

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO BIENESTAR SALUD"

CONDICIONES GENERALES

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (en adelante se denominara "LA COMPAÑÍA"), y de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares, se emite este SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE de acuerdo con las condiciones generales que a continuación se establecen y las declaraciones hechas por EL ASEGURADO y/o CONTRATANTE nombrado en la "Solicitud-Certificado" (denominado en adelante como el "ASEGURADO y/o CONTRATANTE". La póliza del seguro está constituida únicamente por la Solicitud Certificado y las Condiciones Generales, documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

I. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES:

- a) **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.
- b) **ADMINISTRADOR DEL SERVICIO:** Es el medio mediante el cual LA COMPAÑÍA administra una red de proveedores para brindar servicios y coberturas a nivel nacional dispuestas para EL ASEGURADO y sus BENEFICIARIOS en este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.
- c) **ÁREA RURAL:** Abarca los cantones centrales de las provincias de Limón, Guanacaste y Puntarenas.
- d) **ASEGURADO:** Es toda persona física que en sí misma está expuesta a los riesgos objeto de este contrato de seguro.
- e) **ASISTENCIA:** Son los servicios que se le brindarán al ASEGURADO de conformidad con los términos y condiciones que se describen en este SEGURO AUTOEXPEDIBLE.
- f) **BENEFICIARIO(S):** Es(son) la(s) persona(s) física(s) designada(s) por EL ASEGURADO, a quien(es) se le(s) reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este seguro. Para las coberturas de los Servicios Adicionales, se entienden como beneficiarios, el CÓNYUGE o CONVIVIENTE y/o hasta dos hijos que sean menores de veinticinco (25) años de edad.
- g) **CANCELACIÓN:** Es la terminación anticipada del seguro por LA COMPAÑÍA en aplicación de la cláusula "SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS".
- h) **CÁNCER:** Es una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presenta en uno o más tejidos corporales o aparece en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia. La enfermedad debe ser diagnosticada por médico especializado en medicina, graduado y registrado y autorizado para ejercer la profesión médica por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, sobre la base de los resultados positivos de un examen microscópico o especializado al efecto, ya sea biopsia o autopsia, según corresponda. Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo.
- i) **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones.
- j) **CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del ASEGURADO, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por EL ASEGURADO, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por EL ASEGURADO o por terceros.
- k) **CONTRATANTE o TOMADOR:** Es la persona física que firma y contrata el seguro. Es a quien corresponde el pago de las primas e informa a los BENEFICIARIO(S), u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones en cuanto a las operaciones de cobertura o información otorgada. Podría coincidir o no en la figura del ASEGURADO.
- l) **CONVIVIENTE:** Persona del sexo opuesto al ASEGURADO/TOMADOR/CONTRATANTE con quien éste(a) convive por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable, de conformidad con lo establecido en el Código de Familia. Referido en la Solicitud-Certificado como

- "Asegurado Adicional".
- m) **CÓNYUGE:** Consorte. Para efectos de esta póliza se define como la unión en matrimonio de acuerdo con lo establecido en el Código de Familia (Ley 5476 y sus reformas). Referido en la Solicitud-Certificado como "Asegurado Adicional".
 - n) **DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación realizada por EL ASEGURADO en la "Solicitud-Certificado" de solicitud del Contrato de SEGURO AUTOEXPEDIBLE.
 - o) **DOMICILIO:** Es el lugar de uso habitacional permanente y habitual del ASEGURADO dentro del territorio nacional.
 - p) **EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto que ponga en riesgo la integridad física del ASEGURADO, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de Asistencia, con un lapso máximo de cuarenta y ocho (48) horas de haber acontecido y que se trate de un evento cubierto.
 - q) **EQUIPO MÉDICO:** Es el personal médico y demás equipo asistencial subcontratado por el Administrador del Servicio puesto en contacto con EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, apropiado para prestar servicios de asistencia pre-hospitalaria en urgencia médica.
 - r) **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 Centrales, 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.
 - s) **FECHA DE VIGENCIA:** Fecha en que inició la cobertura del SEGURO AUTOEXPEDIBLE, según se establece en la Solicitud-Certificado.
 - t) **HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia del SEGURO AUTOEXPEDIBLE según se muestra en la Solicitud-Certificado.
 - u) **HORARIO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS:** El servicio de asistencia estará disponible las veinticuatro (24) horas los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.
 - v) **HORARIO COMERCIAL:** Días hábiles, no feriados, de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm.
 - w) **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.
 - x) **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.
 - y) **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es el estado en que se encuentra un ASEGURADO como consecuencia de haber sufrido un accidente, que cause una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior a sesenta y siete por ciento (67%) para generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un período no menor de seis (6) meses continuos, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente EL ASEGURADO.
 - z) **INTERÉS ASEGURABLE:** Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
 - aa) **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:** Es la cantidad máxima que pagará LA COMPAÑÍA por la Suma Asegurada contratada.
 - bb) **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 AUTOEXPEDIBLE: 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.
- cc) 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 AUTOEXPEDIBLE 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 AUTOEXPEDIBLE: 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.
- dd) OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES:** En adelante como "OPERADOR", son las personas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se comprometen frente a dicha entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguros AUTOEXPEDIBLES convenidos.
- ee) PERIODO DE CARENCIA:** Plazo posterior al inicio de vigencia del seguro donde el reclamo del seguro o del servicio no procede.
- ff) PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de sesenta (60) días calendario 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 "Solicitud-Certificado".
- gg) 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 AUTOEXPEDIBLE.
- hh) RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** No es una obligación contractual del asegurador ni tampoco del 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.
- ii) SERVICIOS:** Es la asistencia que se le brinda al ASEGURADO de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE.
- jj) SINIESTRO:** La ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del ASEGURADO que, amparado por el presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE, obliga a LA COMPAÑÍA al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.
- kk) SOLICITUD-CERTIFICADO:** Documento expedido por LA COMPAÑÍA, donde se informan las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro, como son: Datos del Operador; número de póliza; vigencia del contrato; datos del ASEGURADO/CONTRATANTE; datos del Cónyuge o Conviviente; datos del Plan de Seguro; declaraciones del ASEGURADO/CONTRATANTE, cónyuge y/o conviviente; designación de BENEFICIARIOS; datos de los usuarios para la Cobertura de Servicio (básica); autorización para el pago de la prima con cargo automático.
- ll) SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico elegido por EL ASEGURADO y que es determinante para que LA COMPAÑÍA establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro según el plan contratado.
- mm) SUMA ASEGURADAS GLOBALES:** Es la sumatoria de cada una de los Planes contratados por EL ASEGURADO/CONTRATANTE en distintos contratos de Seguro de Vida Autoexpedibles.
- nn) VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual LA COMPAÑÍA se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir o brindar servicios a una persona según se detalla en las "Solicitud-Certificado".
- II. OBJETO DEL SEGURO:** LA COMPAÑÍA indemnizará al(los) ASEGURADO(S) y/o BENEFICIARIO(S), según sea el Plan escogido de acuerdo a la opción de Montos Asegurados que se muestra en la Solicitud-Certificado, de acuerdo con los términos, condiciones y exclusiones contenidas en la Póliza, sobre la base de las siguientes coberturas:
- Coberturas básicas:
 1. Muerte no Accidental
 2. Muerte Accidental
 - Coberturas de Servicio:
 1. Servicio Odontológico Individual
 2. Asistencia a la Salud
 - a. Asistencia Médica.

- b. Asistencia Psicológica.
- c. Asistencia por Hospitalización.
- d. Asistencia Oftalmológica.

incluyen las siguientes Coberturas de Servicios que operan en el territorio nacional y podrán ser solicitadas y coordinadas a través del número telefónico de servicio establecida en la Solicitud-Certificado; estos servicios son:

III. COBERTURAS BÁSICAS

- 1. MUERTE NO ACCIDENTAL:** Si EL ASEGURADO fallece por cualquier causa no accidental, LA COMPAÑÍA pagará al (los) BENEFICIARIO(S) el monto establecido en el Límite de Responsabilidad señalado en la "Solicitud-Certificado" del Plan contratado, sujeto a los términos y condiciones descritas en las Condiciones Generales
- 2. MUERTE ACCIDENTAL:** Si EL ASEGURADO, durante la vigencia del seguro, sufre la muerte como resultado directo y exclusivo de un accidente, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada contratada.

IV. COBERTURAS DE SERVICIO: Adicionales a las Sumas Aseguradas de las "COBERTURAS BÁSICAS", se

1. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL:

Este servicio ampara, a través del Administrador del Servicio, ÚNICAMENTE al ASEGURADO /CONTRATANTE, cubriendo una atención por Urgencias Odontológicas y la programación de citas con dentistas profesionales para brindar, entre otros, valoración y diagnóstico de los pacientes, el tratamiento paliativo e inicial de urgencias dentales, tales como, dolores agudos, inflamaciones y/o sangrados abundantes.

Los tratamientos por urgencias odontológicas cubiertas por LA COMPAÑÍA, son los que se definen a continuación:

| ASISTENCIAS DENTALES | | | |
|--|----------------|-----------|------------------------------|
| Medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor leve, moderado o intenso y/o manejo de procesos inflamatorios que afecten la cavidad oral (dientes, tejidos de soporte) causados por agentes infecciosos o traumáticos y que justifiquen atención inmediata y como consecuencia ameriten la realización de alguno de los siguientes tratamientos | | | |
| DETALLE DE TRATAMIENTOS | DIAS DE ESPERA | COBERTURA | RESTRICCIÓN |
| TRATAMIENTOS URGENCIA | | | |
| Examen clínico y diagnóstico de Urgencia | 5 | 100% | Por Urgencia |
| Urgencias dentales (Alivio de dolor, medicación) | 5 | 100% | Por Urgencia |
| Pulpectomía (retiro del nervio). No incluye tratamiento de nervio | 5 | 100% | Por Urgencia |
| Ferulización por luxación dentaria | 5 | 100% | Por Urgencia |
| Retiro de Cuerpo Extraño | 5 | 100% | Por Urgencia |
| Drenaje Absceso intraoral | 0 | 100% | Por Urgencia |
| Sutura de tejidos bucales lacerados | 0 | 100% | Por Urgencia |
| Tratamiento de Alveolitis | 0 | 100% | Por Urgencia |
| Curaciones (cemento temporal) | 0 | 100% | Por Urgencia |
| EMERGENCIAS PROTÉSICAS | | | |
| Rebase de prótesis en consultorio | 5 | 100% | Por Urgencia |
| Reparación de prótesis en consultorio | 5 | 100% | Por Urgencia |
| Re-cementación temporal coronas | 5 | 100% | Por Urgencia |
| RADIOLOGIA | | | |
| Rayos-X (Peri picales) | 5 | 100% | 1 al año por urgencia |
| Rayos-X (Aleta de mordida) | 5 | 100% | |
| EMERGENCIA RESTAURATIVA | | | |
| Resina 1 a 4 superficies (piezas anteriores y posteriores) | 5 | 100% | 1 al año por urgencia |

EMERGENCIA QUIRÚRGICA

Exodoncia simple o compleja (Excluye cordales).

5

100%

1 al año por urgencia

Cada vez que El ASEGURADO visite al odontólogo por un tratamiento de urgencia deberá cancelar al odontólogo según se indica en el cuadro de coberturas para cada tratamiento: (i) por tratamientos de atención prioritaria y examen clínico y diagnóstico 0% del costo del tratamiento. (ii) Por tratamientos de radiología: Una única vez por año de vigencia tendrá 0% del costo de la radiografía de aleta o periapical que llegara a requerir para el diagnóstico de tratamientos de urgencia. (iii) Por tratamientos de cirugía oral y/o restauración: 0% del costo de la cirugía y/o restauración en resina una única vez por año de vigencia. Extracciones aplican para dientes temporales y permanentes, exceptuando terceros molares (cordales). **Cualquier otro tratamiento no contenido en el cuadro adjunto no está cubierto y deberá ser realizado por cuenta propia; estos tratamientos no contenidos en el servicio son: cirugías complejas que requieran de servicios especiales más allá de lo que el común de los Consultorios Odontológicos están preparados para atender por requerirse equipo odontológico adicional al mínimo que establece la regulación del Ministerio de Salud para acreditar clínicas odontológicas, ortodoncia, prótesis (fijas y removibles), cirugías de las encías o tratamientos que por su mayor complejidad requieren procedimientos diferenciados. De igual forma, no se incluye la atención de cirugías para implantes ni tratamientos estéticos o tratamientos derivados de accidentes de tránsito, tiendas de velocidad, accidentes deportivos y laborales, además de aquellos ocasionados deliberadamente por EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS del servicio.**

Para obtener la prestación de los tratamientos incluidos, deberá llamar a la línea de servicio indicada y solicitar una cita, la cual será asignada según ubicación y horario que elija el Cliente entre las disponibilidades que se le ofrezcan.

En casos de urgencias nocturnas, fines de semana o días feriados, el Administrador del Servicio contará con un grupo limitado de odontólogos con disponibilidad para la atención de las mismas, ubicados preferiblemente en cabeceras de provincia. Para solicitar la cita y para asistir a la consulta, el cliente deberá presentar su cédula de identidad, TIM (Tarjeta de Identidad de Menores), cédula de residencia, carné de refugiado o pasaporte según corresponda e indicar el número de contrato.

Por la índole de los programas de asistencia dental y de los tratamientos contenidos en los servicios, el mismo no incluye atención de enfermedades, accidentes o en general sobre personas que por su estado de salud deben ser atendidas en un hospital ya que requieren de servicios especiales más allá de lo que el común de los Consultorios Odontológicos están preparados para

atender por requerirse equipo odontológico adicional al mínimo que establece la regulación del Ministerio de Salud para acreditar clínicas odontológicas.

Además, por seguridad de los odontólogos y de los mismos pacientes, no se atenderán aquellas personas que al presentarse a una cita, se encuentren bajo los efectos del alcohol o alguna droga enervante y/o estupefaciente. Sin embargo, dichas personas tendrán derecho a ser atendidas una vez que hayan pasado los efectos del alcohol o droga.

2. ASISTENCIA A LA SALUD

2.1. ASISTENCIA MÉDICA

Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en éste SEGURO AUTOEXPEDIBLE se establecen y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

2.1.1. Visita Médica Domiciliar:

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, derivado de una emergencia médica repentina, el Administrador del Servicio enviará un médico general hasta el domicilio del ASEGURADO para su revisión.

Este Servicio cubre el costo de la visita médica y el transporte.

El presente Servicio se prestará con las siguientes limitaciones:

- **Limitado a tres (3) eventos por año por ASEGURADO, no acumulables pero no hay restricción en el monto o costo de la visita.**

El costo de los medicamentos será cubierto directamente por EL ASEGURADO.

EXCLUSIONES: Están excluidas nuevas visitas "de seguimiento" por un mismo evento.

Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO. Donde no exista infraestructura adecuada el Administrador del Servicio coordinará dicha la asistencia

médica por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, médicos especialistas. No se presta el servicio de visita médica domiciliar para personas menores de dos años.

El costo de los exámenes que deba realizarse EL ASEGURADO, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por EL ASEGURADO.

Se prestara en caso de una necesidad médica por enfermedad súbita no persistente la visita de un médico en medicina general, la cual se agendará en base y disponibilidad de la agenda del médico en las siguientes veinticuatro (24) horas.

2.1.2. Orientación Médica Telefónica

Por solicitud del ASEGURADO o BENEFICIARIO el Administrador del Servicio lo pondrá en contacto telefónico con un profesional de la salud para que le brinde una orientación médica ante dudas que tenga en el área de la salud.

La orientación busca minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO entregando soluciones a dudas médicas cotidianas, no se trata de una consulta médica, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos.

El presente Servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

2.1.3. Traslado Médico Terrestre en Ambulancia

En caso que EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S) sufra una lesión súbita e imprevista como consecuencia de un Accidente que requiera el traslado al Centro Médico más cercano, por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), el Administrador del Servicio a través de un proveedor de servicios, realizará la coordinación efectiva para el traslado del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S).

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y con límite de tres (3) eventos por año.

2.1.4. Referencia o Indicación de Médicos, Laboratorios, Hospitales y Clínicas

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), el Administrador del Servicio proporcionará información general vía telefónica sobre clínicas, hospitales, laboratorios y clínicas dentales en el lugar de interés del solicitante. El Administrador del Servicio presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios médicos o la atención del Centro Médico.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

2.1.5. Referencia, Indicación, Consulta y Localización de Mejores Precios de Medicamentos y Farmacias

Prevía solicitud del ASEGURADO, el Administrador del Servicio realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del ASEGURADO y le transmitirá ésta información vía telefónica.

Este servicio es meramente informativo, se trata de una indicación y no hace referencia a la calidad de los puntos de venta, no está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos o tratamientos en que EL ASEGURADO incurra al acudir a la farmacia indicada, mismos que serán de entera responsabilidad del ASEGURADO.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

2.2. ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en éste SEGURO AUTOEXPEDIBLE se establecen y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

2.2.1. Orientación Psicológica Telefónica

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, el Administrador del Servicio lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en psicología para que le brinde una orientación psicológica ante dudas que tenga en el área de la salud.

La orientación busca minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de consulta médica psicológica identificando las necesidades del AFILIADO y/o BENEFICIARIO e entregando soluciones a dudas psicológicas cotidianas, de forma que no se diagnostican enfermedades o procedimientos ni se prescriben medicamentos.

El presente Servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

2.2.2. Referencia y Conexión con Psicólogos

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, el Administrador del Servicio proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en psicología en el lugar de interés del solicitante. Si el cliente lo solicita, el Administrador del Servicio coordinará una cita para su atención en aquellos centros que realicen este tipo de reservación y siempre sujeto a disponibilidad de espacios.

El Administrador del Servicio presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios o la atención del profesional.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año

2.3. ASISTENCIA POR HOSPITALIZACIÓN

Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en éste SEGURO AUTOEXPEDIBLE se establecen y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

2.3.1. Envío de Artículos de Aseo Personal Hasta el Hospital con Motivo de Internación

Por previa solicitud telefónica, cuando EL ASEGURADO sea Hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas, con motivo de un Accidente o enfermedad (en general, una Emergencia médica) el Administrador del Servicio gestionará y cubrirá, por una única vez, el pago del envío de artículos de aseo personal hasta el centro hospitalario donde haya sido hospitalizado EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. Los artículos de aseo personal que se enviarán son: Un cepillo de dientes, crema dental, jabón de tocador, una toalla de baño, cepillo

o peine de cabello, champú y acondicionador para cabello.

Se enviarán para una única persona. La elección de los productos, marca, tamaño y cualquier otra característica, es exclusiva del Administrador del Servicio, componiéndose al envío de artículos disponibles en el mercado nacional.

Este servicio tiene un límite de costo por evento de cien dólares (US\$ 100,00) se limita a dos (2) por año por ASEGURADO y un (1) evento por periodo de Hospitalización.

2.3.2. Transporte de un Familiar para el Ingreso Inicial de Internación

El Administrador del Servicio a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento de un familiar del ASEGURADO para ingreso inicial, hasta el lugar de la internación hospitalaria, el día de la internación, en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio del Administrador del Servicio cuando EL ASEGURADO sufra un Accidente que lo obligue según criterio del equipo Médico tratante a permanecer hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros y límite de un (1) eventos al año, limitado a un (1) traslado por periodo de Hospitalización.

El Administrador del Servicio coordinará únicamente el traslado del familiar, no siendo responsable del ingreso del mismo al Hospital. Es responsabilidad del mismo familiar obtener los permisos y cupos de visita hospitalaria.

2.3.3. Transporte de Familiares o Amigos para la Realización de Visita durante el Periodo de Internación Hospitalaria

El Administrador del Servicio, a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento de familiares y/o amigos del ASEGURADO, hasta cuatro (4) personas, desde un mismo destino, durante los primeros tres (3) días de internación, un solo traslado por día, en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio del Administrador del Servicio cuando EL ASEGURADO se encuentre internado en un hospital Público o Privado.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros y límite de un (1) evento al año, limitado a tres (3) traslados por periodo de Hospitalización.

El Administrador del Servicio coordina únicamente el traslado de las personas, no siendo responsable del ingreso de los mismos al Hospital. Es responsabilidad de dichas personas obtener los permisos y cupos de visita hospitalaria.

Si EL ASEGURADO así lo solicita, el Administrador del Servicio coordinará y cubrirá los gastos del regreso de dichas personas a su domicilio.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros y límite de un (1) evento al año, limitado a tres (3) traslados por periodo de Hospitalización.

2.3.4. Servicio de Mensajería en el Periodo de Internación Hospitalaria

El Administrador del Servicio a solicitud del ASEGURADO, posterior a una Hospitalización superior a veinticuatro (24) horas, con motivo de un Accidente o enfermedad (en general, una emergencia médica) gestionará y cubrirá, el pago del envío por mensajería de aquellos artículos, documentos o pequeños paquetes que EL ASEGURADO necesite enviar o recibir. Incluye el traslado de artículos personales, documentos, cargadores telefónicos; hasta y desde el Centro Hospitalario donde haya sido Hospitalizado EL ASEGURADO, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita y las condiciones de seguridad sean adecuadas a exclusivo criterio del Administrador del Servicio.

Este servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros con límite de un (1) evento al año y limitado a tres (3) envíos por el periodo de Hospitalización.

2.3.5. Transporte del Titular para Regreso al Hogar por Alta Médica

El Administrador del Servicio, a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento del ASEGURADO, desde el Centro Médico donde se encontraba internado, hasta su domicilio permanente y

habitual, en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio del Administrador del Servicio.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros con límite de un (1) evento al año.

El Administrador del Servicio coordina únicamente el traslado del titular, por medio de taxi o ambulancia, según la necesidad y criterio médico. Es responsabilidad del ASEGURADO obtener los permisos de salida del Centro Médico y que los riesgos del traslado son absolutamente tomados por él.

2.3.6. Agenda y Avisos para la Ingesta Puntual de Medicamentos Después de la Internación Hospitalaria

Por solicitud del ASEGURADO, el Administrador del Servicio enviará registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos.

El presente servicio se prestará sin límite de costo y sin límite de eventos.

2.3.7. Orientación Nutricional Post Hospitalización Vía Telefónica

Por solicitud del ASEGURADO y siempre que requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia alimentaria, el Administrador del Servicio lo pondrá en contacto con un profesional con el fin de brindarle consejos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, alimentos que deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a lactosa.

Este servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

2.3.8. Transmisión de Mensajes Urgentes

Por previa solicitud del ASEGURADO, el Servicio de Asistencia transmitirá los mensajes urgentes producto de una emergencia.

Cuando EL ASEGURADO tenga conocimiento previo que no contará con cobertura de señal telefónica o capacidad en la batería de su móvil, EL ASEGURADO deberá llamar a la línea de asistencia, para indicar el nombre, número de



teléfono de la persona que el call center debe localizar para brindar el mensaje urgente, según lo indicado por EL ASEGURADO, el medio de contacto es únicamente telefónico, no se envían correos electrónicos o mensajes en redes sociales.

Este servicio no tiene límite de eventos por año, ni de costo.

2.3.9. Referencia y Localización de Mejores Precios de Medicamentos y Farmacias

Previa solicitud del ASEGURADO, el Administrador del Servicio realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del ASEGURADO y le transmitirá ésta información vía telefónica.

Este servicio es meramente informativo, se trata de una indicación y no hace referencia a la calidad de los puntos de venta, no está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos o tratamientos en que EL ASEGURADO incurra al acudir a la farmacia indicada, mismos que serán de entera responsabilidad del ASEGURADO.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

2.4. ASISTENCIA OFTALMOLÓGICA

TERRITORIALIDAD: Los servicios que a continuación se mencionan se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en éste documento se establecen y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

2.4.1. Examen básico de la vista:

Por solicitud del AFILIADO y/o BENEFICIARIO, derivado de una emergencia médica, EL ADMINISTRADOR DEL SERVICIO coordinará con la óptica o especialista que se encuentre dentro de la red de proveedores de EL ADMINISTRADOR DEL SERVICIO más cercano al lugar de residencia habitual del AFILIADO para realizar el examen respectivo.

El presente servicio se prestará con las siguientes condiciones: Sin límite en el costo o monto del examen y sin límite máximo de eventos por año. El examen se deberá coordinar veinticuatro (24) horas antes de su

atención, sujeto a la agenda del especialista u óptica que brindará el servicio.

V. 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 ASEGURADO, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por EL ASEGURADO, por LA COMPAÑÍA o de otros que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviene de 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.

VI. GRUPO POR EDADES Y PERMANENCIA: La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años. La COMPAÑÍA definirá en la Solicitud-Certificado determinados grupos por edades de permanencia para establecer, previo a la contratación del seguro, el costo de la prima correspondiente a la edad en que se contrata, o bien, de haber prórroga de un seguro vigente, conocer cuál será el precio de la prima en caso que EL ASEGURADO ingrese a otro grupo con distinto ámbito de edades de permanencia.

Para efectos de las COBERTURAS DE SERVICIO, el Grupo Familiar Asegurado está conformado por EL ASEGURADO/CONTRATANTE, su CÓNYUGE O CONVIVIENTE y hasta dos hijos desde los nueve (9) meses de edad hasta cumplir los veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

VII. INICIO DE VIGENCIA: El presente SEGURO AUTOEXPEDIBLE inicia su cobertura con el pago de la prima estipulada al OPERADOR o directamente a LA COMPAÑÍA.

VIII. TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El seguro de cualquiera de las personas amparadas por el presente seguro, terminará por algunas de las siguientes causales:

- En forma anticipada por parte del CONTRATANTE, en cualquier momento, sin responsabilidad alguna, dando aviso a LA COMPAÑÍA con al menos un mes (1) de anticipación. En este caso LA COMPAÑÍA conservará la prima devengada por el plazo transcurrido y reembolsará al ASEGURADO la prima no devengada en un plazo máximo de diez (10) días hábiles.
- Cuando ocurra el fallecimiento del ASEGURADO.

- c. Al recibo de la solicitud por escrito del ASEGURADO/CONTRATANTE pidiendo la terminación de la póliza. Por falta del pago de la prima.
- d. Al vencimiento del tiempo pactado.
- e. Una vez transcurrido el periodo de gracia sin que se haya realizado el pago de la prima correspondiente.
- f. Cuando aplique la cláusula de "NULIDAD DEL CONTRATO".

IX. SOLICITUD-CERTIFICADO: La COMPAÑÍA hace entrega al ASEGURADO, una Solicitud-Certificado de Seguro que contendrá información acerca del Número de Póliza, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Límites de Responsabilidad definidos en cada Plan y Prima. La entrega del Certificado de Seguro deberá realizarse en el domicilio de LA COMPAÑÍA, o en el domicilio del OPERADOR, al momento de la suscripción del contrato de seguro.

X. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS: El ASEGURADO podrá suscribir varios contratos de seguro autoexpedible de vida con LA COMPAÑÍA directamente o a través de OPERADORES autorizados por aquella, siempre y cuando la "Suma Asegurada Global" no exceda la suma de veintinueve millones ochocientos mil colones (¢21.800.000,00) o cuarenta y tres mil seiscientos dólares (US\$ 43.600,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por fallecimiento.

Si al momento del siniestro, EL ASEGURADO presenta más de una póliza de seguro autoexpedible de vida vigente, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA en ningún caso será superior a la suma establecida de conformidad con el párrafo anterior.

Para estos efectos, LA COMPAÑÍA revisará la sumatoria de las Sumas Aseguradas suscritas por EL ASEGURADO y, en caso de verificarse el posible exceso de las Sumas Aseguradas, LA COMPAÑÍA no permitirá la emisión de nuevos contratos de seguro. En caso de emitirse una póliza de seguros en exceso, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de dar aviso al ASEGURADO para la aplicación de la Cancelación de la póliza y devolver la totalidad de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles. Si ocurre un siniestro antes del aviso al ASEGURADO, LA COMPAÑÍA se hace responsable por el pago de dicha póliza.

XI. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS: La prima es anual y podrá ser pagada por una única vez o fraccionada en pagos mensuales o semestrales, según se convenga en las "Solicitud-Certificado" de la póliza.

La COMPAÑÍA podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días naturales de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa

que utilizará para la Renovación de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares.

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

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.

Los ASEGURADOS tendrán un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. Las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la Póliza.

Los ASEGURADOS podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieren conformes con las modificaciones que se les efectúen con solo comunicarlo por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la Renovación de la Póliza y no podrán optar por mantener la cobertura vigente con la prima de la vigencia anterior. Asimismo, podrán optar por terminar la cobertura de forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a LA COMPAÑÍA con un mes (1) de anticipación. En este caso LA COMPAÑÍA conservará la prima devengada por el plazo transcurrido y reembolsará al ASEGURADO la prima no devengada en un plazo máximo de diez (10) hábiles.

El CONTRATANTE es el único responsable del pago de las primas, y el OPERADOR se encargará de efectuar el recaudo de la misma, facilitando los esquemas de débito automático elegido por el CONTRATANTE.

Estando el seguro vigente y la prima del mes correspondiente pagada, en caso de siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar la Suma Asegurada correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones de prima no percibidas y pendientes de pago por parte del ASEGURADO, hasta completar la temporalidad respectiva del contrato. El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual, se devolverá la prima que no haya sido devengada.

XII. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS:

Se concede un período de gracia de sesenta (60) días calendario para el pago de la prima en cualquier fecha de su vencimiento, independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se paga durante el período de gracia, el contrato de seguro terminará automáticamente.

XIII. RENOVACIÓN DEL SEGURO

AUTOEXPEDIBLE: Este seguro, se emite bajo la modalidad de seguro AUTOEXPEDIBLE. Su vigencia es de un (1) año renovable.

Esta póliza podrá ser renovada por periodos anuales, siempre que se reciba en LA COMPAÑÍA el pago oportuno de las primas en el modo convenido en las Condiciones Particulares. La COMPAÑÍA podrá cambiar las primas a la renovación de la póliza según lo expresado en la cláusula "FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS" y la definición de "RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA".

En caso de que alguna de las partes así lo decida, el presente Contrato podrá no ser renovado. En este caso, la parte que no desea renovarlo notificará a la otra parte su decisión de no renovación. Esta comunicación se hará mediante nota escrita, con un (1) mes de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza.

XIV. BENEFICIARIO(S): El ASEGURADO/CONTRATANTE designa libremente a su(s) BENEFICIARIO(S) al momento de suscribir la póliza y podrá modificarlos en cualquier momento, siempre que el seguro este vigente, mediante una notificación de documento escrito y firmado por EL ASEGURADO dirigido a LA COMPAÑÍA.

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

procedimiento sucesorio correspondiente.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar BENEFICIARIO(S) a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores BENEFICIARIO(S), durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra BENEFICIARIO(S) al mayor de edad, quien, en todo caso, sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de BENEFICIARIO(S) en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

XV. AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN:

a. El CONTRATANTE o el BENEFICIARIO(S), al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro o cuando desaparezcan las causas de fuerza mayor o caso fortuito que le impidan dar aviso, debe comunicarlo a LA COMPAÑÍA (sea directamente o a través del Operador de Seguros o de la Sociedad Agencia de Seguros) tan pronto le sea posible por cualquier medio, confirmándolo inmediatamente por escrito tan pronto como sea practicable. En caso que el siniestro sea amparado bajo las COBERTURAS DE SERVICIO, deberá comunicarse al número telefónico definido en las "Solicitud-Certificado".

b. El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario desde la fecha de su ocurrencia o desde que se tuvo conocimiento del mismo.

c. 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 pago o reducción de pago de la indemnización. 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.

Para el trámite del reclamo de las coberturas, excepto la COBERTURA DE SERVICIOS, EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), deben presentar los siguientes documentos:

1. Carta del ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), solicitando el pago de la indemnización;
2. Boleta de autorización para la revisión de expedientes médicos ó clínicos.
3. Fotocopia del documento de identidad del ASEGURADO; y BENEFICIARIO(S)
4. Certificado original de defunción, expedida por el registro civil, donde se especifica la causa de la defunción, indicando el tomo, folio y asiento correspondiente.
5. Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, aportar el acta de defunción debidamente certificada, expedida por la autoridad competente del país donde ocurrió el evento. Los documentos deben ser sometidos al proceso de apostilla.
6. Si el BENEFICIARIO(S) es menor de edad, se debe presentar: i) Certificación de su nacimiento emitida por el Registro Civil; y ii) Copia del documento de identidad sea del padre o de la madre supérstite o del tutor del BENEFICIARIO(S) menor de edad.

Para el caso de las COBERTURAS DE SERVICIO, se requiere únicamente la llamada al teléfono descrito en las "Solicitud-Certificado" en donde se le comunicará con el Administrador del Servicio quien coordinara el uso del servicio, según la asistencia requerida, debiendo suministrar EL ASEGURADO (o BENEFICIARIO): 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.

XVI. PAGO DE LA INDEMNIZACION: Cualquier prestación en que LA COMPAÑÍA se vea obligada, en virtud de una reclamación, será realizada a favor del BENEFICIARIO dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y correspondiente aceptación de pruebas por parte de LA COMPAÑÍA de conformidad con la cláusula "AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN".

En caso de que LA COMPAÑÍA decline el pago de cualquier reclamación, EL ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), tendrá derecho a apelar ante LA COMPAÑÍA, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en

esta póliza.

XVII. DERECHO DE RETRACTO: EL CONTRATANTE tiene la facultad revocar unilateralmente el seguro, amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. La notificación de retracto deberá realizarse de conformidad con lo establecido en la cláusula "NOTIFICACIONES". Una vez recibida la notificación de retracto, LA COMPAÑÍA dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles a contar desde el día de la notificación sobre el Retracto, recibida por LA COMPAÑÍA, el OPERADOR o la AGENCIA DE SEGUROS, solicitando devolver el monto de la prima.

XVIII. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE: El plazo de prescripción de las acciones que se deriven de este contrato será de cuatro (4) años, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

XIX. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS: EL ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), autorizarán a LA COMPAÑÍA a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la lesión y el monto correcto a ser pagado, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial de EL ASEGURADO que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con EL ASEGURADO, y toda aquella información considerada relevante por LA COMPAÑÍA, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto EL ASEGURADO como el BENEFICIARIO(S), 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 al 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.

XX. EXCLUSIONES GENERALES. La presente póliza no cubre los riesgos que se detallan a continuación:

- a) Fallecimiento por causa de cualquier enfermedad o condición pre-existente a la celebración del contrato de seguro.
- b) Suicidio o tentativa de suicidio, si este ocurre dentro de los dos (2) años posteriores al perfeccionamiento del contrato de seguro;
- c) Homicidio o tentativa de homicidio causado intencionalmente por EL ASEGURADO o BENEFICIARIO(S) o por cualquier persona;
- d) Ataques cardíacos, epilépticos, síncope, y/o accidentes cuando estos se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente;
- e) Infracción de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo y otras normas legales vigentes cuando estas sean objeto de sanciones de conformidad con el Código Penal vigente del país en que ocurra el evento;
- f) Participación en comisión o intento de comisión, por parte del ASEGURADO, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto. Actos de riña, desafío o actos delictivos en que EL ASEGURADO participe por culpa de él mismo o de los BENEFICIARIO(S) de esta póliza;
- g) Energía nuclear en cualquier forma;
- h) Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, deslizamiento de tierras, inundaciones, huracanes, tornados y erupciones volcánicas;
- i) Participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo;
- j) Prestación de servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpo de bomberos, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o partidos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo; prestación de servicios en Aeronaves y Barcos mientras ejecuten sus labores como tripulantes
- k) Actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial,

poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares;

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE SERVICIO: Quedan excluidas de las coberturas establecidas, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- a) Los servicios que EL ASEGURADO haya contratado sin previo consentimiento de LA COMPAÑÍA, a excepción de los indicados anteriormente.
- b) Los servicios adicionales que EL ASEGURADO haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y riesgo.
- c) Los causados por mala fe del ASEGURADO, entendida "mala fe" como una actuación ilegítima y desleal.
- d) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
- e) Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular y otros hechos que alteren la seguridad interior del Estado o el orden público.
- f) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- g) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- h) La prestación de los servicios se realizará dentro de la territorialidad antes indicada exista infraestructura pública o privada que lo permita para la prestación de los servicios, salvo para los servicios de asistencia telefónica. En todo caso se exceptúan lugares donde no exista un acceso transitable por carretera, aquellos lugares en los que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiese prestar la asistencia y donde por razones de orden público se ponga en riesgo la integridad física de LA COMPAÑÍA.
- i) Servicios solicitados cuarenta y ocho (48) horas después de ocurrida la emergencia.
- j) Las enfermedades, lesiones o traslados médicos derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes.

- k) **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.**
- l) **Lo relativo y derivado de prótesis, anteojos.**
- m) **Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competencias.**
- n) **Para la Asistencia Odontológica Individual se establece un periodo de carencia de cinco (5) días calendario, posteriores a la fecha de emisión del SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE.**

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL: Para el uso del servicio, se establece un periodo de carencia de cinco (5) días calendario, posteriores a la fecha de emisión del SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE.

XXI. MONEDA: Este seguro se contrata en la moneda que se indica en la Solicitud-Certificado, ya sea colones costarricenses o dólares de los Estados Unidos de América. En caso que algún pago se realice en moneda distinta a la contratada, se realizará 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.

XXII. NOTIFICACIONES: Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por LA COMPAÑÍA directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), o bien enviarlos por

correo ordinario o certificado a la Dirección Contractual según se muestra en las "Solicitud-Certificado". El ASEGURADO deberá reportar por escrito a LA COMPAÑÍA el cambio de Dirección Contractual y solicitar la modificación de la misma, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última reportada según aparezca en las "Solicitud-Certificado". El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo y todo plazo que dependa de dicho aviso comenzará a contarse desde esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer EL ASEGURADO a esta póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo. Cualquier notificación, incluyendo la de la cláusula de "DERECHO DE RETRACTO", realizada por EL ASEGURADO al Operador de Seguros o a la Sociedad Agencia de Seguros, se entenderá realizada directamente a LA COMPAÑÍA.

XXIII. 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 arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

XXIV. 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.

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

ASSA 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 **P14-23-A05-360** de fecha **17 de febrero de 2018**.