

Seguro Colectivo de Enfermedades Graves Dólares

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.

SECCIÓN I - Condiciones Iniciales

Artículo 1 - Documentación contractual

Integran esta póliza las presentes condiciones generales, la solicitud del Tomador, los cuestionarios anexos a esta, las Condiciones Particulares, la adenda que se adicione a esta y cualquier declaración del Tomador o Asegurado.

Artículo 2 - Definiciones

Accidente cerebrovascular (ACV): Cualquier accidente cerebrovascular de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes por más de 15 días. Están incluidos en la cobertura los accidentes cerebrovasculares producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal.

Activo/a laboralmente: La persona tiene un trabajo o fuente de ingresos para la cual el/ella es capaz de realizar sus labores diarias normales, mental y físicamente. Esta condición se cumplirá con la presentación de (i) constancia salarial o comprobante de la Caja Costarricense del Seguro Social, en caso de trabajadores asalariados, o (ii) Certificación de ingresos emitida por un Contador Público Autorizado, para el caso de profesionales o trabajadores independientes.

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 recibe el beneficio de los reclamos que se generen por un riesgo cubierto por esta póliza.

Cáncer: Se refiere a la presencia de un tumor que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal circundante y a distancia. Debe existir toda la evidencia médica que documente sustancialmente el diagnóstico de cáncer.

Ceguera: Se refiere a la pérdida permanente de la vista en ambos ojos, según lo confirmado por un oftalmólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión. La agudeza visual corregida ha de ser inferior a 20/200 en ambos ojos, o el campo de visión deberá ser inferior a 20 grados en ambos ojos.

Coma: Se refiere un estado de inconsciencia sin reacción a los estímulos externos o la respuesta a las necesidades internas por un período ininterrumpido de cuatro días.

Daño Cerebral por Traumatismo: muerte del tejido cerebral debido a una lesión traumática, provocando déficit neurológico permanente con la persistencia de los síntomas clínicos. No se incluye dentro de este concepto, los siguientes:

- Anomalías detectadas en el cerebro u otras exploraciones sin síntomas clínicos relacionados de forma definitiva.
- Los signos neurológicos que ocurren sin anormalidad sintomática, por ejemplo los reflejos abruptos sin otros síntomas.
- Los síntomas de origen psicológico o psiquiátrico.
- Lesión traumática en la cabeza por el uso de alcohol u otras drogas.

Condición preexistente: Condición para la cual el Asegurado Individual haya recibido tratamiento previamente, haya sido diagnosticado, haya estado al tanto o debería haber conocido en el momento de iniciar cada cobertura.

Enfermedad Grave: Se refiere a las siguientes enfermedades, conforme sean diagnosticadas por un médico especialista debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión: (i) Cáncer; (ii) Accidente Cerebrovascular; (iii) Insuficiencia Renal; (iv) Infarto al Miocardio; (v) Ceguera; (vi) Coma; (vii) Esclerosis múltiple; (viii) Parálisis; (ix) Pérdida del habla o mudéz; (x) Sordera, (xi) Quemaduras Mayores, (xii) Daño Cerebral por Traumatismo.

Esclerosis múltiple: Se refiere un diagnóstico por un neurólogo de esclerosis múltiple definitiva, caracterizado por anomalías neurológicas que persisten durante un período continuo de al menos seis meses o con evidencia de dos episodios separados clínicamente documentados. Múltiples áreas de desmielinización deben ser confirmadas en el diagnóstico médico respectivo mediante resonancia magnética u otras técnicas de imagen utilizadas comúnmente en la profesión médica para diagnosticar la esclerosis múltiple.

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.

Hospital o Clínica: Establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

Infarto al Miocardio: Se refiere a la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los dos siguientes criterios: (i) Cambios agudos en el electrocardiograma; y (ii) Elevación de las enzimas cardíacas.

Insuficiencia Renal Crónica: Etapa de la insuficiencia renal en la que se presenta una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la necesidad de iniciar un proceso de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis y/o trasplante renal.

Límite de Aceptación de Riesgos Sin Pruebas: Monto máximo de cobertura de seguro de enfermedades graves, definido en las Condiciones Particulares de la póliza, que se otorgará sin la presentación de pruebas cuando el asegurado sea menor a los 60 años de edad. Cuando la persona tenga una edad superior a los 60 años se requerirá la Presentación de Pruebas según establecido en este contrato.

Parálisis: Se refiere a la pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades por un período continuo de noventa días siguientes al acontecimiento desencadenante, tiempo durante el cual no se presente ningún signo de mejora.

Pérdida del habla (o mudéz): Se refiere a la pérdida total e irreversible de la capacidad de hablar como resultado de una lesión física o enfermedad que debe establecerse por un período continuo de por lo menos 180 días según confirmado por un otorrinolaringólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión.

Presentación de Pruebas: La realización de un proceso de suscripción de riesgo para el que el solicitante debe completar y entregar el cuestionario médico de la aseguradora en relación con los requisitos de aseguramiento de la Compañía, que determinan una mayor disposición de la empresa para asumir el riesgo de seguro.

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

Quemaduras Mayores: son quemaduras de tercer grado en adelante, que cubren al menos el 20% de la superficie corporal, con supervivencia de al menos 30 días.

Sordera: Se refiere a la pérdida permanente de la audición en ambos oídos con un umbral de audición de más de 90 decibeles según confirmado por un otorrinolaringólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión.

Tomador: Persona jurídica o física que suscribe esta póliza en representación del Grupo Asegurado sobre el que cuenta con un interés asegurable al contar con características comunes. El tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

Artículo 3 - Prima

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

Las primas se facturarán anualmente, pero podrá fraccionarse el pago, conforme conste en las Condiciones Particulares, en pagos semestrales, trimestrales o mensuales, y deberán necesariamente ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato. No existirá recargo por fraccionamiento.

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.

Artículo 4 - 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 paga la totalidad de la prima.

La misma debe ser detallada en las Condiciones Particulares.

Artículo 5 - Descuentos

La prima comercial se podrá ver afectada en razón del volumen del Grupo Asegurado o las proyecciones de volumen del mismo al iniciar el seguro colectivo. El porcentaje de variación de la prima comercial en caso que las economías de escala deriven en menores costos se

calculará y revelará en las Condiciones Particulares para cada caso específico y afectará directamente al pagador de la prima.

Artículo 6 - 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 7 – Período de Carencia

Se establece un período de carencia de dos (2) meses, a partir de la inclusión del Asegurado a la póliza, plazos durante el cual las coberturas de la póliza no operan si el Asegurado Individual es diagnosticado o muere a causa de una Enfermedad Grave.

Artículo 8 - 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:

- Demuestre estar activo/a laboralmente en la fecha de inicio de su cobertura individual, según definido en esta póliza.
- Completar el proceso de Presentación de Pruebas, si es necesario.

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.

Artículo 9 - Edad incorrecta

Si la edad de cualquier Asegurado es errónea, se realizará un ajuste equitativo de primas bajo la póliza del seguro en caso de ser aplicable.

Artículo 10 - Obligaciones del Tomador

Registro de los Asegurados Individuales

El Tomador debe mantener un registro completo de los Asegurados miembros del Grupo Asegurado de donde se

pueda deducir la edad del asegurado, la suma asegurada vigente en cualquier momento y el número total de asegurados al final del mes según se estipula en el Artículo 37 - Registro e informes del Tomador.

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 11 - Suma asegurada

La suma asegurada 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.

Artículo 12 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

El seguro de cada Asegurado 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. Se renovará según el Artículo 16 cada año póliza.

Artículo 13 - Requisitos de inclusión de Asegurados

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.

Artículo 14 - Certificado de Cobertura

La Compañía será responsable de proporcionar al Asegurado un Certificado de Cobertura con la información correspondiente del aseguramiento y de la póliza colectiva, conforme establecido por la Regulación y Normativa vigente. 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 15 - Terminación de la póliza colectiva

En adición a los casos de terminación que contempla la legislación vigente, 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 16 - 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 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 30 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 17 - 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. En caso de negociar otras modalidades de pago vía addendum, se podrá establecer en el mismo un período de gracia superior.

Artículo 18 - Terminación de cobertura de Asegurados

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 dejaré de existir.
- 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.
- Tras cumplirse 365 días posteriores al diagnóstico de enfermedad grave del Asegurado, o tras ocurrir su muerte en dicho período, lo que ocurra primero.

SECCIÓN II - Coberturas

Artículo 19 - Cobertura Básica: Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave

La Compañía indemnizará la suma asegurada de esta cobertura si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado es diagnosticado de padecer, por primera vez, una Enfermedad Grave conforme definida en este contrato.

Beneficio

En caso de ser el Asegurado diagnosticado con una Enfermedad Grave por primera vez y durante la vigencia de esta póliza, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en un único pago.

Artículo 20 – Cobertura Adicional - Muerte y Gastos Funerarios:

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, si a consecuencia de una Enfermedad Grave diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el Asegurado fallece dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha del diagnóstico. La suma asegurada será pagada a los beneficiarios individuales independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado.

La Compañía pagará un adelanto de la suma asegurada bajo esta cobertura, conforme sea estipulado en las Condiciones Particulares, para cubrir gastos funerarios y/o de cremación ante el fallecimiento del Asegurado a causa de una Enfermedad Grave.

La Cobertura Adicional de Muerte y Gastos Funerarios opera siempre y cuando la hospitalización o fallecimiento del Asegurado sea a causa de una Enfermedad Grave, conforme definida en esta póliza, y ocurra dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha del primer diagnóstico por Enfermedad Grave, independientemente

de que el plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado.

Para efectos aclaratorios, se deja constancia que el diagnóstico médico de la Enfermedad Grave no debe contener estimaciones o pronósticos sobre la expectativa de vida o sobrevivencia máxima del Asegurado.

- Exclusiones Específicas:

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si la muerte es por una causa distinta al diagnóstico de la Enfermedad Grave.

Artículo 21 - Exclusiones generales

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia:

- **La(s) Enfermedad(es) Grave(s) que sea diagnosticada durante el Período de Carencia.**
- **Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.**
- **La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por una enfermedad grave cubierta por esta póliza.**
- **Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.**
- **Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.**
- **El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su Cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico especialista.**
- **Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.**
- **El cáncer por expansión metastásica o recurrencia. Asimismo, se excluyen los siguientes tumores: (i) Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica**

si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre; (ii) Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet; (iii) Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow; (iv) Micro-carcinoma papilar de la tiroides; (v) Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaNoMo o con una clasificación menor; (vi) Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ, el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.

- El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana.
- Coma y/o parálisis que resulte directa o indirectamente a causa del uso de drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- La ceguera causada por glaucoma diagnosticado y no tratado.

SECCIÓN III - Reclamos

Artículo 22 - Procesamiento de reclamos

La Compañía pagará a Asegurado o a los beneficiarios designados la suma asegurada conforme conste en el Registro del Tomador después de la provisión de:

- Prueba satisfactoria de la edad del Asegurado que sufre el siniestro.
- Solicitud de indemnización del Asegurado o el (los) Beneficiario (s) en que explícitamente el (los) mismo (s) de(n) la autorización para la consulta de expediente médico.

Asimismo, deberán presentarse los siguientes documentos por parte del Asegurado o (los) Beneficiario (s):

Para la Cobertura Básica:

Presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir: (i) estudios clínicos, (ii) estudios radiológicos, y (iii) estudios histológicos, y/o de laboratorio.

En caso de beneficios por Parálisis:

Presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir el detalle o descripción de la parálisis sufrida.

Para la Cobertura de Muerte y Gastos Funerarios:

- Certificado de Defunción, donde se especifique la causa de la defunción.
- En caso de fallecimiento del Cónyuge, debe presentarse un Certificado de matrimonio expedido por el Registro Civil. En caso de fallecimiento del Conviviente, se deberán presentar los documentos probatorios de la convivencia en caso de unión de hecho, según lo establecido para dicho particular en la normativa vigente.

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, incluyendo en caso de fallecimiento, el documento oficial deberá presentarse debidamente legalizado mediante el trámite consular aplicable.

Artículo 23 - Beneficiarios

Los beneficiarios de esta póliza deberán ser determinados de forma específica o genérica por el Asegurado 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.

Artículo 24 - Plazo para indemnizar

La Compañía resolverá 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.

Sección IV - Condiciones Finales

Artículo 25 - 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 26 - 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 27 - 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 el padecimiento de una Enfermedad Grave o la causa de Muerte del Asegurado, 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 28 - Indisputabilidad de la póliza

La validez de la póliza y sus coberturas adicionales será indisputable para cada Asegurado 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 29 – 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 30 - 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 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 en la declaración del riesgo se procederá conforme al artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Artículo 31 - Cesión del contrato

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

Artículo 32 - Modificaciones a la Póliza

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

Artículo 33 - 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 Asegurado y/o Tomador se realizará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que exista evidencia de

recibo, y que haya sido estipulado en la Solicitud y Condiciones Particulares de esta póliza.

Es obligación del Asegurado informar el domicilio a la Compañía para efectos de cualquier notificación. En caso de existir una modificación en el domicilio y/o medio utilizado el mismo deberá ser notificado por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el mismo en las Condiciones Particulares por medio de addendum.

Artículo 34 - Prescripción

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

Artículo 35 - Legitimación de capitales

El Tomador del seguro se compromete con La Compañía a brindar información veraz y verificable, a efecto de completar el formulario 'Conozca su Cliente'. Asimismo se compromete a realizar la actuación de los datos contenidos en dicho efecto cuando la Compañía solicite su colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la póliza en caso que el Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Tomador del seguro dentro de los 30 días siguientes contabilizados a partir de la cancelación de la póliza.

Artículo 36 - 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 37 - Registro e informes del Tomador

El Tomador deberá mantener un registro completo de todos los miembros Asegurados que son incluidos a esta póliza. Este registro incluye:

- La edad de cada miembro Asegurado.
- El monto de cobertura elegido por cada Asegurado.

Los informes se proporcionan junto con las primas en la fecha de pago de la prima cada mes detallando:

- Nombre, identificación y suma asegurada por cobertura de los Asegurados.
- El número total de miembros Asegurados a final de mes.

Artículo 38 - Delimitación geográfica

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

Artículo 39 - Moneda

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares, moneda oficial de Estados Unidos de América. Toda indemnización se realizará en Dólares, moneda oficial de Estados Unidos de América.

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 40 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas 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 P20-62-A12-491 de fecha 17 de Diciembre del 2013.



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