

SEGURO

Autoexpedible

Diagnóstico de

ENFERMEDADES

GRAVES

¡Mayor tranquilidad para poder enfrentar condiciones que generan un altísimo impacto en el estilo de vida!



Sagikor

SECCIÓN I – ÍNDICE

SECCIÓN II - COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	2
SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES	3
1. Definiciones.....	3
2. Documentación contractual.....	4
SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA	4
3. Cobertura Básica: Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave.....	4
4. Cobertura Básica: Muerte a causa de Enfermedad Grave	4
5. Cobertura Básica: Hospitalización a causa de Enfermedad Grave	5
6. Exclusiones Generales:.....	5
7. Suma asegurada	6
8. Periodo de cobertura	6
9. Período de Carencia	6
10. Delimitación geográfica.....	6
SECCIÓN V – BENEFICIARIOS	6
11. Designación de Beneficiarios	6
SECCIÓN VI – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO y BENEFICIARIOS.....	7
12. Obligaciones del Asegurado	7
13. Declaraciones falsas o fraudulentas.....	7
14. Obligaciones de los Beneficiarios	7
SECCIÓN VII – PRIMA.....	7
15. Prima	7
16. Prima Incorrecta	8
17. Período de Gracia	8
18. Recargos y Descuentos.....	8
SECCIÓN VIII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA	8
19. Procesamiento de reclamos.....	8
20. Inicio del Seguro y Fecha de vigencia	9
21. Terminación de la póliza	9
SECCIÓN IX – CONDICIONES VARIAS	9
22. Derecho al Retracto	9
23. Requisitos de Suscripción	10
24. Entrega de la Póliza	10
25. Confidencialidad de la Información	10
26. Legislación	10
27. Prescripción	10
28. Indisputabilidad de la póliza.....	10
29. Cesión del contrato	10
30. Modificaciones a la Póliza	10
31. Moneda	10
SECCIÓN X – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES	10
32. Jurisdicción y arbitraje.....	10
33. Otras instancias de solución de controversias	11
34. Valoración por peritos.....	11
35. Notificaciones.....	11
36. Registro ante la Superintendencia General de Seguros.....	11

SECCIÓN II - COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

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

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

Representante legal

Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.

SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES

1. 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 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 la Oferta de Seguro.

Asegurado: Persona física que suscribe la póliza. Para el caso de este producto es sinónimo de tomador.

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

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

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 condiciones o enfermedades, conforme sean diagnosticadas por un médico especialista debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión:

- Cáncer
- Accidente Cerebrovascular
- Insuficiencia Renal Crónica
- Infarto al Miocardio
- Ceguera
- Coma
- Esclerosis múltiple
- Parálisis
- Pérdida del habla o mudez
- Sordera
- Quemaduras Mayores
- 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.

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.

Oferta de Seguro: Parte integrante de la póliza en el que se resumen las condiciones particulares de la misma, una vez aceptada por el Tomador.

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 mudez): 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.

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 decibelios según confirmado por un otorrinolaringólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión.

2. Documentación contractual

Integran esta póliza autoexpedible las presentes Condiciones Generales y la Oferta de Seguro, los cuales expresan los derechos y obligaciones del Asegurado y la Compañía. Las Condiciones Generales prevalecen sobre la Oferta de Seguro.

SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA

3. Cobertura Básica: Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre el diagnóstico realizado, por primera vez, al Asegurado de cualquier Enfermedad Grave conforme definida en este contrato.

Beneficio: En caso de que el Asegurado sea 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 a favor del Asegurado. El mismo será igual al a la suma asegurada que conste en la Oferta de Seguro. En caso que el Asegurado fallezca previo al momento de presentación de la Solicitud de Indemnización este Beneficio será pagado en un único pago a favor de los Beneficiarios designados para la Cobertura de Muerte.

Deducible: No hay.

4. Cobertura Básica: Muerte a causa de Enfermedad Grave

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre el fallecimiento del Asegurado como resultado directo de la Enfermedad Grave cubierta, siempre y cuando dicho fallecimiento ocurra dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha del evento,

independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado.

Beneficio: En caso de muerte del Asegurado a causa de la Enfermedad Grave cubierta y 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, conforme al plan elegido por el Asegurado que conste en la Oferta de Seguro. El pago de una indemnización por muerte del Asegurado extingue la presente póliza, dando por devengada la totalidad de la prima.

Deducible: No hay.

5. Cobertura Básica: Hospitalización a causa de Enfermedad Grave

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre la hospitalización del Asegurado como resultado directo de la Enfermedad Grave cubierta, siempre y cuando dicha hospitalización ocurra dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha del evento, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado.

Beneficio: En caso que el Asegurado sea hospitalizado, a causa de riesgo amparado, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura por día de hospitalización en un único pago a favor del Asegurado y una vez superado el deducible. El mismo será igual al a la suma asegurada que conste en la Oferta de Seguro. En caso que el Asegurado fallezca previo al momento de presentación de la Solicitud de Indemnización este Beneficio será pagado en un único pago a favor de los Beneficiarios designados para la Cobertura de Muerte.

Esta cobertura opera por un máximo de 45 días consecutivos por evento y hasta 90 días acumulados por Asegurado.

Deducible: 2 días de hospitalización por evento.

6. Exclusiones Generales:

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia:

Para la Cobertura Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave, Muerte a causa de Enfermedad Grave y Hospitalización a causa de Enfermedad Grave:

- **Muerte del Asegurado, como resultado directo o indirecto de una Condición preexistente que surja o se manifieste dentro los primeros 12 meses de cobertura.**
- **La(s) Enfermedad(es) Grave(s) que sea diagnosticada durante el Período de Carencia.**
- **Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas, incluyendo 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.**
- **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; y (vii) 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.**

Adicionalmente para la Cobertura Básica: Muerte a causa de Enfermedad Grave

Se cuenta con las siguientes exclusiones:

- **Cualquier muerte no relacionada de forma directa a la Enfermedad Grave diagnosticada por primera vez y cubierta por esta póliza.**
- **Muerte del asegurado que ocurra luego de transcurridos 365 días naturales desde el momento del diagnóstico por primera vez de la Enfermedad Grave cubierta por esta póliza.**

7. Suma asegurada

La suma asegurada será la elegida por el Asegurado, según las opciones de planes ofrecidos que constan en la Oferta de Seguro.

La sumatoria de los montos asegurados bajo cobertura de muerte por cualquier causa en pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, no podrá exceder sesenta y cinco millones de colones o setenta y cinco mil dólares, independientemente si cuenta con el producto en ambas monedas.

Para controlar los montos asegurados, la Compañía cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado. 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.

8. 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.

Para activar las coberturas Muerte a causa de Enfermedad Grave y Hospitalización a causa de Enfermedad Grave, 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.

9. Período de Carencia

Esta póliza contempla los siguientes períodos de carencia:

Cobertura	Meses
Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave	TRES (3)
Muerte a causa de Enfermedad Grave	TRES (3)
Hospitalización a causa de Enfermedad Grave	TRES (3)

10. Delimitación geográfica

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

SECCIÓN V – BENEFICIARIOS

11. Designación de 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 Oferta de Seguro.

Toda designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada a la Compañía.

El Asegurado determinará en la Oferta de Seguro el o los beneficiarios de las Coberturas Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave y Muerte a causa de Enfermedad Grave de esta póliza, asignándoles un derecho porcentual a la eventual indemnización.

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 VI – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS

12. Obligaciones del Asegurado

En adición a otras obligaciones indicadas en las presentes Condiciones Generales, el Asegurado asume las siguientes obligaciones:

- a) Pago de Prima: El Asegurado tendrá la obligación de realizar el pago oportuno de la prima convenida.
- b) Proceso Indemnizatorio: El Asegurado tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales, y notificar a la Compañía de cualquier cambio en su dirección de notificaciones.

- c) Finalmente, deberá observar y cumplir sus obligaciones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y normativa conexas.

13. 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, 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 a lo estipulado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

14. Obligaciones de los Beneficiarios

A fin de optar por los beneficios que les concede esta póliza, los Beneficiarios deberán seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales. Por tratarse de una póliza que brinda cobertura únicamente en relación con la vida del Asegurado, será obligación de los Beneficiarios demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro. Asimismo, deberá colaborar con la Compañía en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio

SECCIÓN VII – PRIMA

15. Prima

Es el precio establecido para esta póliza, el cual se establece en la Oferta de Seguro, según el rango de edad en que se ubique el Asegurado.

El pago de las primas es anticipado de forma anual, sin embargo, el Asegurado tiene la posibilidad de fraccionar el pago y realizarlo mensualmente; para lo cual las primas deberán ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato.

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

Ajustes en las primas

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. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará con base en factores tales como la inflación, las tasas de mortalidad, entre otros factores.

16. Prima Incorrecta

Si la edad del Asegurado indicada en la Oferta de Seguro 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 la Oferta de Seguro. En caso que el cambio de la edad no implique un aumento o disminución en la tarifa del Asegurado bajo esta póliza no será necesario realizar dicho ajuste.

17. Período de Gracia

Se permitirá un período de gracia de 90 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

18. Recargos y Descuentos

En la presente póliza, no aplican recargos de ningún tipo. Se contempla un descuento en caso de pago anual de la prima de la póliza, según el porcentaje que se indica en la Oferta de Seguro.

SECCIÓN VIII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA

19. 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 las siguientes maneras; (i) físicamente a

nuestras oficinas ubicadas en 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José; (ii) al correo Reclamos@sagicor.com. En cualquier momento, puede también contactar a nuestros especialistas de Servicio al Cliente al 4080-0776, a nuestro Whatsapp +506 6060-0776 o por correo SCR_Servicioalcliente@sagicor.com.

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:

Identificación del Asegurado.

Formulario de Indemnización del Asegurado o el (los) Beneficiario (s) en que explícitamente otorgue (n) la autorización para la consulta de expediente médico del Asegurado. Dicho formulario está disponible en el portal internet www.sagicor.cr/descargables/, puede solicitarse al correo Reclamos@sagicor.com o también por medio de nuestros especialistas de Servicio al Cliente al 4080-0776.

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

Para la Cobertura Básica Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave:

Presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir:

- Estudios clínicos,
- Estudios radiológicos
- Estudios histológicos, y/o de laboratorio
- Epicrisis con fecha del primer diagnóstico.

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 Básica Muerte:

- Certificado de Defunción, donde se especifique la causa del fallecimiento.

Para la Cobertura Hospitalización a causa de Enfermedad Grave:

- Constancia de la hospitalización con fechas, 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.

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

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

20. Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

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

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en la Oferta de Seguro y será renovado a su vencimiento, salvo que el Asegurado brinde un aviso previo a la Compañía con al menos 30 días de antelación al vencimiento, todo sin perjuicio del derecho de la Compañía de ajustar las tarifas de primas conforme antes indicado.

21. Terminación 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:

- a) Cancelación del seguro a solicitud del asegurado.
- b) Finalizados los 365 días naturales, a partir del primer diagnóstico de la enfermedad grave
- c) Vencido el periodo de gracia, y no se haya pagado la prima.
- d) La aseguradora compruebe declaraciones falsas.

- e) Ante la muerte del Asegurado.

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 que se haya pagado 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.

SECCIÓN IX – CONDICIONES VARIAS

22. Derecho al Retracto

El Asegurado contará con un plazo máximo de 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 autoexpedible 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 indique el Asegurado.

23. Requisitos de Suscripción

Para tomar la presente póliza, el Tomador deberá cumplir los siguientes requisitos:

- a) Contar con una tarjeta de crédito, débito o cuenta vigente.
- b) Completar el formulario Oferta de Seguro con la declaración de salud.
- c) Ser mayor de 2 años y, en caso de ser menor de edad, su Oferta de Seguro deberá ser completamente por quien ejerza patria potestad sobre el menor.

24. Entrega de la Póliza

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

25. Confidencialidad de la Información

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

26. 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.

27. Prescripción

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

28. 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.

29. Cesión del contrato

El presente contrato no podrá ser cedido por el Tomador o Asegurado.

30. Modificaciones a la Póliza

Las modificaciones de la Póliza no serán efectivas sin la firma del Representante Legal de la Compañía. El Asegurado podrá solicitar las modificaciones de datos personales en el momento que lo desee, mediante comunicación a la Compañía.

31. 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 X – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES

32. 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.

33. 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.

34. 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 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.

35. 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, correo electrónico SCR_servicioalcliente@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.

36. 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.

Representante Legal
Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.