términos, condiciones y demás estipulaciones del Contrato de Seguro que se modifica mediante el presente Addendum.

#### I. DEFINICIONES

Para efectos especiales de este Addendum, se establecen las siguientes definiciones:

**LA COMPAÑÍA:** Se refiere a ASSA Compañía de Seguros, S.A., con cédula de persona jurídica número 3 – 101 – 593961, la cual está registrada en la SUGESE mediante la Resolución SGS-R-251-2009 con fecha de inscripción 27 de noviembre de 2009 e identificada con el código A05.

**TRIPLE-S:** Se refiere a Triple-S Blue, Inc., I.I. en Costa Rica, con cédula de persona jurídica número 3-012-631203, la cual está registrada en la SUGESE mediante la Resolución SGS-R-456-2010 con fecha de inscripción 08 de marzo de 2012 e identificada con el Código A11.

#### II. CONDICIONES GENERALES

##### CAMBIO DE ENTIDAD ASEGURADORA

A través del presente Addendum, la Compañía sustituye y toma el lugar de TRIPLE-S como la aseguradora responsable de proveer la cobertura necesaria de la Póliza, sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales de la Póliza.

Por lo anterior, a partir de la emisión de este Addendum, la Compañía 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 y al pago de la prima respectiva.

La cobertura de este Addendum está sujeta a que la póliza descrita se encuentre vigente y a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella por Addendum.

##### CAMBIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO Y PARA RECLAMOS

A través del presente Addendum, la Compañía manifiesta que para notificaciones, consultas o trámites referentes a su Póliza, deberá utilizar los siguientes medios de contacto de la Compañía en sustitución de los de TRIPLE-S:

**CONSULTAS, NOTIFICACIONES Y OTRAS COMUNICACIONES:**

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica | Teléfono: (506) 2503-2700  
| Fax: (506) 2503-2797 | Apartado: 46-6155, Fórum, Santa Ana | Correo electrónico: contacto@assanet.com

**AVISO DE SINIESTRO:**

Teléfono: (506) 2503-ASSA (2503-2772) | Correo electrónico: reclamoscr@assanet.com

##### CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

A través del presente Addendum, y siempre que su Póliza incluya esta posibilidad, la utilización de servicios médicos fuera de la República de Costa Rica será por medio del proveedor que, de tiempo en tiempo, la Compañía establezca en Estados Unidos de América y

comunique a los Asegurados a través de su página web. Por lo tanto, quedan sin efecto las disposiciones originales de la Póliza referidas a los *Arreglos entre Planes (Inter Plan Arrangements)* con licenciatarios de BlueCross y/o BlueShield fuera del área geográfica de Costa Rica, lo cual incluye al programa BlueCard® o Programa Tarjeta Azul y el programa BlueCross BlueShield Global Core.

La Compañía garantiza que la red que seleccione será equivalente a la red BlueCross BlueShield en todos los aspectos sustanciales, incluyendo los servicios que prestan. En el resto del mundo (exceptuando Estados Unidos de América), se cubrirán los gastos fuera de red.

## ARTÍCULO SUPLETORIO

En todo lo que no esté previsto en este Addendum, se aplicarán las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales que rigen este seguro, por lo cual las restantes condiciones contractuales de su Póliza, que incluye prima, deducibles, exclusiones, periodos de disputabilidad y carencias, se mantienen inalterados.

En fe de lo cual, se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

Assa Compañía de Seguros, S. A.



---

Representante Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el ( los) registro (s) número P20-76-A05-1016 de fecha 25 de julio del 2024.

## SEGURO COLECTIVO DE PROTECCIÓN PARA ESTUDIANTES

### CONDICIONES GENERALES

Las presentes constituyen las Condiciones Generales de la póliza denominada **SEGURO COLECTIVO DE PROTECCIÓN PARA ESTUDIANTES**, la cual se registrará por las siguientes cláusulas:

**TRIPLE-S BLUE, INC.**, Cédula jurídica 3-012-631203, es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza, y acuerda pagar beneficios por el **SEGURO COLECTIVO DE PROTECCIÓN PARA ESTUDIANTES** con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de esta póliza.

**TRIPLE-S BLUE, INC.** bajo el nombre comercial **BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA**, es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza.

**TRIPLE-S BLUE, INC.** es concesionario independiente de la BlueCross and BlueShield Association, lo que permite a **TRIPLE-S BLUE, INC.**, comercializar sus productos en Costa Rica con el nombre comercial **BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA**.

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

**TRIPLE-S BLUE, INC.**, es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza, y acuerda pagar beneficios de acuerdo con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de esta póliza.

CÓDIGO DE PRODUCTO:

FECHA DE REGISTRO:

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



**María Teresa Patiño Peláez**

**Representante Legal**

## TABLA DE CONTENIDO

I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES .....	6
II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES .....	11
III. ÁMBITO DE COBERTURA.....	11
MODALIDADES DE CONTRATO.....	11
SUMA ASEGURADA.....	11
1.-GASTOS AMBULATORIOS POR ACCIDENTE .....	12
2.GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA POR ACCIDENTE.....	13
COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL.....	14
COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR SECUELAS DE LESIONES ACCIDENTALES CON PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES..	14
PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA.....	15
RIESGOS EXCLUIDOS .....	15
GASTOS EXCLUIDOS.....	17
IV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS .....	17
V. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENFICIARIO.....	18
REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL ASEGURADO.....	18
OBLIGACIONES DEL TOMADOR .....	19
OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	19
VII. PRIMA.....	19
PERÍODO DE GRACIA.....	20
AJUSTES ANUALES DE PRIMAS.....	20
DESCUENTOS .....	21
PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACION DE RECLAMOS.....	21
RESOLUCIÓN DE LOS RECLAMOS .....	24
PLAZO PARA LA RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES. ....	24
VIII. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES .....	24
PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	24
MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA .....	25
FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA .....	25
CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA. ....	25
IX. CONDICIONES VARIAS .....	25
RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA .....	25
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....	26
MONEDA.....	26
TIPO DE CAMBIO .....	26
OTROS SEGUROS.....	26
PRESCRIPCIÓN.....	27
LEGISLACIÓN APLICABLE.....	27
X. INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.....	27
RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	27
XI. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	28
DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	28
COMUNICACIONES. ....	28
MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA.....	28

## I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

- 1) **ACCIDENTE:** Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten al organismo del Asegurado, provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efectos de heridas o contusiones. **Para efectos de la cobertura dental, no se considera accidente, si la pieza se daña al morder o masticar alimentos o por la introducción voluntaria de un objeto extraño en la boca.**
- 2) **AMBULANCIA:** Transporte de emergencia terrestre o aéreo, nacional o internacional, destinado y legalmente autorizado para trasladar personas lesionadas o enfermas, desde el lugar donde ocurre el evento cubierto o se manifiesta o contrae la enfermedad, hasta el centro médico facultado para su atención.
- 3) **APARATOS ORTOPÉDICOS:** Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, entre otros: inmovilizadores y/o estabilizadores, tales como: collares, abrazaderas, braceros, rodilleras, tobilleras, botas, corsés ortopédicos, coderas, fajas lumbares, soportes de cadera, férulas, yesos para ligamentos lastimados y otros.
- 4) **ASEGURADO:** Es el estudiante que reside en la República de Costa Rica, quien recibe los beneficios estipulados en esta póliza, ante la ocurrencia de un evento cubierto.
- 5) **ASISTENCIA QUIRÚRGICA O ASISTENTE DE CIRUJANO:** Es un médico legalmente autorizado, que asiste activamente al cirujano principal durante un procedimiento o intervención quirúrgica elegible bajo la póliza. El uso de un cirujano asistente está estrictamente limitado a aquellas intervenciones quirúrgicas designadas con autorización previa de la compañía de seguros.
- 6) **BENEFICIOS AMBULATORIOS:** Se refiere a los servicios de atención médica, exámenes o procedimientos, que no requieren de hospitalización o internamiento.
- 7) **CIRUGÍA MENOR:** La Cirugía Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados en centros de atención primaria o unidades hospitalarias, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local regional.

- 8) **COASEGURO:** Es el porcentaje de los gastos cubiertos por la póliza, después de pagar o acumular el deducible, que el asegurado debe asumir según se establece en las condiciones particulares del contrato de seguro. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.
- 9) **COMPAÑÍA, NOSOTROS:** Se refiere a Triple- S Blue, Inc., que utiliza el nombre comercial BlueCross BlueShield Costa Rica.
- 10) **COSTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Son los honorarios previamente negociados que factura un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o semejante, para el tratamiento de condiciones o enfermedades afines por su naturaleza o severidad. Los honorarios que se facturen por tratamientos o suministros poco frecuentes o que no estén disponibles en un área o zona geográfica, serán determinados por BlueCross BlueShield Costa Rica, considerando la naturaleza y severidad de la lesión o enfermedad, el nivel de complejidad, el grado de habilidad necesario del profesional de la salud y la especialidad del (o los) profesional (es) que intervengan en la atención del asegurado, así como los costos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas. El gasto usual, razonable y acostumbrado (URA), es utilizado para determinar el monto máximo a pagar por un servicio cubierto por la póliza de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato.
- 11) **DEDUCIBLE:** Es el monto o porcentaje que el Asegurado es responsable de asumir, antes de la aplicación del coaseguro, y antes de que sea efectivo el pago de la indemnización bajo el plan elegido en esta póliza.
- 12) **DESMEMBRAMIENTO:** Para efectos de esta póliza, es la cobertura que otorga un porcentaje de la suma asegurada, en caso de que el asegurado principal o titular, sufra un accidente que provoque una pérdida total o funcional permanente de algún miembro u órgano del cuerpo, tal como se detalla en las condiciones particulares.
- 13) **FAMILIA INMEDIATA:** Para efectos de esta póliza, son considerados los parientes de primer, segundo y tercer grado de consanguinidad y afinidad, que incluye: padres e hijos, abuelos, hermanos y nietos, tíos y sobrinos; suegros, yernos o nueras, cuñados, tíos y sobrinos políticos. También son considerados parte de la familia inmediata, las personas que habiten en el mismo lugar de residencia del Asegurado.
- 14) **FECHA EFECTIVA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta póliza, la cual es indicada en las condiciones particulares de la misma. La Póliza será efectiva en la fecha y hora en que la solicitud del seguro fue firmada, siempre y cuando la prima sea pagada dentro de los plazos establecidos.
- 15) **GASTOS CUBIERTOS:** Son los gastos incurridos por el Asegurado, mientras se encuentra vigente la póliza, por servicios médicos necesarios, tratamientos, suministros y/o medicamentos prescritos, cubiertos por esta Póliza. Los gastos cubiertos se detallan en esta póliza.
- 16) **GASTOS ELEGIBLES:** Son los gastos en que incurre el Asegurado por razón de un accidente, que son cubiertos según las condiciones de la póliza, que se encuentren dentro de los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA), del área geográfica de Costa Rica en que se efectuó el

servicio. Sobre estos gastos se aplica primero el deducible y sobre la parte restante, el coaseguro que corresponda.

- 17) **FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CATASTRÓFICO:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza violenta y destructiva, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
- 18) **HOSPITAL:** Es una institución organizada y con licencia para ejecutar acciones relacionadas con la salud de las personas, de acuerdo con la ley vigente en el área donde se encuentre ubicado. Dispone de instalaciones adecuadas para brindar atención a sus pacientes y con servicios de diagnóstico, emergencias, farmacia, laboratorio y tratamiento quirúrgico; así como el cuidado de personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, durante las veinticuatro (24) horas del día, bajo la supervisión y atención de un equipo de médicos y enfermeras graduados y con licencia para ejercer su profesión.
- 19) **HOSPITALIZACIÓN:** Es el periodo que comienza con el ingreso del Asegurado a un hospital u otra institución por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas. El internamiento concluye cuando el Asegurado es dado de alta de ese mismo sitio, a menos que sea trasladado a otro lugar similar para continuar el tratamiento de la misma condición de salud u otra condición relacionada con ella. Este traslado será considerado parte de un mismo internamiento. El internamiento concluye al ser dado de alta de la última institución a la cual el Asegurado ha sido trasladado.
- 20) **LESIÓN:** Alteración o daño de un órgano que produce una modificación morfológica y/o funcional, causada por un accidente imprevisto, involuntario y que sea el resultado único y directo de un trauma externo y violento que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
- 21) **MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN:** Toda sustancia de origen natural, sintético o semisintético y toda mezcla de esas sustancias o productos que se utilizan para el diagnóstico, tratamiento y alivio de las enfermedades o estados físicos anormales, o de los síntomas de los mismos y para el restablecimiento o modificación de funciones orgánicas en las personas. Son medicinas cuya venta y uso están legalmente restringidas, relacionadas con un diagnóstico patológico, médicamente necesarias, que solo se pueden obtener con una receta escrita de un médico autorizado, inscrito en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- 22) **MÉDICO:** Persona con estudios que está legalmente autorizada para ejercer la medicina, prestar servicios médicos y/o quirúrgicos en el área geográfica donde ejerce dicha profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia; siempre que no sea el
- 23) **MÉDICO ESPECIALISTA:** Es el médico legalmente autorizado para ejercer la medicina y cirugía, con especialidad en una rama médica específica, para lo cual cuenta con los estudios y las licencias correspondientes.
- 24) **MÉDICO O PROVEEDOR NO AFILIADO:** Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios de salud que no tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contratada por la Compañía, para proporcionar los servicios a los asegurados dentro de una Red de Proveedores Afiliados.

- 25) **MÉDICO O PROVEEDOR AFILIADO:** Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios médicos que tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contratada por la Compañía para proporcionar los servicios a los asegurados dentro de una Red de Proveedores Afiliados.
- 26) **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Los integrantes del grupo pagan parte o la totalidad de la prima.
- 27) **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** La prima total es pagada por el Tomador del seguro.
- 28) **MUERTE ACCIDENTAL:** Es la muerte por causas violentas, súbitas y externas. No se consideran accidentales, las lesiones que fueron provocadas por el Asegurado a sí mismo o las que fueron ocasionadas por terceros con el consentimiento de éste.
- 29) **PAGO DIRECTO A PROVEEDOR:** Opción que se brinda al Asegurado, de recurrir a proveedores pertenecientes a la red y que la compañía realice el pago directo a éste, de manera que el Asegurado solamente tendría que cubrir el deducible o coaseguro que corresponda según la atención o servicio suministrado.
- 30) **PÉRDIDA TOTAL:** Se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, que puede ocasionar una incapacidad.
- 31) **PERIODO DE GRACIA:** Es el período de tiempo que se concede al Asegurado para el pago de las primas debidas, después de que la cobertura de la Póliza ha expirado y durante el cual, la Compañía permitirá que la prima de la Póliza sea pagada. En esta póliza el periodo es de treinta (30) días naturales.
- 32) **PRIMA:** Aporte económico que debe satisfacer el Tomador, como contraprestación al amparo que se otorga al Asegurado, mediante la póliza.
- 33) **PRIMA NO DEVENGADA:** Porción de la prima pagada que corresponde al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
- 34) **PRÓTESIS:** Estructura que reemplaza un miembro, un órgano o una función del cuerpo.
- 35) **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.

- 36) PROPUESTA DE PRÓRROGA:** Documento que contiene una oferta de prórroga realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de prórroga será enviada por la Compañía al Contratante con un un plazo de anticipación de al menos (30) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique. En caso de aplicar alguna comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza al Contratante, la misma indicará de manera expresa que dicho estipendio contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Contratante en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de potenciales Asegurados que decidan optar por otro seguro.
- 37) RED DE PROVEEDORES AFILIADOS:** Es el grupo de hospitales, médicos, laboratorios y farmacias a los que el asegurado puede recurrir para recibir los servicios amparados bajo esta póliza. Una vez que se ha informado debidamente al potencial consumidor sobre hospitales y médicos para la elección de un proveedor afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, la información será además proporcionada por alguno de los siguientes medios según sea su elección: a) en un disco compacto, b) un documento impreso, c) mediante envío a su correo electrónico, d) a través de la lista que publicará la Compañía, o el administrador de la red, en el sitio de internet. Adicionalmente, esta información puede ser obtenida en la forma indicada en la Unidad de Asistencia o Central Operativa de la Compañía, que podrá brindar la asesoría necesaria sobre el proveedor afiliado disponible o pertinente en el país, según la enfermedad sufrida o emergencia surgida.
- 38) RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** No es una obligación contractual de la Compañía ni tampoco del Contratante o Asegurado. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.
- 39) SEGURO COLECTIVO:** Constituye una modalidad de seguro por cuenta ajena. Es el seguro suscrito entre el Tomador y la entidad aseguradora, con el propósito de cubrir mediante un solo contrato o póliza de seguro a múltiples asegurados.
- 40) SUMA MÁXIMA ASEGURADA EN GASTOS MÉDICOS:** Es el monto máximo asegurado indemnizable por evento, con respecto a un Asegurado, durante el año póliza, siempre que la misma se encuentre vigente, y de acuerdo con las coberturas o riesgos cubiertos, en las Condiciones Generales y/o Particulares.
- 41) SUMA ASEGURADA POR MUERTE ACCIDENTAL:** Es la suma que La Compañía se compromete a pagar en caso de muerte del Asegurado.

**42) TOMADOR DEL SEGURO:** Persona jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos al Asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación. 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.

**43) TRATAMIENTO DENTAL POR ACCIDENTE:** Son los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto bajo esta Póliza, que no sean de primera dentición, debiendo tratarse de piezas dentales permanentes.

## II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza: la Solicitud de Seguro, las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales del Contrato, el Certificado del Seguro. Prevalcerán las condiciones especiales y particulares sobre las generales.

## III. ÁMBITO DE COBERTURA

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

**MODALIDAD DE CONTRATACION.** Este seguro puede contratarse bajo la modalidad contributiva o no contributiva.

**SUMA ASEGURADA.** Es el monto máximo a indemnizar, que está estipulado en Solicitud de seguro y en las Condiciones Particulares, según la elección del Tomador, en el momento de la emisión de esta póliza.

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

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

### EDADES DE CONTRATACIÓN:

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

### DEDUCIBLE Y COASEGURO.

- a) Se aplica un deducible del **diez por ciento (10%)** al total de los gastos que serían cubiertos según las condiciones del contrato.

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

## DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.

### COBERTURA BÁSICA:

La Cobertura Básica comprende las siguientes coberturas:

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

A. **COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE.** Esta cobertura cubre lo siguiente:

**1.-GASTOS AMBULATORIOS POR ACCIDENTE.** Se cubren los gastos en que incurra cada asegurado, que correspondan a servicios o prestaciones médicas de tipo ambulatorio o consulta externa, de acuerdo con los gastos usuales, razonables y acostumbrados, después de cubrir el deducible, según se indica a continuación:

1. Consultas y tratamiento en consultorio o sala de urgencias.
2. Exámenes de laboratorio, radiografías, ultrasonidos y aquellos exámenes que requiera el asegurado que sean médicamente necesarios para establecer un diagnóstico preciso y brindar el correspondiente tratamiento.
3. Cirugía menor.
4. Tratamiento dental derivado de una lesión accidental: Cubre los gastos en que haya incurrido el Asegurado por lesiones sufridas como consecuencia de un accidente cubierto conforme a la definición incluida en esta póliza, ocurrido durante la vigencia del seguro, siempre que no sean piezas con tratamientos previos y se demuestre el mecanismo de trauma o la ocurrencia del accidente.
5. Los servicios odontológicos por causa de un accidente cubierto se indemnizarán de acuerdo con las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica, que estén vigentes, a la fecha de ocurrencia del accidente.
6. Medicamentos prescritos por el médico tratante.
7. Inmovilizadores, estabilizadores, alquiler de muletas y sillas de ruedas hasta el sublímite de **cincuenta mil colones (₡50.000.00) por evento y máximo 2 eventos por año**, sesiones de rehabilitación, siempre que sean recomendados por el médico y necesarios para la atención del paciente, **previa autorización de la Compañía** y una vez cubierto el coaseguro correspondiente, después del deducible.
8. El número de sesiones de rehabilitación **se limita a un máximo de diez (10) por año póliza**,

independientemente del número de eventos ocurridos.

9. Transporte de emergencia en ambulancia al momento del accidente -máximo- quince mil colones **(¢15.000.00)** por accidente.

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

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

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

1. Cargos de Hospital por habitación y alimentación:
  - a. Habitación privada o semiprivada.
  - b. Sala de Cuidados Intensivos.
2. Otros servicios de hospitalización: Cuidados de enfermería, servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, rayos x, ultrasonidos, electrocardiogramas, electroencefalogramas, resonancia magnética (MRI) y otras pruebas de diagnóstico y pre - admisión, oxígeno, soluciones intravenosas, inyecciones, medicamentos prescritos y su administración.
3. Tratamientos especiales, servicios de terapia para tratamiento de una condición producto de accidente.
4. Cirugía Reconstructiva: Solamente en caso de que la causa de la cirugía sea una lesión accidental que haya sido cubierta por esta Póliza.
5. Equipo duradero y/o aparatos de apoyo: Cubre los gastos médicamente necesarios para restablecer la salud del asegurado, según la definición contenida en esta póliza.
6. Prótesis Quirúrgicas internas: Se cubren las prótesis quirúrgicas internas, que sean médicamente necesarias para la recuperación del asegurado. Por ejemplo: placas, tornillos, platinas, clavos u otros materiales de fijación utilizados en ortopedia.
7. Prótesis externas: Se cubren cuando sean médicamente necesarias y autorizadas por la Compañía.
8. Gastos por cirugía:
  - a) Honorarios de Cirujano. Se cubren los honorarios del profesional médico, por la cirugía que requiera el Asegurado. En caso de múltiples procedimientos quirúrgicos por la misma sesión, por el procedimiento secundario se pagará un máximo del 25% del primer procedimiento.
  - b) Servicios de Anestesia y Asistencia para una cirugía u otros servicios relacionados cubiertos bajo esta póliza, siempre que sean médicamente necesarios.
  - c) Honorarios Asistente de Cirujano: Los honorarios están cubiertos únicamente cuando sean médicamente necesarios para la sesión de cirugía, y debe ser aprobado con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía. El límite máximo de cobertura será el veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados al cirujano principal por el procedimiento o procedimientos realizados.

- d) Honorarios Anestesiólogo/Asistente de Anestesiólogo: Los honorarios están cubiertos únicamente cuando sean médicamente necesarios para la cirugía, y debe ser aprobado con anticipación por el Administrador de Reclamaciones de la Compañía; limitados al valor que sea menor entre los costos usuales, razonables y acostumbrados o un treinta por ciento (30%) de los honorarios aprobados al cirujano principal por el procedimiento o procedimientos efectuados.

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

**B. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL.** Esta cobertura comprende:

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

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

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

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

<b>TABLA DE INDEMNIZACIONES POR SECUELAS ACCIDENTALES QUE OCASIONAN PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Deficiencia mental irre recuperable (enajenación) que no permita al Asegurado realizar su trabajo u ocupación habitual	100%
Pérdida o parálisis de ambos brazos o ambas piernas	100%
Pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Sordera total de los dos oídos	50%
Pérdida de ambas manos o de ambos pies	100%
Pérdida de una mano y la vista de un ojo	100%
Pérdida de ambas piernas o ambos pies	100%
Fractura de columna vertebral con lesión de médula sin recuperación	100%
Pérdida simultánea de una mano y un pie	100%
Pérdida simultánea de un brazo u una pierna	100%
Enajenación mental (locura, demencia, pérdida de razón)	100%
Pérdida irreparable del habla	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de un 50% de la visión normal de ambos ojos	50%

Pérdida total del brazo derecho o izquierdo	60%
Pérdida total de la pierna derecha o izquierda	60%
Pérdida total de la movilidad del hombro derecho o izquierdo	30%
Pérdida total de una mano	50%
Pérdida total de un pie	50%
Pérdida total de movilidad de la mano derecha o izquierda	40%
Pérdida total de movilidad del codo derecho o izquierdo	20%
Pérdida total de movilidad de la muñeca derecha o izquierda	15%
Pérdida total del dedo pulgar o índice de una mano	14%
Pérdida total del dedo medio de una mano	10%
Pérdida total del dedo anular o el meñique de una mano	7%
Pérdida total de pierna izquierda o derecha	55%
Mala consolidación de fractura de un fémur, tibia o rótula que ocasione inmovilidad	35%
Pérdida total de movilidad de un pie	20%
Rigidez total de la cadera o de una rodilla	30%
Rigidez total del tobillo	8%
Acortamiento de miembro inferior de 5 cms o más	15%
Acortamiento de miembro inferior de 3 cms o más	8%
Pérdida total de dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otros dedos del pie	4%

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

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

#### **PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA**

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

#### **RIESGOS EXCLUIDOS.**

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

- 1. Actos de guerra, invasión, guerra civil, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares o cualquier acto a nombre o en conexión con cualquier organización terrorista.**

- 2. Suicidio, lesiones autoinfligidas, participación en delitos como autor o cómplice, huelgas, infracción grave de leyes o reglamentos, duelos, peleas o riñas, excepto en los casos en que prive la legítima defensa.**
- 3. Lesiones accidentales que ocurran por ataques de epilepsia, síncope vasovagal y/o cardiogénico o por trastornos del sueño como narcolepsia o sonambulismo.**
- 4. Participación del Asegurado en juegos de apnea, asfixia, estrangulamiento, consumo de sustancias químicas, medicamentos u otros actos en que voluntariamente exponga su vida o integridad física.**
- 5. Terremotos, inundaciones, huracanes, tornados, marejadas u otros fenómenos de la naturaleza declarados de carácter catastrófico.**
- 6. La influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.**
- 7. Viaje del Asegurado en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.**
- 8. Accidentes, que ocurran en el lugar de trabajo, durante la jornada laboral ordinaria o extraordinaria, a excepción de los accidentes que sufran los estudiantes, mientras realizan la práctica profesional, requerida por la universidad o colegio profesional.**
- 9. Cualquier consecuencia que suceda o sobrevenga de un arma nuclear, química o biológica de destrucción masiva, en cualquier accidente, incidente o explosión.**
- 10. La participación en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, como conductor o pasajero de un vehículo, sea éste o no automotor.**
- 11. La participación como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una aeronave.**
- 12. Deportes practicados en forma profesional.**
- 13. las lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos o de alto riesgo entre las que se señalan de manera enunciativa más no limitativa las siguientes: Alpinismo; montañismo con o sin cuerdas guía; artes marciales; aviación; buceo; boxeo; bungee jumping; canopy; carreras de caballos; deportes de invierno de cualquier tipo; deportes marítimos o pluviales; exploración de cuevas (espeleología), cavernas y volcanes; lucha de cualquier tipo; paracaidismo; parapente o similar; rafting; rapel; rodeo; rugby o similar; sky trek; sky walk; snorkeling; sky surfing; surfing; tauromaquia y toreo; tiro al blanco o cualquier deporte con uso de armas; uso de vehículos acuáticos sin motor; vuelo delta; vuelo en planeadores; windsurfing.**
- 14. Secuelas de lesiones accidentales que produzcan una pérdida total o parcial, que no está nombrada específicamente en la cobertura de D. INDEMNIZACIÓN POR SECUELAS DE LESIONES ACCIDENTALES CON PÉRDIDAS TOTALES O PARCIALES**

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

- 1. Enfermedad y/o cualquier condición preexistente del Asegurado, antes de la emisión de la póliza.**
- 2. Tratamientos dentales, que no sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza. No se cubren gastos por piezas que han sido tratadas previamente, implantes dentales o la sustitución de piezas de la primera dentición, además, no se cubren tratamientos por daños en los dientes y/o muelas, que hayan sido causados al masticar alimentos o por objetos introducidos en la boca, voluntariamente.**
- 3. Reposición de anteojos, lentes de contacto y prescripciones para los mismos, así como aparatos auditivos.**
- 4. Lesiones por exposición al sol y/o al uso de equipos artificiales de bronceado.**
- 5. Consultas, tratamientos, medicamentos, cirugías y/o terapias de lesiones que no fueron causadas por un accidente cubierto.**
- 6. Lesiones causadas voluntariamente al Asegurado por su representante legal o beneficiario.**
- 7. Lesiones ocasionadas por violencia intrafamiliar, abuso sexual o violaciones.**
- 8. Hernias inguinales.**
- 9. Gastos que sobrepasen la suma asegurada, los costos usuales, razonables o acostumbrados o los sublímites establecidos.**
- 10. Servicios de atención médica, brindados por la familia inmediata del Asegurado, según la definición contenida en las Condiciones Generales de la Póliza.**

#### **IV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

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

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

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

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

Cuando no se designe persona beneficiaria o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiario por cualquier causa, se considerarán personas beneficiarias a los herederos legales del asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente. En caso de que, en una póliza con varias personas beneficiarias, quede sin efecto la designación de uno o varios de ellos, se incrementará la proporción determinada a favor de las demás personas beneficiarias.

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

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

**Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.**

**Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.**

**La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.**

## **V.OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO**

**REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL ASEGURADO.** Las personas que se incluyan en esta póliza como Asegurados deberán cumplir los siguientes requisitos de aseguramiento:

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

## **OBLIGACIONES DEL TOMADOR**

- 1) El Tomador debe suministrar la información que se requiera para la emisión de la Póliza.
- 2) Suministrar el listado o reporte de los Asegurados que contenga los siguientes datos: Nombre, tipo de identificación, número de identificación, número de teléfono, género, fecha de nacimiento, correo electrónico (si tiene), nombre del beneficiario o beneficiarios designado(s) por los asegurados o su representante y parentesco, porcentaje de suma asegurada, nombre e identificación del representante en caso de menores de edad, y fecha de inclusión en el seguro.
- 3) Reporte de inclusiones y exclusiones de los Asegurados.
- 4) Pagar la prima correspondiente, según lo indicado en las Condiciones Particulares.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.

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

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

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

## **VI. PRIMA**

**PAGO DE LA PRIMA.** La prima que se establece para esta póliza es la que se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

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

**PERÍODO DE GRACIA.** Para la prórroga anual de la póliza es de treinta (30) días naturales, si al término de este plazo la Compañía no ha recibido la prima correspondiente, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12.00 p.m. de la fecha de vencimiento, y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, debiendo notificar su decisión al Tomador, a los asegurados o a ambos, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

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

#### **AJUSTES ANUALES DE PRIMAS.**

La compañía podrá modificar las primas de los diversos planes de Sumas Aseguradas en cualquier prórroga contractual de la Póliza; siempre que la notifique al Asegurado por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

El posible ajuste estará en función de la experiencia de la siniestralidad presentada por la cartera de pólizas del presente producto durante su último año.

Específicamente el porcentaje de ajuste anual de las primas, corresponderá al ajuste técnico requerido para llevar el Índice de Siniestralidad Real presentada por la cartera de pólizas del presente producto durante su último año, de conformidad con la siguiente tabla:

<b>Índice de Siniestralidad Real</b>	<b>Porcentaje Ajuste por Siniestralidad</b>
Menor de 50%	0%
50%-64%	10%
65%-99%	15%
100%-149%	20%
150%-199%	30%
200% o más	40%

El Índice de Siniestralidad Real se calcula como el cociente de a) los siniestros pagados más los siniestros pendientes correspondientes al período de cobertura de la cartera total del producto; dividido entre b) las Primas expedidas netas de cancelaciones, correspondientes al período de cobertura de la cartera total del producto.

## **DESCUENTOS.**

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

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

## **VII. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS**

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

**Procedimiento para accidentes ocurridos fuera de Costa Rica.** Si un Asegurado sufre algún evento accidental y recibe atención médica en otro país, si el pago resulta procedente de conformidad con las condiciones generales o particulares del contrato de seguro, éste se limitará a los costos usuales, razonables y acostumbrados de Costa Rica, siempre que los servicios hayan sido prestados por profesionales de salud y/o centros médicos, debidamente autorizados.

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

**COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS.** Para obtener los beneficios de esta póliza, el Tomador, el Asegurado o Beneficiario cuenta con los siguientes plazos:

- Diez días (10) días hábiles siguientes al accidente para su respectiva atención.
- Si se presenta alguna circunstancia ajena a la voluntad del Asegurado, por la cual no fue atendido dentro de dicho plazo, tendrá derecho de presentar la reclamación hasta el límite contratado, siempre que se lo comunique a la Compañía, en los treinta (30) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente.

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

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

- 1) El Formulario de Reclamación por Accidente, debidamente completado, tanto por el Médico tratante como por el Asegurado.
- 2) Las facturas electrónicas con el detalle correspondientes al tratamiento o servicio brindado.
- 3) Si los servicios médicos, fueron prestados en el exterior, se deben presentar facturas originales, en la moneda del país correspondiente y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la

responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza, las cuales se pagarán según definido en esta póliza como Costos usuales, Razonables y Acostumbrados.

- 4) Recetas, indicaciones y prescripciones médicas.
- 5) Resultado de los exámenes que se le prescribieron y practicaron.

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

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

Las facturaciones electrónicas, pueden remitirse a los siguientes correos electrónicos:

[reembolsocr@bcbscostarica.com](mailto:reembolsocr@bcbscostarica.com) y para proveedores afiliados a la red: [facturacion@bcbscostarica.com](mailto:facturacion@bcbscostarica.com)

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

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

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

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

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

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

- a) Formulario Reclamación por muerte.

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

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

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

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

Las indemnizaciones por secuelas de lesiones traumáticas previstas en esta póliza, serán pagadas directamente al Asegurado si es mayor de edad, y en el caso de menores se girarán al padre o la madre designados como beneficiario en la póliza, según los porcentajes indicados, o en partes iguales si no se indica porcentaje

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

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

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

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

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

**RESOLUCIÓN DE LOS RECLAMOS.** En los casos de declinación del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado, Tomador o Beneficiario, cualquier resolución o requerimiento con relación al trámite del reclamo.

Si el Asegurado, Tomador o Beneficiario, no está de acuerdo con la resolución del caso, puede solicitar una revisión directamente ante la Compañía o a través del intermediario de seguros, con la debida fundamentación y la presentación de las pruebas que correspondan.

**PLAZO PARA LA RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES.** La Compañía efectuará el pago cuando corresponda en un plazo máximo de treinta (30) días naturales.

En caso de declinación del reclamo, la Compañía brindará respuesta dentro de los treinta (30) días naturales contados a partir de la presentación completa de los documentos que fundamentan la reclamación del Asegurado y/o Tomador o Beneficiario.

Los asegurados pueden dirigir sus comunicaciones al domicilio de la Compañía a la siguiente Dirección: San José, Central, Catedral, avenida 8, calle 25ª, 10104-Costa Rica. Correo electrónico [contactanos@bcbscostarica.com](mailto:contactanos@bcbscostarica.com), [prenotificaciones@bcbscostarica.com](mailto:prenotificaciones@bcbscostarica.com), fax: (506)2248-4684, teléfono: (506)4052-3030.

## VIII. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES

**PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.** Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro anual prorrogable.

Entrará en vigor en la fecha y hora indicada en el Certificado de Seguro, siempre que el Asegurado y/o Tomador haya pagado la prima estipulada dentro del plazo establecido.

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

**PRORROGAS y RENOVACIONES:** Esta Póliza es prorrogable de manera obligatoria en forma automática y expresa, si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Tomador a la Compañía, por lo menos con treinta (30) días naturales previos al vencimiento del plazo de vigencia. En caso de Renovación, la misma se hará por acuerdo entre el Contratante y la Compañía.

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

**FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.** Esta póliza se terminará anticipadamente cuando se presente alguna de las siguientes causas:

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

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

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

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

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

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

## **IX. CONDICIONES VARIAS**

**MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA.** Los términos y condiciones contenidos en la Póliza pueden ser modificados mediante convenio expreso entre la Compañía y el Contratante, o por un aviso que debe realizar La Compañía al Contratante con las razones por las cuales se realiza el ajuste, sin requerir del consentimiento de los Asegurados sobre dicha modificación siempre que La Compañía la comunique con al menos un mes de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato para que sus intereses no se

vean afectados. Tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de vigencia de esa modificación.

La Compañía, previo a la aplicación efectiva de la modificación, deberá comunicar a los Asegurados, con al menos un mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, cuáles son los aspectos modificados para que no se vean afectados en sus intereses. Esta comunicación a los Asegurados podrá realizarse de manera directa o a través del Tomador, mediante campaña informativa presencial o por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brindar un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción. La colaboración del Tomador en este proceso, no libera a La Compañía de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al Asegurado de buena fe.

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.

**RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.** Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud de seguro, prevalecerá la póliza. Sin embargo, dentro del plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza, se podrá solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido este plazo caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar rectificación de la póliza. Si el Tomador no desea continuar con el seguro y las primas hubieren sido pagadas, la Compañía las devolverá en un plazo de treinta (30) días naturales de acuerdo con la cláusula CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.

**CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.** La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado y/o Tomador, según corresponda, en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

**MONEDA.** La moneda en que se comercializará el producto es en Colones de la República de Costa Rica.

**TIPO DE CAMBIO.** Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue adquirida la póliza, el Tomador podrá pagar según el tipo de cambio vigente del día de pago, en el Banco o institución en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.

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

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

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

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

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

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

**RESPONSABILIDAD DE LA PÓLIZA Y USO DE LA MARCA.** El Tomador, los Asegurados y beneficiarios expresamente entienden y reconocen que, esta póliza constituye un contrato en que las partes son exclusivamente el Tomador, el asegurado, sus dependientes y Triple-S Blue, Inc., compañía que a través de BlueCross BlueShield Costa Rica, que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de la BlueCross and BlueShield Association, una asociación de planes independientes BlueCross and BlueShield, que permite a BlueCross BlueShield Costa Rica usar las marcas de servicio Blue Cross® y Blue Shield® en el territorio de la República de Costa Rica. BlueCross BlueShield Costa Rica no está contratada como agente de la Asociación, en este caso Triple-S Blue, Inc. lo que tiene es licencia para el uso de la marca.

El asegurado y sus dependientes entienden que no han adquirido esta póliza basado en representaciones de personas ajenas a Triple-S Blue, Inc. a través de BlueCross BlueShield Costa Rica y que ninguna persona, entidad u organización ajena a BlueCross BlueShield Costa Rica podrá ser responsable por cualquier obligación de BlueCross BlueShield Costa Rica hacia el asegurado o sus dependientes bajo esta póliza. Lo anteriormente expresado no crea responsabilidades adicionales a las ya creadas bajo esta póliza.

## **X. INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS**

**RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre la Compañía, el Tomador, el Asegurado, los lesionados y/o los beneficiarios, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, cuando las partes lo acuerden, las

controversias originadas por la aplicación de este contrato podrán ser resueltos a través de los diferentes medios establecidos en la Ley Sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

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

## XI. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

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

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

**MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA.** El Contratante y los miembros del Grupo Asegurado podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza mediante los siguientes medios:

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el ( los) registro (s) número P20-76-A05-1016 de fecha 25 de julio del 2024.