

Condiciones Generales - Seguro Colectivo Plan Activo

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN

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.



Representante Legal
Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.

SECCIÓN II – ÍNDICE

Condiciones Generales - Seguro Colectivo Plan Activo	1
SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN	1
SECCIÓN II – ÍNDICE.....	2
SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES	4
Artículo 1 - Definiciones.....	4
Artículo 2 - Documentación contractual	4
Artículo 3 - Modalidad de contratación.....	5
SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA.....	5
Artículo 4 - Cobertura A Básica: Muerte Accidental.....	5
Artículo 5 - Cobertura B Opcional: Incapacidad Total y Permanente por Accidente	5
Artículo 6 - Cobertura C Opcional: Gastos Médicos por Accidente.....	5
Artículo 7 - Cobertura D Opcional – Gastos Médicos por Lesiones Deportivas.....	6
Artículo 8 - Cobertura E Opcional – Evaluación Deportológica	6
Artículo 9 - Exclusiones generales	7
Artículo 10 - Periodos de Carencia	8
Artículo 11 - Suma asegurada.....	9
Artículo 12 - Designación de Beneficiarios	9
SECCIÓN V – OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y FORMA DE PAGO DE PRIMA	9
Artículo 13 - Obligaciones del Tomador	9
Artículo 14 - Elegibilidad	9
Artículo 15 - Límite de Aceptación de Riesgos sin Pruebas.....	9
Artículo 16 - Requisitos de inclusión de Asegurados.....	10
Artículo 17 - Edad Incorrecta	10
Artículo 18 - Registro e informes del Tomador.....	10
Artículo 19 - Legitimación de capitales	10
Artículo 20 - Confidencialidad de la información.....	10
Artículo 21 - Certificado de Cobertura.....	10
Artículo 22 - Resolución de Reclamos.....	11
Artículo 23 - Obligaciones del Asegurado y de sus Beneficiarios	11
Artículo 24 - Prima	11
Artículo 25 - Período de gracia	11
Artículo 26 - Descuentos.....	11
Artículo 27 - Comisión de Cobro.....	12
SECCIÓN VI – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA.....	12
Artículo 28 - Procesamiento de reclamos	12
Artículo 29 - Periodo de cobertura.....	12
Artículo 30 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia.....	13
Artículo 31 - Renovación de la póliza	13
Artículo 32 - Indisputabilidad de la póliza	13
Artículo 33 - Terminación de la póliza colectiva	13
Artículo 34 - Terminación de cobertura de Asegurados Individuales	13
SECCIÓN VII – CONDICIONES VARIAS.....	13
Artículo 35 - Legislación.....	13
Artículo 36 - Prescripción.....	14
Artículo 37 - Rectificación de la Póliza	14
Artículo 38 - Declaraciones falsas o fraudulentas.....	14

Artículo 39 -	Cesión del contrato	14
Artículo 40 -	Modificaciones a la Póliza	14
Artículo 41 -	Delimitación geográfica	14
Artículo 42 -	Moneda.....	14
SECCIÓN VIII –	INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES	14
Artículo 43 -	Jurisdicción y arbitraje.....	14
Artículo 44 -	Otras instancias de solución de controversias	14
Artículo 45 -	Valoración por peritos.....	15
Artículo 46 -	Notificaciones	15
Artículo 47 -	Registro ante la Superintendencia General de Seguros.....	15

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. Se excluyen expresamente los accidentes de tránsito, conforme consta en el artículo 9 siguiente, salvo en el caso que el Asegurado sea peatón herido por un accidente de tránsito.

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: Establecimiento médico asistencial con capacidad y autorizado por el Ministerio de Salud para el tratamiento y/o internamiento de pacientes.

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).

Lesiones Deportivas: Daño físico que sufre el Asegurado en la práctica o competición de una actividad deportiva o recreativa.

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.

Red de Proveedores: Centros Médicos, Consultorios, y Médicos con los cuales la Compañía ha establecido convenios comerciales para la prestación de los servicios amparados en esta póliza. La red de proveedores podrá ser consultada en www.sagicor.cr.

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 Accidental

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre el fallecimiento del Asegurado como 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 y por causa directa de éste**, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado

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.

Beneficio

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

Deducible: No aplica.

Artículo 5 - Cobertura B Opcional: Incapacidad Total y Permanente por Accidente

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares y certificado de cobertura, esta póliza cubre el riesgo de incapacidad total y permanente del Asegurado Individual causada por accidente.

Beneficio

En caso de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Individual bajo circunstancias amparadas en este contrato de seguro se pagará un beneficio mediante un pago único a favor del Asegurado Individual. El mismo será igual al porcentaje de la suma asegurada que conste en la Solicitud de Inclusión y en el Certificado de Seguro.

Artículo 6 - Cobertura C Opcional: Gastos Médicos por Accidente

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares y certificado de cobertura, esta póliza cubre los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado en el Centro Médico 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 en el Centro Médico, con el especialista allí designado, el uso de los servicios hospitalarios del Centro Médico, cirugía y/o cualquier cuidado médico, medicamentos y exámenes clínicos y/o de laboratorio necesarios para la restauración de la salud del Asegurado. Después de superado el deducible, la Compañía pagará hasta el 80% del costo de los gastos médicos incurridos.

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.

Deducible: Existirán tres opciones de deducible (según la moneda elegida por el Tomador al suscribir el seguro):

Colones	Dólares
CRC 75.000 fijos por evento	USD\$ 150 fijos por evento
CRC 50.000 fijos por evento	USD\$ 100 fijos por evento
CRC 0 (Cero Deducible)	USD\$ 0 (Cero deducible)

La opción de deducible elegida por el Tomador constará en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro. Conforme indicado anteriormente, la Compañía cubrirá única y exclusivamente el 80% de los gastos incurridos, una vez superado el deducible, **por lo que el restante 20% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual exclusivamente.**

Artículo 7 - Cobertura D Opcional – Gastos Médicos por Lesiones Deportivas

Sujeto a los términos, condiciones, exclusiones y periodos de carencia previstos, si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares y certificado de cobertura, esta póliza cubre los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado en el Centro Médico como resultado de una Lesión Deportiva sufrida, durante el período de vigencia del contrato, hasta por la suma asegurada en esta Cobertura y por un máximo de DOS eventos por año póliza.

La cobertura incluye únicamente los gastos de consulta, exámenes médicos y medicamentos para el trato de la Lesión Deportiva en el Centro Médico, hasta por el monto establecido en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, y sujeto al esquema de copago que sea elegido por el Tomador.

Beneficio:

En caso que el Asegurado sufra una Lesión Deportiva objeto de cobertura, la Compañía reembolsará únicamente los gastos de consulta, exámenes médicos y medicamentos para el trato de la Lesión Deportiva en el Centro Médico, hasta por el monto establecido en las

Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, y sujeto al esquema de copago que sea elegido por el Tomador. **Este beneficio podrá ser utilizado por un máximo de DOS eventos por año póliza.**

Esta cobertura opera por reembolso, de forma tal que la Compañía únicamente cubrirá los gastos que hayan sido pagados para atender la Lesión Deportiva, sujeto al esquema de copago que sea elegido por el Tomador.

Conforme conste en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, el Tomador podrá elegir entre dos esquemas de copago, a saber:

- **Esquema 60/40:** En dicho esquema, la Compañía pagará hasta el 60% del costo de los gastos médicos incurridos en el Centro Médico, siendo que el 40% restante será pagado por el Asegurado.
- **Esquema 70/30:** En dicho esquema, la Compañía pagará hasta el 70% del costo de los gastos médicos incurridos en el Centro Médico, siendo que el 30% restante será pagado por el Asegurado.

Deducible: No hay.

Artículo 8 - Cobertura E Opcional – Evaluación Deportológica

Sujeto a los términos, condiciones, exclusiones y periodos de carencia previstos, si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, esta póliza ampara los costos de la evaluación deportológica del Asegurado en la Red de Proveedores de la compañía, según el plan escogido por el Tomador y hasta por un máximo de un evento al año póliza., Se podrá elegir entre dos planes, los cuales son excluyentes entre sí, a saber:

a) Plan Evaluación Muscular

Hemograma / Plaquetas	- Recuento de Leucocitos
	- Recuento de Eritrocitos
	- Hemoglobina y Hematocrito
	- Plaquetas

Perfil de Lípidos	- Colesterol Total
	- Colesterol HDL
	- Colesterol LDL
	- Colesterol VLDL
	- Triglicéridos
Placa de Tórax	
CPK	
Consulta Médico General	

b) Plan Evaluación Cardíaca

Hemograma / Plaquetas	- Recuento de Leucocitos
	- Recuento de Eritrocitos
	- Hemoglobina y Hematocrito
	- Plaquetas
Perfil de Lípidos	- Colesterol Total
	- Colesterol HDL
	- Colesterol LDL
	- Colesterol VLDL
	- Triglicéridos
* Ecocardiograma (US de Corazón + Electrocardiograma) o Prueba de Esfuerzo.	
Consulta Médico General	
Consulta Traumatología o Nutrición**	

* Los Planes son excluyentes entre sí.

** La consulta con el especialista en nutrición incluye el análisis de composición corporal.

Este beneficio operará contra solicitud de la interesada quien deberá comunicarse con la Compañía al número telefónico (506) 4080-5200 de Lunes a Viernes en horas hábiles, para coordinar el servicio, y no deberá cancelar suma adicional alguna contra dicha solicitud o contra utilización del servicio. **Este beneficio adicional no cubre ningún costo u honorario que sea ajeno o adicional a la evaluación, así como ningún costo u honorario por servicios prestados por proveedores distintos a la Red de Proveedores de la Compañía.** 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.

Deducible: No hay.

Artículo 9 - Exclusiones generales

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia:

Para todas las Coberturas:

- Por tratarse de una póliza que brinda cobertura ante Accidentes, esta póliza no cubre ningún padecimiento, daño, muerte, o perjuicio que surja por causa directa o indirecta de una Condición preexistentes o de un evento ajeno o diferente a un Accidente.
- Cualquier tipo de accidente de tránsito, salvo en el caso que el Asegurado sea peatón herido por un accidente de tránsito.

Para las Coberturas A: La Cobertura A no cubre 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.
- 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, motociclismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- 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.

Para la Cobertura B: La Cobertura B 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.
- La incapacidad del Asegurado que no sea por causa directa de un Accidente, incluyendo pero sin limitarse a lesiones causadas por tentativa de suicidio.
- La incapacidad del Asegurado por lesiones sufridas 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.
- La incapacidad del Asegurado a causa de lesiones sufridas al cometer o intentar cometer un delito.
- La incapacidad del Asegurado a causa de lesiones sufridas en actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, motociclismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- La incapacidad del Asegurado a causa de lesiones sufridas al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- La incapacidad del Asegurado a causa de lesiones causadas al Asegurado por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.

Para la Cobertura C: La Cobertura C 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, motociclismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- Lesiones causadas al Asegurado por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.

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

- Lesiones o padecimientos del Asegurado que no sean causa directa de una Lesión Deportiva.
- Lesiones sufridas por el Asegurado al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- Lesiones sufridas por el Asegurado a causa de cometer o intentar cometer un delito.
- Lesiones causadas al Asegurado por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.

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

- Exámenes, consultas, medicamentos, o cualquier tratamiento que no estén descritos en la cobertura.
- Cualquier otro tratamiento o evaluación no amparado por la cobertura.
- Cualquier tratamiento o evaluación realizado fuera de la red de proveedores.

Artículo 10 - Periodos de Carencia

Esta póliza contempla los siguientes períodos de carencia:

Cobertura	Período de Carencia
Cobertura A, B y C	No aplica
Cobertura D	6 meses
Cobertura E	3 meses

Artículo 11 - 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.

Artículo 12 - Designación de Beneficiarios

En el caso de la Cobertura A, 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 DE LAS PARTES Y FORMA DE PAGO DE PRIMA

Artículo 13 - Obligaciones del Tomador

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 según se estipula en el Artículo 18 - 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 14 - 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:

- Sean mayores de 18 años.
- 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.
- 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 15 - Límite de Aceptación de Riesgos sin Pruebas

El Tomador entiende y acepta 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.

Artículo 16 - 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.

La prueba de edad será necesaria para verificar la edad del Asegurado Individual al momento de incluir un Asegurado a la póliza colectiva. Si la edad de cualquier Asegurado se especifica incorrectamente se aplicará lo establecido en el Artículo siguiente.

Artículo 17 - Edad Incorrecta

Si la edad del Asegurado Individual es errónea, 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. El mismo se deberá hacer reflejando los atrasos o el sobrepago de la prima por el período total para el cual el seguro estaba en vigencia.

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.

Artículo 18 - 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 Individual.

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

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

Artículo 19 - 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 20 - 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 21 - Certificado de Cobertura

La Compañía será responsable de proporcionar 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 22 - Resolución de Reclamos

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 23 - Obligaciones del Asegurado y de sus Beneficiarios

En adición a otras obligaciones indicadas en las presentes Condiciones Generales, el Asegurado tendrá la obligación de realizar el pago oportuno de la prima convenida. Asimismo, tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en el artículo 28 de las presentes Condiciones Generales, y notificar a la Compañía de cualquier cambio en su dirección de notificaciones, conforme se establece en el artículo 46 siguiente. Finalmente, deberá observar y cumplir sus obligaciones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y normativa conexas.

En cuanto a los Beneficiarios, y a fin de optar por los beneficios que les concede esta póliza bajo la Cobertura A, éstos deberán seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en el artículo 28 de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 24 - 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.

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.

Artículo 25 - 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.

Artículo 26 - 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 27 - 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 VI – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Artículo 28 - 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, 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 la Cobertura A:

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

Para la Cobertura B:

- 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 C y D:

- 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

Para la aplicación de la Cobertura E no se requiere cumplir con presentación de documentos previos, únicamente debe solicitarse la cita conforme a al procedimiento descrito en la Cobertura.

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.

Conforme se indica en el artículo 22 anterior, 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 29 - 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 30 - 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. Se renovará según el Artículo siguiente en cada año póliza.

Artículo 31 - 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 32 - 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 33 - 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 34 - 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 VII – CONDICIONES VARIAS

Artículo 35 - 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 36 - Prescripción

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

Artículo 37 - 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 38 - 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 39 - Cesión del contrato

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

Artículo 40 - Modificaciones a la Póliza

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

Artículo 41 - Delimitación geográfica

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

Artículo 42 - 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.

SECCIÓN VIII – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES

Artículo 43 - 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 44 - 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.

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 P19-57-A12-639 de fecha 09 de Julio del 2015.

Artículo 45 - 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 46 - 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 47 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la