



SECCIÓN I – ÍNDICE

SECCIÓN I – ÍNDICE.....	1
SECCIÓN II – COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	2
SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES	3
Artículo 1 - Definiciones.....	3
Artículo 2 - Documentación contractual	4
Artículo 3 - Modalidad de contratación.....	4
SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA.....	4
Artículo 4 - Cobertura A Básica: Muerte.....	4
Artículo 5 - Cobertura B Opcional: Doble Indemnización por Muerte Accidental	4
Artículo 6 - Cobertura C Opcional: Incapacidad Total y Permanente:	5
Artículo 7 - Cobertura D Opcional: Adelanto de Gastos Funerarios:.....	5
Artículo 8 - Cobertura E Opcional: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	5
Artículo 9 - Cobertura F Opcional: Asistencias de Beneficio Médico	6
Artículo 10 - Cobertura G Opcional: Asistencia Médica Domiciliaria.....	7
Artículo 11 - Exclusiones Generales:	7
Artículo 12 - Periodos de Carencia	9
Artículo 13 - Suma asegurada.....	9
Artículo 14 - Designación de Beneficiarios	9
SECCIÓN V – OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIOS	9
Artículo 15 - Obligaciones del Tomador Colectivo	9
Artículo 16 - Obligaciones del Asegurado Individual	10
Artículo 17 - Obligaciones de los Beneficiarios	11
SECCIÓN VI – PRIMA.....	11
Artículo 18 - Prima	11
Artículo 19 - Recargos y Descuentos	11
SECCIÓN VII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA.....	12
Artículo 20 - Procesamiento de reclamos	12
Artículo 21 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia	13
Artículo 22 - Renovación de la póliza	13
Artículo 23 - Terminación de la póliza colectiva	13
Artículo 24 - Terminación de cobertura de Asegurados Individuales	13
SECCIÓN VIII – CONDICIONES VARIAS.....	13
Artículo 25 - Confidencialidad de la información.....	13
Artículo 26 - Certificado de Cobertura.....	14
Artículo 27 - Legislación.....	14
Artículo 28 - Periodo de cobertura.....	14
Artículo 29 - Indisputabilidad de la póliza	14
Artículo 30 - Prescripción.....	14
Artículo 31 - Rectificación de la Póliza	14
Artículo 32 - Declaraciones falsas o fraudulentas.....	14
Artículo 33 - Cesión del contrato	14
Artículo 34 - Modificaciones a la Póliza	14
Artículo 35 - Delimitación geográfica.....	15



Artículo 36 -	Moneda.....	15
Artículo 37 -	Comisión de Cobro.....	15
SECCIÓN IX – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES		15
Artículo 38 -	Jurisdicción y arbitraje.....	15
Artículo 39 -	Otras instancias de solución de controversias	15
Artículo 40 -	Valoración por peritos.....	15
Artículo 41 -	Notificaciones	15
Artículo 42 -	Registro ante la Superintendencia General de Seguros.....	16

SECCIÓN II – COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASEGURADORA SAGICOR COSTA RICA S.A. (denominada en adelante “la Compañía”), es una Aseguradora registrada bajo la cédula jurídica 3-101-640739 y debidamente acreditada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, que expide esta póliza de seguro. La misma regirá por las cláusulas detalladas a continuación en este Contrato de Seguro.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este caso, declaro y establezco el compromiso contractual de la Compañía de cumplir con los términos y condiciones de esta póliza.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. V. Pacheco', written over a horizontal line.

Fernando Víquez Pacheco
Representante Legal
Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.



SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES

Artículo 1 - Definiciones

Accidente: Acontecimiento repentino, inesperado e inusual que se produce en un momento y lugar identificables, que causa una lesión corporal o muerte al Asegurado, y que es ajeno a su voluntad.

Año Póliza: El período comprendido entre las 12:00 de la noche en la Fecha de Vigencia hasta las 12:00 de la noche del último día del año de la póliza. Cada período subsiguiente de 12 meses contados a partir del aniversario de la póliza se considerará como un año de la póliza. Todo lo anterior conforme se especifica en las Condiciones Particulares para el Tomador y en el Certificado de Seguro para el Asegurado.

Asegurado: Persona física, cubierta bajo esta póliza, que se afilia o se adhiere a la póliza colectiva al contar con características comunes con los demás miembros.

Beneficiario: Persona física o jurídica que puede recibir el beneficio de ciertas coberturas bajo los reclamos que se generen al amparo de esta póliza.

Centro Médico: Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorizado por el Ministerio de Salud para el tratamiento y/o internamiento de pacientes.

Examen de Vista: Examen computadorizado realizado por un Optometrista, en donde se determina la agudeza visual del Asegurado.

Exámenes de Laboratorio: Se refiere a los exámenes de laboratorio disponibles para efectos de la Cobertura F, los cuales se detallan en la página web www.sagicor.cr/descargables/

Gastos Médicos: Gastos médicos requeridos y erogados para el tratamiento del Asegurado en razón de un Accidente, lo cual incluye los costos del Centro Médico, los honorarios del médico tratante, los gastos

incurridos en farmacias y/o laboratorios conforme hayan sido dictaminados por el Centro Médico y/o por el médico tratante, entre otros gastos no expresamente excluidos en esta póliza.

Grupo Asegurado: Grupo que incluye la totalidad de personas físicas que, al ser aceptadas por la Compañía, son Asegurados que cuentan con cobertura vigente bajo esta póliza colectiva.

Incapacidad Total y Permanente: La incapacidad total y permanente del Asegurado se produce como consecuencia de un Accidente que ocasione que el Asegurado sea completamente incapaz de participar en cualquier actividad lucrativa para la cual él o ella es, o se convirtiere en, razonablemente adecuada por su educación, capacitación o experiencia. Tal incapacidad total y permanente deberá ser certificada por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Periodo de Carencia: Período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, durante el cual no se ampara ningún siniestro o solicitud de cobertura.

Prima: El precio que debe pagar, ya sea el Tomador o Asegurado, por la cobertura de riesgo que se asume.

Proveedores de Servicio de Asistencia: Son los proveedores de servicios contratados por la Compañía para la prestación de los servicios de asistencia en forma directa al Asegurado, a saber, los servicios indicados en las Coberturas Opcionales F y G. La red de proveedores puede ser consultada en la página www.sagicor.cr/descargables/

Tomador: Persona jurídica o física que suscribe esta póliza en representación del Grupo Asegurado. El tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.



Artículo 2 - Documentación contractual

Integran esta póliza las presentes condiciones generales, la solicitud del Tomador, los cuestionarios anexos a esta, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales, la adenda que se adicione a esta y cualquier declaración del Tomador o Asegurado. Las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Generales y ambas están subordinadas al contenido de las Condiciones Particulares. Las Condiciones Particulares y Generales prevalecen sobre la solicitud de seguro y cualquier otro documento del aseguramiento.

Artículo 3 - Modalidad de contratación

Este seguro colectivo constituye una modalidad de seguro contratado por cuenta de un tercero y cuenta con la posibilidad de contratarse bajo las siguientes modalidades:

- **Contributiva:** donde los Asegurados contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
- **No-contributiva:** donde el Tomador, demostrando su interés asegurable sobre el riesgo, paga la totalidad de la prima.

La misma debe ser detallada en las Condiciones Particulares.

SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA

Artículo 4 - Cobertura A Básica: Muerte

Esta póliza cubre el fallecimiento por cualquier causa no excluida; sujeto a las exclusiones generales de esta póliza.

Beneficio

En caso de muerte del Asegurado Individual bajo circunstancias amparadas en este contrato de seguro se pagará un beneficio mediante un pago único a favor

de los Beneficiarios designados. El mismo será igual al a la suma asegurada que conste en la Solicitud de Inclusión y en el Certificado de Seguro.

Deducible: No hay.

Artículo 5 - Cobertura B Opcional: Doble Indemnización por Muerte Accidental

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura y, sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza indemniza el doble de la suma asegurada en la Cobertura A Básica: Muerte, si el fallecimiento del Asegurado es resultado directo de un Accidente, **siempre y cuando dicho fallecimiento ocurra al momento del Accidente o hasta dentro de los 365 naturales posteriores a la fecha del evento**, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado. En caso de pago bajo esta cobertura, el Asegurado no tendrá derecho a pago adicional bajo la Cobertura A, siendo que las coberturas son excluyentes entre sí para efectos indemnizatorios.

Para efectos aclaratorios, se deja constancia que el o los diagnósticos médicos del Accidente y sus secuelas no deben contener estimaciones o pronósticos sobre la expectativa de vida o sobrevivencia máxima del Asegurado. **Asimismo, la indemnización bajo esta cobertura excluye y reemplaza toda indemnización bajo la Cobertura A.**

Beneficio

En caso de muerte del Asegurado a causa de un Accidente conforme a lo antes indicado, se indemnizará el doble de la suma asegurada de la cobertura A Básica: Muerte, mediante un pago único a favor de los Beneficiarios designados por el Asegurado.

Deducible: No hay.



Artículo 6 - Cobertura C Opcional: Incapacidad Total y Permanente:

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre el riesgo de incapacidad total y permanente del Asegurado por causa directa de un Accidente.

Beneficio

En caso de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado a causa de un Accidente, se indemnizará la suma asegurada bajo esta cobertura mediante un pago único a favor del Asegurado.

Deducible: No hay.

Artículo 7 - Cobertura D Opcional: Adelanto de Gastos Funerarios:

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y el Asegurado fallece a causa de un riesgo cubierto bajo la Cobertura A Básica – Muerte o bajo la Cobertura B Opcional, la Compañía pagará un adelanto de la suma asegurada bajo dichas Coberturas, para cubrir gastos funerarios y/o de cremación del Asegurado.

Beneficio

En caso de muerte del Asegurado, a causa de riesgo amparado, la Compañía pagará un adelanto de la suma asegurada bajo la Cobertura A Básica – Muerte o bajo la Cobertura B opcional, según la causa de muerte, al o los Beneficiarios del Asegurado a fin de cubrir gastos funerarios y/o de cremación. **Se deja expresa constancia que este beneficio reduce el monto de indemnización bajo la Cobertura A Básica – Muerte o bajo la Cobertura B Opcional en la suma específica que sea adelantada bajo esta cobertura opcional.**

Deducible: No hay.

Artículo 8 - Cobertura E Opcional: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre el reembolso de los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado como resultado de un Accidente sufrido, durante el período de vigencia del contrato, hasta por la suma asegurada en esta Cobertura.

La cobertura incluye el tratamiento con el especialista, el uso de los servicios hospitalarios, cirugía y/o cualquier cuidado médico, medicamentos y exámenes clínicos y/o de laboratorio necesarios para la restauración de la salud del Asegurado.

Beneficio

En caso que el Asegurado sufra un Accidente objeto de cobertura, la Compañía reembolsará hasta la suma asegurada antes indicada, los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado como resultado de un Accidente.

Esta cobertura opera por reembolso, de forma tal que la Compañía únicamente cubrirá los gastos que hayan sido pagados para atender el Accidente.

Esquemas de Copago:

Esta cobertura operará según el esquema de copago elegido por el Tomador según las opciones elegibles en la Solicitud de Seguro, y que conste en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

Deducible: En todos los casos bajo esta cobertura, se aplicará el deducible elegido por el Tomador según las opciones elegibles en la Solicitud de Seguro, y que se determine en las Condiciones Particulares y en Certificado de Seguro.



Artículo 9 - Cobertura F Opcional: Asistencias de Beneficio Médico

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, el Asegurado podrá beneficiarse de los siguientes servicios de asistencia de beneficio médico:

1. **Consulta con Médico General:** A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará una cita de consulta con un médico general que atienda al Asegurado. Este servicio se limita al máximo de SEIS (6) citas por año póliza, no acumulables. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad 70/30, de forma tal que la Compañía pagará hasta el 70% del servicio, y el restante 30% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.
2. **Exámenes de Laboratorio:** A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará la realización de Exámenes de Laboratorio que requiera el Asegurado, conforme a la lista de exámenes elegibles que se detalla en esta póliza. **Este servicio se limita al máximo de DIEZ (10) Exámenes de Laboratorio por año póliza, no acumulables. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad 70/30, de forma tal que la Compañía pagará hasta el 70% del servicio, y el restante 30% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.**
3. **Examen de Rayos X o Examen de Ultrasonido:** A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará la realización de un examen de rayos X o un examen de Ultrasonido según escoja el Asegurado. **Este servicio se limita a un máximo de un (1) examen de rayos X o un (1) examen de Ultrasonido por año póliza, no acumulables, según escoja el asegurado. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad 70/30, de forma tal que la Compañía pagará hasta el 70% del servicio, y el restante 30% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.**
4. **Examen de Electrocardiograma:** A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará la prestación del servicio para realizarse un examen de electrocardiograma. **Este servicio se limita a un máximo de una (1) elección de servicio por año póliza, no acumulables. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad 50/50, de forma tal que la Compañía pagará hasta el 50% del servicio, y el restante 50% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.**
5. **Examen de Vista:** A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará la prestación del servicio para realizarse un Examen de Vista. Este servicio se limita a un máximo de un (1) servicio por año póliza, no acumulables. Este servicio no conlleva pago de suma alguna a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.
6. **Descuentos en Servicios Médicos:** Con la contratación de la presente cobertura opcional, el Asegurado tendrá derecho a ciertos descuentos en servicios médicos, conforme al listado de servicios y descuentos descargable en la página web www.sagicor.cr/descargables/. **Este servicio no tiene límite de utilización.** Este amparo únicamente implica el beneficio de acceso a descuentos en servicios médicos, pero no conlleva de ninguna forma la prestación o coordinación de servicios médicos de parte de la Compañía.

Los beneficios de esta cobertura operarán contra solicitud del Asegurado, quien deberá comunicarse a la línea telefónica número 4080-5200, para la solicitud del servicio, en el cual se **le indicará al Asegurado el monto de copago aplicable al servicio.** En caso que obtenida la cita de evaluación, el Asegurado deba cancelar o reprogramar la misma, deberá informar a la Compañía con al menos 48 horas de antelación, caso contrario, se tendrá por utilizada la cita para efectos de los límites de uso antes indicados.



Artículo 10 - Cobertura G Opcional: Asistencia Médica Domiciliaria

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, el Asegurado podrá beneficiarse del servicio de asistencia médica domiciliaria que se describe a continuación.

Dicho servicio contempla en el envío de un médico al hogar o sitio de trabajo del Asegurado para la atención y evaluación de molestias, quebrantos o malestares que, a criterio del Asegurado, ameriten una Consulta Médica. En caso que el médico detecte una situación de emergencia, en la que se presuma peligro de vida, se solicitará el envío de una ambulancia para el traslado del Asegurado al centro hospitalario de su elección, o en su defecto, al Centro que determine la Compañía.

Límites de uso: No hay

Restricción Territorial: Gran Área Metropolitana.

Copago: Por cada servicio solicitado, el Asegurado deberá cancelar a los Proveedores de Servicio de Asistencia, la suma de copago elegida por el Tomador según las opciones elegibles en la Solicitud de Seguro. Dicha suma deberá cancelar al momento de prestación del servicio.

Los beneficios de esta cobertura operarán contra solicitud del Asegurado, quien deberá comunicarse a la línea de teléfono número 4080-5200 para la solicitud del servicio.

Artículo 11 - Exclusiones Generales:

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia:

Para las Coberturas A, B y D: Las Coberturas A, B, y D no cubren bajo ningún caso lo siguiente:

- Suicidio del Asegurado que ocurra durante los primeros dos años desde que inicia la cobertura para el Asegurado.
- Muerte del Asegurado, a causa de guerra, invasión, motín, o disturbios civiles.
- Muerte del Asegurado al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- Muerte del Asegurado desde o al intentar realizar un vuelo aéreo de cualquier tipo, excepto como pasajero y no como miembro de la tripulación del avión, ni teniendo ningún deber en relación con el vuelo. Esta exclusión no aplica para el caso de asegurados cuya profesión u oficio sea desempeñarse como pilotos de aviones de tipo comercial, siempre que sus autorizaciones y licencias se encuentre debidamente emitidas y vigentes.
- Muerte del Asegurado a causa de cometer o intentar cometer un delito.
- Muerte del Asegurado a causa de actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, esquí acuático y similares, paracaidismo, alpinismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- Muerte del Asegurado causado por o como resultado de conducir o viajar como pasajero en un vehículo (tierra, mar o aire) que participe en cualquier tipo de carrera, prueba de velocidad, prueba de resistencia o que dicho vehículo sea utilizado para acrobacias o trucos de conducción.
- Muerte del Asegurado ocasionada con dolo por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.
- Muerte del Asegurado que ocurra luego de transcurridos 365 días naturales desde el momento del Accidente, en el caso específico de la Cobertura B.
- Muerte por causa de anomalías congénitas y condiciones que surjan o se originen a causa de hernias o tratamientos dentales.



- Muerte por causa de infecciones bacterianas excepto infecciones piógenas que son causadas por una herida accidental.

Para la Cobertura C: La Cobertura C no cubre bajo ningún caso lo siguiente:

- La incapacidad sufrida por asegurados que a la fecha del siniestro, se encuentren pensionados(as) y/o retirados de sus oficios.

Para la Cobertura E: La Cobertura E no cubre bajo ningún caso lo siguiente:

- Lesiones o padecimientos del Asegurado que no sean causa directa de un Accidente, incluyendo pero sin limitarse a lesiones causadas por tentativa de suicidio.
- Accidentes sufridos por el Asegurado al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- Lesiones sufridas por el Asegurado al intentar realizar un vuelo aéreo de cualquier tipo, excepto como pasajero y no como miembro de la tripulación del avión, ni teniendo ningún deber en relación con el vuelo.
- Lesiones sufridas por el Asegurado a causa de cometer o intentar cometer un delito.
- Lesiones sufridas por el Asegurado a causa de actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, esquí acuático y similares, paracaidismo, alpinismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- Lesiones sufridas por el Asegurado causado por o como resultado de conducir o viajar como pasajero en un vehículo (tierra, mar o aire) que participe en cualquier tipo de carrera, prueba de velocidad, prueba de resistencia o que dicho vehículo sea utilizado para acrobacias o trucos de conducción.
- Lesiones causadas al Asegurado por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.

- Lesiones por causa de anomalías congénitas y condiciones que surjan o se originen a causa de hernias o tratamientos dentales.
- Lesiones por causa de infecciones bacterianas excepto infecciones piógenas que son causadas por una herida accidental.

Gastos Excluidos bajo la Cobertura E: Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia los gastos incurridos por:

- Cualesquiera gastos médicos o tratamientos que no sean causa directa de un Accidente cubierto.
- Reposición de anteojos, lentes de contacto y prescripciones de los mismos, así como aparatos auditivos.
- Gastos que no califiquen como un Gasto Médico.
- Cualquier gasto en exceso de la suma asegurada por evento y por límite anual.
- Honorarios por servicios médicos brindados al asegurado por una persona con quien tenga relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado

Para las Coberturas F y G: Las Coberturas F y G no cubren bajo ningún caso lo siguiente:

- Costos u honorarios por servicios adicionales a los indicados en las Coberturas.
- Costos u honorarios por servicios contratados por el Asegurado sin consentimiento de la Compañía y/o a través de proveedores distintos a los Proveedores de Servicio de Asistencia.
- Daños, perjuicios, costos, honorarios, o cualquier consecuencia producto de la desobediencia o actuación contraria del Asegurado a las indicaciones de la Compañía o de los Proveedores de Servicio de Asistencia.



Artículo 12 - Periodos de Carencia

Esta póliza contempla los siguientes períodos de carencia:

Cobertura	Período de Carencia
Coberturas A	1 mes
Coberturas B, C, D, E	No aplica
Cobertura F	1 mes
Cobertura G	1 mes

Artículo 13 - Suma asegurada

La suma asegurada por la vida de cada asegurado en esta póliza será elegida en la Solicitud de Inclusión, y constará en los registros del Tomador de la Póliza Colectiva. La suma total asegurada de la póliza colectiva será la sumatoria de los montos asegurados para cada Asegurado bajo esta póliza.

Dicha suma no podrá ser superior que el límite máximo individual que se estipule en las Condiciones Particulares.

En cualquier caso en el que una cobertura sea superior al Límite de Aceptación de Riesgos Sin Pruebas la compañía se reserva el derecho de solicitar la presentación de pruebas por la suma en exceso de dicho Límite.

En caso que durante la vigencia del seguro se agote la suma asegurada de una o más coberturas, se tendrá por devengada la prima anual correspondiente a dichas coberturas.

Artículo 14 - Designación de Beneficiarios

En el caso de las Coberturas A, B y D, los beneficiarios de esta póliza deberán ser determinados de forma específica o genérica por el Asegurado Individual hasta por los límites que el mismo establezca y serán señalados en la Solicitud de Inclusión y/o en el Certificado de Seguro respectivo. Esta designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la

vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada a la Compañía.

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.

SECCIÓN V – OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIOS

Artículo 15 - Obligaciones del Tomador Colectivo

En adición a otras obligaciones que contemple esta póliza o la normativa vigente, el Tomador asume las siguientes obligaciones:

- a) **Pago y Recaudado de Prima:** El Tomador deberá pagar a la Compañía la prima convenida conforme a los plazos estipulados en esta póliza. En el caso de modalidad contributiva, el Tomador realizará la gestión de recaudo respectivo de las primas correspondientes a cada Asegurado Individual.
- b) **Registro de los Asegurados Individuales:** El Tomador debe mantener un registro completo de los Asegurados Individuales miembros del Grupo Asegurado de donde se pueda deducir la edad del asegurado, el monto original del seguro en la fecha



de vigencia de la cobertura, la suma asegurada vigente en cualquier momento y el número total de asegurados al final del mes.

c) **Informes:** En la fecha de pago mensual de prima, el Tomador deberá aportar un informe a la Compañía que detalle:

- a. Total de nuevos Asegurados Individuales. (i.e. Inclusiones)
- b. El número de miembros Asegurados que solicitaron su exclusión del Grupo Asegurado durante el mes. (i.e. Exclusiones)
- c. El número total de miembros Asegurados a final de mes.
- d. La Suma Asegurada Total al final de mes

d) **Elegibilidad:** El Tomador del seguro debe velar por que las personas que sean incluidas a la póliza colectiva y que sean reportadas mensualmente cumplan con los siguientes requisitos de elegibilidad:

- a. Sean mayores de 18 años.
- b. Complete el proceso de Presentación de Pruebas, (i) en caso que el solicitante sea mayor de 60 años o bien (ii) en cualquier caso en que el solicitante requiera un monto de cobertura mayor al Límite de Aceptación de Riesgos Sin Pruebas.
- c. No serán asegurables las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad antes indicados o se nieguen a completar el proceso de Presentación de Pruebas, cuando les resulte aplicable.

e) **Límite de Aceptación:** El Tomador entiende, acepta, y se obliga a respetar que el Límite de Aceptación de Riesgos Sin Pruebas al comienzo del aseguramiento en esta póliza será el que se determine en las Condiciones Particulares. Al final de cualquier año póliza la Compañía puede establecer un nuevo límite sin pruebas para los nuevos Asegurados durante el siguiente año póliza e incluir el mismo en las Condiciones Particulares mediante Addendum.

f) **Requisitos de Inclusión:** El Tomador velará que los Asegurados individuales, que cumplan con los requisitos de elegibilidad, y deseen ser incluidos en

esta póliza deben presentar un comprobante de edad junto con la debida Solicitud de Inclusión. La edad podrá ser demostrada a través del certificado de nacimiento, cédula de identificación o pasaporte del Asegurado. En caso de la contratación no contributiva el Tomador podrá incluir Asegurados Individuales directamente en los Informes que envía mensualmente. La prueba de edad será necesaria para verificar la edad del Asegurado Individual al momento de incluir un Asegurado a la póliza colectiva.

El Tomador no es un agente para la Compañía, y ninguno de sus empleados tiene autoridad para renunciar o modificar las condiciones del Contrato del Seguro.

Artículo 16 - Obligaciones del Asegurado Individual

En adición a otras obligaciones indicadas en las presentes Condiciones Generales o en la normativa vigente, el Asegurado Individual asume las siguientes obligaciones:

- a) **Pago de Prima:** En el caso de modalidad contributiva, el Asegurado Individual tendrá la obligación de girar el pago oportuno de la prima convenida al Tomador.
- b) **Proceso Indemnizatorio:** El Asegurado Individual tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales, y notificar a la Compañía de cualquier cambio en su dirección de notificaciones.
- c) **Prueba de Siniestro:** El Asegurado Individual tendrá el deber de demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. Asimismo, deberá colaborar con la Compañía en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio.
- d) Finalmente, deberá observar y cumplir sus obligaciones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y normativa conexas.



Artículo 17 - Obligaciones de los Beneficiarios

A fin de optar por los beneficios que les concede esta póliza, los Beneficiarios deberán seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, deberá colaborar con la Compañía en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio

SECCIÓN VI – PRIMA

Artículo 18 - Prima

En caso del pago de la modalidad no-contributiva la prima es exigible al Tomador y se determina multiplicando la suma de todos los montos asegurados individuales por la tasa de prima aplicable según establecida en la tabla de tarifas en las Condiciones Particulares. Bajo esta modalidad, el importe de la prima a pagar se detalla en las Condiciones Particulares.

En caso de la modalidad contributiva la prima es exigible al Tomador, pero los Asegurados contribuirán para dicha prima en el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares, y se determinará multiplicando la suma asegurada individual para cada Asegurado por la tasa de prima aplicable según establecida en la tabla de tarifas en las Condiciones Particulares. Bajo esta modalidad, el importe de la prima a pagar se detalla en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro correspondiente.

La tabla de tarifas se establecerá en las Condiciones Particulares en función de los elementos estadísticos, actuariales e históricos de accidentes y salud de cada subgrupo etario que conforman el Grupo Asegurado.

Frecuencia

Las primas se facturarán anualmente, pero podrá fraccionarse el pago, conforme conste en las Condiciones Particulares, a: semestral, trimestral o mensualmente, y deberán necesariamente ser pagadas

dentro del periodo de gracia indicado en este contrato. No existirá recargo por fraccionamiento.

Período de Gracia

Se permitirá un período de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

Prima Incorrecta

Si la edad del Asegurado Individual es detallada erróneamente al solicitar la inclusión del seguro, se realizará un ajuste equitativo de primas bajo la póliza del seguro, en caso de ser aplicable conforme a las tarifas estipuladas en las Condiciones Particulares. En caso que el cambio de la edad no implique un aumento en la tarifa de los Asegurados Individuales bajo esta póliza no será necesario realizar dicho ajuste.

Ajustes en las primas

Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación, la Compañía tiene derecho a ajustar las tasas de las primas, para lo cual brindará una notificación de 30 días calendario de antelación a la fecha de renovación respectiva. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará con base en factores tales como la siniestralidad del grupo asegurado, la inflación, y la composición del grupo asegurado. Por ende, de previo a cada renovación, la Compañía realizará un análisis actuarial de las primas recibidas bajo el presente seguro, los siniestros pagados, la variación del Grupo Asegurado en número o en composición etaria, a fin de determinar si procede o no una modificación de la tarifa colectiva. Se deja expresa constancia que los ajustes respectivos serán aplicados a la tarifa colectiva y no existirán ajustes individuales con base en las condiciones individuales de un determinado asegurado.

Artículo 19 - Recargos y Descuentos

La suscripción del presente seguro no contempla recargos o descuentos de ningún tipo.



SECCIÓN VII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Artículo 20 - Procesamiento de reclamos

Al momento de ocurrir un siniestro, el Asegurado y/o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán informar a la Compañía de su ocurrencia dentro de un plazo de siete días hábiles siguientes al mismo, sin perjuicio de lo estipulado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. Dicha notificación deberá realizarse por escrito y enviada de cualquiera de la siguientes maneras; (i) físicamente a nuestras oficinas ubicadas en 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José; (ii) Por medio del fax 2208-8817, (iii) al correo electrónico Reclamos@sagicor.com. En cualquier momento, puede también contactar telefónicamente a la Compañía al teléfono 4080-5200.

La Compañía pagará al Asegurado o a los beneficiarios designados, la suma respectiva conforme a la cobertura que se trate, después de la provisión de:

- Prueba satisfactoria de la ocurrencia del evento cubierto.
- Prueba satisfactoria de la edad del Asegurado que sufre el siniestro.
- Solicitud de indemnización del Asegurado o el (los) Beneficiario (s) en que explícitamente otorgue (n) la autorización para la consulta de expediente médico del Asegurado. Dicho formulario está disponible en el portal internet www.sagicor.cr/descargables/, en nuestras oficinas, o podrá ser solicitado al correo electrónico Reclamos@sagicor.com

En adición a lo anterior, deberán presentarse los siguientes documentos por parte del Asegurado o (los) Beneficiario (s):

Para las Coberturas A, B y D:

- Certificado de defunción, y declaración de un médico sobre la causa de la muerte.

Para la Cobertura C:

- Certificación de incapacidad total y permanente, expedida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).
- Prueba de que el Asegurado no se encontraba pensionado o retirado al momento del Accidente.

Para la Cobertura E:

- Facturas de los gastos y honorarios médicos incurridos en el Centro Médico, así como copia de las recetas médicas firmadas por dicho médico tratante.
- Facturas de los gastos incurridos en farmacias y/o laboratorios, conforme haya sido dictaminado por el Centro Médico
- Epicrisis firmada por el médico tratante donde se detalle la causa del evento, su evolución y todos los procedimientos aplicados.

Para la aplicación de las Coberturas F y G no se requiere cumplir con presentación de documentos previos, únicamente debe solicitarse el servicio respectivo conforme al procedimiento descrito en las citadas Coberturas.

En caso que alguno de los anteriores documentos sea presentado en un idioma distinto al español, deberá acompañarse de una traducción oficial a dicho idioma. Asimismo, si algún documento oficial fuera emitido por una autoridad fuera de Costa Rica, el documento deberá presentarse debidamente legalizado mediante el trámite consular aplicable.

La Compañía se compromete a resolver todas las reclamaciones que sean presentadas en los plazos establecidos en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.



Artículo 21 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

El seguro de cada Asegurado Individual se hace efectivo a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguro respectivos.

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en las Condiciones Particulares.

Artículo 22 - Renovación de la póliza

La póliza se renovará automáticamente en cada aniversario de la póliza sujeta al pago de las primas requeridas. La Compañía pueda suspender temporal o permanentemente la inclusión de nuevos Asegurados en el Grupo Asegurado en el aniversario de la póliza, en caso que el volumen del Grupo Asegurado llegue a superar el volumen declarado por el tomador en la Solicitud de Seguro sobre el número esperado de asegurados individuales, para lo cual deberá comunicar su decisión con al menos 30 días calendario de antelación a dicho aniversario.

La Compañía entregará un reporte, al menos 45 días naturales antes al vencimiento anual, detallando los Asegurados y sus respectivas sumas aseguradas individuales con la finalidad de que el Tomador verifique y aprueba dicha información previo a la renovación.

Artículo 23 - Terminación de la póliza colectiva

Salvo en los casos de terminación anticipada que permite la ley, esta póliza continuará en vigencia hasta el vencimiento de los riesgos cubiertos, sujeto a las primas que se pagan. No obstante, el Tomador podrá terminar anticipadamente esta póliza por medio de un aviso con al menos 30 días calendario de anticipación. Será condición y requisito absolutamente indispensable para dicha terminación anticipada, que el Tomador brinde adicionalmente un preaviso a la Compañía con al menos 45 días calendario de

anticipación, a fin de que la Compañía proceda a informar de dicha solicitud a los Asegurados individuales mediante comunicado, a efecto que sus intereses no se vean afectados. El Tomador deberá brindar toda colaboración requerida por la Compañía para proceder con este comunicado; dicha colaboración no libera a la Compañía de responsabilidad ante omisiones que afecten al asegurado de buena fe.

Artículo 24 - Terminación de cobertura de Asegurados Individuales

En relación a los Asegurados que sean incluidos en la póliza colectiva se dará por terminada la cobertura de forma inmediata cuando se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si por alguna razón acreditable la característica común que comparte con el Grupo Asegurado dejará de existir.
- Fecha de la muerte o invalidez total y permanente del Asegurado.
- Tras la cancelación de la póliza colectiva por parte del Tomador o por parte de la Compañía en caso de incumplimiento por parte del mismo según lo estipulado en esta póliza.

SECCIÓN VIII – CONDICIONES VARIAS

Artículo 25 - Confidencialidad de la información

La información que sea suministrada en virtud de suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho de intimidad y confidencialidad, salvo manifestación expresa del Tomador y/o Asegurado que indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial competente.



Artículo 26 - Certificado de Cobertura

La Compañía entregará al Asegurado un Certificado de Cobertura con la información requerida por la normativa vigente, en el plazo establecido por dicha normativa.

El Certificado de Cobertura podrá ser entregado al Asegurado por medio del Tomador. Adicionalmente el Asegurado podrá solicitar que se le entregue copia de las Condiciones Generales y Particulares que integran este seguro.

Artículo 27 - Legislación

Esta póliza se rige por las disposiciones de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, y de forma supletoria y en lo que resulte aplicable por el Código de Comercio y el Código Civil de la República de Costa Rica.

Artículo 28 - Periodo de cobertura

El presente seguro establece su cobertura bajo la base de ocurrencia del siniestro, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En consecuencia, este seguro sólo cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida la póliza. Todo sin perjuicio de los términos de cobertura pactados y los plazos legales de prescripción.

Artículo 29 - Indisputabilidad de la póliza

La validez de la póliza y sus coberturas será indisputable después de haber estado en vigor durante un período de dos (2) años, excepto por falta de pago de la prima o en presencia de un fraude.

Artículo 30 - Prescripción

Las obligaciones de La Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años contabilizados desde que las mismas son exigibles.

Artículo 31 - Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

Artículo 32 - Declaraciones falsas o fraudulentas

Se extinguirá la obligación de indemnizar por parte de la Compañía si se demuestran declaraciones falsas o fraudulentas realizadas por el Tomador o por el Asegurado, con dolo o culpa grave, cuando tal declaración le hubiera dado derecho a La Compañía a excluir, restringir o reducir esa obligación de conformidad con la Póliza. En caso de reticencia o falsedad por parte del Tomador o del Asegurado en la declaración del riesgo se procederá conforme a lo estipulados en la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Artículo 33 - Cesión del contrato

El Tomador ni el Asegurado podrán ceder este contrato de seguro.

Artículo 34 - Modificaciones a la Póliza

La modificación de la Póliza no será efectiva sin la firma del Representante Legal de la Compañía.



Artículo 35 - Delimitación geográfica

Está póliza cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo.

Artículo 36 - Moneda

Todos los valores o indemnizaciones bajo esta Póliza son liquidables en dólares de los Estados Unidos de América o en colones costarricenses, según la moneda que se haya convenido a la suscripción del seguro.

No obstante, las obligaciones monetarias de las partes podrán ser honradas por el equivalente en Colones según el tipo de cambio publicado por el Banco Central de Costa Rica en la fecha de pago respectiva.

Artículo 37 - Comisión de Cobro

En el caso de la Modalidad Contributiva, por la recaudación de las primas, la Compañía, reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta póliza.

SECCIÓN IX – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES

Artículo 38 - Jurisdicción y arbitraje

En caso de reclamos o disputas, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de San José, Costa Rica. No obstante lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje de forma voluntaria e incondicional. El arbitraje será de derecho y se realizará según lo establecido en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio (CICA).

De igual forma, y por común acuerdo, las partes podrán designar otro árbitro o centro de arbitraje que

consideren adecuado. El árbitro tendrá la facultad de obtener la opinión de los expertos que estime conveniente sobre cualquier asunto o cuestión que se determine.

Artículo 39 - Otras instancias de solución de controversias

En adición a la jurisdicción común y arbitral antes indicada, el consumidor de seguros, de conformidad con la normativa vigente, puede presentar sus reclamaciones o quejas en las oficinas de la Compañía, o bien dirigirse al Centro de Defensa del Asegurado, cuyos datos de contacto pueden verificarse en la página web www.sagicor.cr. Asimismo, el consumidor de seguros cuenta con derecho de acudir como parte interesada a la Superintendencia General de Seguros o a la Comisión Nacional de Consumidor, conforme a las competencias específicas de dichas entidades que estipula la normativa vigente.

Artículo 40 - Valoración por peritos

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del monto de la indemnización o la validez del criterio médico que dicte una Incapacidad Total y Permanente o causa de Muerte, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes siguiendo las condiciones estipuladas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Artículo 41 - Notificaciones

Las comunicaciones que se dirijan a la Compañía deberán realizarse por escrito directamente y enviadas a las oficinas ubicadas en 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José, fax 2208-8817, correo electrónico Reclamos@sagicor.com.

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Tomador y/o al Asegurado se realizará por cualquier medio escrito o electrónico, tales como



fax, correo electrónico, entrega personal o correo certificado, estos últimos dirigidos a la dirección física consignada en la póliza.

En caso de existir una modificación en el domicilio y/o medio de notificación a ser utilizado, el mismo deberá ser notificado por escrito a la Compañía, quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el mismo en el sistema, ya que de lo contrario, toda notificación realizada en cualquiera de las direcciones consignadas en la Póliza se tendrá como válida.

Artículo 42 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros

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 registro Número P14-26-A12-671 de fecha 28 de Abril de 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Viquez Pacheco', written over a horizontal line.

Fernando Viquez Pacheco
Representante Legal
Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.