

Seguro Autoexpedible de Enfermedades Graves Colones

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 este Contrato de Seguros las Condiciones Generales y el Certificado de Póliza, los cuales expresan los derechos y obligaciones del Asegurado y la Compañía.

Artículo 2 – Derecho al Retracto

El Asegurado contará con un plazo no mayor a 5 días hábiles, contados a partir de la emisión del presente seguro, y siempre y cuando no haya sucedido un evento amparado según los términos de esta póliza, para revocar unilateralmente este contrato amparado al derecho de retracto, mediante comunicación formal dirigida a la Compañía, la cual entregará directamente al operador de seguros autoexpedibles correspondiente o en las oficinas de la Compañía, conforme indicadas en estas condiciones generales.

La revocación del seguro regirá a partir de la fecha de tal comunicación y la Compañía dispondrá de un plazo máximo de 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recibido de dicho documento, para devolver al Asegurado el 100% del monto de la prima pagada al momento de que se expidiera el seguro, sin penalizaciones o deducciones.

La Compañía girará un cheque o realizará un depósito en la cuenta cliente que le indique el Asegurado.

Artículo 3 - 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.

Año Póliza: El período comprendido entre las 12:00 de la noche en la Fecha de inicio 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 Generales y la oferta de seguro.

Asegurado:

Persona física, que está debidamente registrada en la póliza. Para el caso de este producto, el Tomador es el Asegurado.

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.

Certificado de Póliza: Parte integrante de la póliza en el que se resumen las condiciones particulares de la misma.

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 psicológicos o psiquiátrico.
- Lesión traumática en la cabeza por el uso de alcohol u otras drogas.

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.

Enfermedad preexistente: Cuando el Asegurado fue diagnosticado o está siendo estudiado de alguna de las enfermedades cubiertas por la póliza, antes o al momento de iniciar la cobertura.

Esclerosis múltiple: Se refiere un diagnóstico por un neurólogo de esclerosis múltiple definitiva, caracterizado por anormalidades 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.

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.

Operador de Seguro Autoexpedible: Persona jurídica que mediante un contrato mercantil, se compromete frente a la entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.

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.

Prima: Precio que debe pagar Asegurado, por la cobertura de riesgo que se asume.

Prima no devengada: Proporción de la prima pagada, correspondiente al periodo que aún no ha transcurrido.

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.

Artículo 4 - Prima

El pago de las primas es anticipado de forma anual, sin embargo el Asegurado tiene la posibilidad de fraccionar el pago y realizarlo mensualmente. La prima según el método de pago será la estipulada en el Certificado Póliza y deberán ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato. En caso de elegir la forma de pago anual, el mismo contará con un descuento implícito del 2,45% en la prima respectiva y posteriormente será redondeado a la decena más cercana.

La frecuencia y el medio de pago de la presente póliza es el que se detalla en el Certificado de Póliza.

Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación, la Compañía tiene derecho a ajustar las primas, para lo cual notificará al asegurado las nuevas primas vigentes con al menos 30 días calendario de antelación a la fecha de renovación.

Artículo 5 – Requisitos de Suscripción

Para tomar la presente póliza, el Asegurado deberá completar los siguientes requisitos:

1. Fotocopia del documento de identidad.
2. Completar el formulario Certificado de Póliza, la cual incluye la declaración de salud.
3. Firmar Certificado de Póliza y la boleta de autorización para revisar expedientes médicos.

Artículo 6 - Modalidad de contratación

Este seguro se constituye en modalidad autoexpedible, anual renovable.

Artículo 7 - 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, siempre y cuando se haya pagado la prima.

Para activar las coberturas de Muerte por Enfermedad Grave y Renta Hospitalaria, el siniestro debe ocurrir dentro de los 365 días posteriores al diagnóstico de la 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.

Artículo 8 – Período de Carencia

Se establece un período de carencia de tres (3) meses, a partir de la emisión de la póliza, plazos durante el cual las coberturas de la póliza no operan si el Asegurado es diagnosticado o muere a causa de una Enfermedad Grave.

Artículo 9 - Edad incorrecta

Si la edad del Asegurado es menor a la edad mínima de contratación (18 años), se procederá con la devolución de la prima y el seguro quedará sin efecto.

Artículo 10 - Suma asegurada

La suma asegurada será la elegida por el Asegurado, la cual constará en el formulario Certificado de Póliza.

La sumatoria de los montos asegurados de las coberturas básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, no podrá exceder los treinta y siete millones quinientos mil colones (37,500,000.00).

Para controlar los montos asegurados, la Compañía cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no

permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica definido por la Compañía.

Si eventualmente se emitiera la póliza, se le informará al Asegurado y se le devolverá el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

Artículo 11 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

El seguro entrará en vigencia en la fecha que se emita el seguro, siempre y cuando medie el pago de la prima.

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en el Certificado de Póliza

Artículo 12 – Póliza de Seguros

El Operador de Seguros Autoexpedibles deberá proporcionar al Asegurado el Certificado de Póliza y las Condiciones Generales de la misma, conforme establecido por la Regulación y Normativa vigente.

Artículo 13 Finalización de la póliza

En adición a los casos indicados por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, esta póliza finalizará si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

1. Finalizados los 365 días naturales, a partir del primer diagnóstico de la enfermedad grave.
2. Cancelación del seguro a solicitud del asegurado.
3. Vencido el periodo de gracia, y no se haya pagado la prima.
4. La aseguradora compruebe declaraciones falsas.

Durante la vigencia de esta póliza, el Asegurado podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos un mes de anticipación a la fecha de eficacia del acto. Salvo por lo especificado durante el plazo de retracto, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada. Cuando el seguro es

pagado de forma mensual la prima se da por devengada, cuando el seguro es anual se devolverá la prima no devengada a la fecha de cancelación del seguro.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

Artículo 14 - Período de gracia

Se permitirá un período de gracia de 60 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

SECCIÓN II – Coberturas

Esta póliza está conformado por un paquete de coberturas, por lo cual no pueden contratarse por separado.

Artículo 15 - 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 16 – Muerte por la Enfermedad Graves

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.

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.

Beneficio

En caso de que el Asegurado muera producto de la Enfermedad Grave diagnosticada, dentro del plazo ya estipulado, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en un único pago.

Artículo 17 Renta Hospitalaria:

La compañía pagará el importe de la renta diaria contratada, si a consecuencia de la enfermedad grave diagnosticada y cubierta por la cobertura básica, si el Asegurado es hospitalizado dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha del diagnóstico, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiere terminado.

Esta cobertura opera por un mínimo de un (1) día de hospitalización, máximo cuarenta y cinco (45) días por evento y un máximo general de noventa (90) días.

Beneficio

En caso de que el Asegurado sea hospitalizado para tratarse la Enfermedad Grave diagnosticada, dentro del plazo ya estipulado, la Compañía pagará la suma diaria asegurada por cada día de hospitalización.

- Exclusiones Específicas:

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si la muerte o la hospitalización son por causas distintas al diagnóstico de la Enfermedad Grave.

Artículo 18 - 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) Microcarcinoma 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 19 - Procesamiento de reclamos

La Compañía pagará al Asegurado o a los beneficiarios designados la suma asegurada conforme conste en el certificado póliza después de la provisión de:

- 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 de Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave:

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.

Muerte por la Enfermedad Graves

- Certificado de Defunción, donde se especifique la causa de la defunción.

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.

Para la Cobertura de renta hospitalaria:

Constancia de la hospitalización, en la que se detalle el diagnóstico, causa, días que permaneció el (los) Asegurado(s) hospitalizado(s), debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica.

Artículo 20 - Beneficiarios

Los beneficiarios de esta póliza deberán ser determinados de forma específica por el Asegurado hasta por los límites que el mismo establezca y serán señalados en el Certificado de Seguro. Esta designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada a la Compañía o el llenado del formulario de cambio de beneficiario que la Aseguradora proporciona.

En el evento en que no exista declaración de beneficiarios o esta sea de tipo genérica, la indemnización se girará conforme dispone la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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 21 - Plazo para indemnizar

La Compañía resolverá todas las reclamaciones que sean presentadas en un plazo no mayor a 30 días naturales, y en caso de ser aplicable la indemnización, esta será girada en los siguientes 30 días naturales luego de aceptado el reclamo, todo según lo establecido en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Sección IV - Condiciones Finales

Artículo 22 - 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 23 - 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 24 - 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 25 – Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el asegurado 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 Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza

Artículo 26 - 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..

Artículo 27 - Modificaciones a la Póliza

El Asegurado podrá realizar las modificaciones de beneficiarios o datos personales en el momento que lo desee.

Artículo 28 - 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; o bien, en las oficinas del Operador de Seguros Autoexpedibles.

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Asegurado 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 29 - Prescripción

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

Artículo 30 - 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 31- Legitimación de capitales

El Asegurado 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 Asegurado incumpla con esta obligación cuando se le solicite. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Asegurado dentro de los 30 días siguientes contabilizados a partir de la cancelación de la póliza.

Artículo 32 - 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 Asegurado que indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial competente.

Artículo 33 - Delimitación geográfica

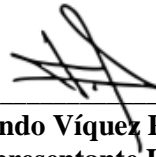
Está póliza cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo.

Artículo 34 - Moneda

Todos los valores de la Póliza se expresan en Colones, moneda oficial de Costa Rica. Toda indemnización se realizará en Colones, moneda oficial de Costa Rica.

Artículo 35 - 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 P20-62-A12-541 de fecha 04 de Setiembre de 2014.



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