

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO ONCOLÓGICO PLUS CON ASISTENCIAS
CONDICIONES GENERALES**INDICE**

1.	COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	1
2.	DEFINICIONES.....	2
3.	BASES DEL CONTRATO	3
4.	ÁMBITO DE COBERTURA	4
5.	EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LA COBERTURA	5
6.	BENEFICIARIOS.....	7
7.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES.....	7
8.	OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	8
9.	LEGITIMACIÓN DE CAPITALS	8
10.	PRIMA O TARIFA DE SEGURO.....	8
11.	PAGO DE LA PRIMA.....	8
12.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.....	9
13.	PERÍODO DE GRACIA.....	10
14.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA.....	10
15.	PLAZO DE RESOLUCIÓN	11
16.	VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA.....	11
17.	TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.....	11
18.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADA.....	12
19.	CONDICIONES VARIAS	12
20.	CONTROVERSIAS.....	14
21.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	14

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, la “Compañía”, se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente póliza. Sin embargo, el derecho a las prestaciones se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurada con todos dichos términos y condiciones de la póliza.



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

2. DEFINICIONES

Los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **ASEGURADA:** Persona que contrata la presente póliza y se encuentra cubierta y debidamente registrada en el Certificado Individual de Cobertura.
2. **BENEFICIARIO:** Persona designada por la Asegurada a quien se le reconoce el derecho de percibir la totalidad o una porción de la indemnización derivada en esta póliza.
3. **CÁNCER:** Enfermedad caracterizada por la manifestación o presencia de uno o más tumores malignos con crecimiento y expansión incontrolable de células malignas, incluyendo la extensión directa o metástasis; grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y los linfomas o melanoma agresivo que excede una profundidad de 0.75 milímetros. Para efectos de la presente póliza no se considerará como cáncer el carcinoma in situ no-agresivo; los tumores no-agresivos localizados que se encuentren en etapas iniciales de malignidad; tumores asociados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); Sarcoma Kaposi y otros tipos de cáncer relacionados con el SIDA; o cualquier cáncer de la piel que no sea melanoma maligno.
4. **CANCER IN SITU:** Afección por la que se encuentran células anormales, que parecen células cancerosas, al microscopio solo en el lugar donde se formaron y que todavía no se diseminaron al tejido cercano. Es posible que en algún momento estas células se vuelvan cancerosas y se diseminen al tejido normal cercano. Hay muchas clases diferentes de carcinoma in situ según el tipo de tejido donde empezaron; entre ellas, el adenocarcinoma in situ (de cuello uterino, pulmón y tubo digestivo), el carcinoma ductal in situ (de mama) y el carcinoma de células escamosas in situ (de piel, boca y laringe). También se llama enfermedad en estadio 0.
5. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, condición física o mental de la Asegurada, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por la Asegurada, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por la Asegurada o por terceros.
6. **DEDUCIBLE:** Número de días que la Asegurada permanece hospitalizada por los cuales no tiene derecho a indemnización.
7. **DIAGNÓSTICO:** Identificación y comprobación realizada por un médico especialista sobre una enfermedad, afección o lesión de la Asegurada, basándose en exámenes médicos correspondientes.
8. **DÍA DE HOSPITALIZACIÓN:** Veinticuatro (24) horas en que la Asegurada se encuentra internada en un hospital.
9. **EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental que pone en riesgo la vida y la integridad física de la Asegurada, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de asistencia. Una vez identificada deberá ser reportada a la Prestadora de Servicios durante las veinticuatro (24) horas siguientes de haber ocurrido.
10. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por la Asegurada, causada independientemente de hechos accidentales.
11. **HOSPITAL:** Establecimiento legalmente autorizado para el servicio médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye dentro de este término un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
12. **HOSPITALIZACIÓN / HOSPITALIZADA:** Situación en la que una persona está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice al menos un día completo (incluida la noche) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. No se considera la hospitalización domiciliaria.
13. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en Costa Rica. El médico en ningún caso podrá ser la Asegurada, su cónyuge o algún pariente de la Asegurada en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.

14. **MÉDICO ESPECIALISTA:** Médico que ha recibido educación adicional por una entidad reconocida debidamente para ello, calificado legalmente para diagnosticar o prescribir tratamientos para las enfermedades especificadas dentro de esta póliza siempre y cuando no sea familiar de la Asegurada.
15. **METÁSTASIS:** Presencia de tejido neoplásico maligno en ubicación diferente de la lesión primaria inicial, del mismo tipo histológico que surge en consecuencia de la diseminación del tumor primario por medio del torrente sanguíneo o linfático.
16. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde la Asegurada participa al Tomador un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de las coberturas otorgadas.
17. **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Tomador paga la totalidad de la prima por las coberturas otorgadas a todas las Aseguradas.
18. **PERIODO DE ESPERA:** Tiempo con posterioridad a la fecha contratación de la póliza, durante el cual no se ampara reclamaciones bajo ciertas coberturas o prestación de algún servicio de asistencia. También obedece al periodo que debe transcurrir entre una y otra solicitud de servicios de asistencia.
19. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia a través de su red proveedores.
20. **SERVICIO DE ASISTENCIA:** Agrupamiento de servicios técnicos y/o profesionales brindados por la Prestadora de Servicios, cuyo objetivo es respaldar a la Asegurada ante eventos amparados en las presentes condiciones. Para poder gozar de estos servicios, la Asegurada deberá requerirlos y la Prestadora de Servicios deberá autorizarlos según corresponda, siempre y cuando se brinde la información y documentación solicitada y no se incumplan con aspectos de naturaleza legal.
21. **SINIESTRO:** Ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad de la Asegurada que, amparado por la presente póliza, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
22. **TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos a la Compañía. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la Asegurada. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del seguro colectivo. El deber de informar a las aseguradas, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

3. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurada, las Condiciones Generales y Particulares y el Certificado Individual de Cobertura. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si la Asegurada no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la póliza. En caso de que la Asegurada ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Compañía deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Compañía no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor de la solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Compañía deberá indicar a la solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

A. COBERTURA BÁSICA DE CÁNCER – PRIMER DIAGNÓSTICO

La Compañía pagará la suma asegurada de acuerdo con el plan contratado, si durante la vigencia de la póliza y una vez concluido el periodo de espera, la Asegurada, por primera vez en su vida, es diagnosticada de algún cáncer cubierto.

B. COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER DE GÉNERO

Adicional al pago que se indemnice bajo la Cobertura Básica de Cáncer – Primer Diagnóstico, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, de acuerdo con el plan contratado, si durante la vigencia de la póliza y una vez concluido el periodo de espera, la Asegurada, por primera vez en su vida, es diagnosticada de algún cáncer listado a continuación:

- Cáncer vaginal.
- Cáncer de útero (incluyendo cáncer de cérvix).
- Cáncer de mama.
- Cáncer de vulva.
- Cáncer de ovario.

C. COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE A CAUSA DE CÁNCER

Por medio de esta cobertura, la Compañía indemnizará a los beneficiarios la suma asegurada de acuerdo con el plan contratado, en el caso de que la Asegurada fallezca a consecuencia de cáncer y dicho fallecimiento suceda en el transcurso de trescientos sesenta y cinco (365) días a partir del primer diagnóstico, siempre y cuando, el diagnóstico haya sido realizado durante la vigencia de la póliza y concluido el periodo de espera.

D. COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE CÁNCER

La Compañía pagará el monto diario de renta de acuerdo con el plan contratado, si la Asegurada es hospitalizada como consecuencia del diagnóstico de un cáncer cubierto por la póliza, sujeto a la suma asegurada, máximo de días a indemnizar y deducible indicados en el Certificado Individual de Cobertura.

E. SERVICIO DE ASISTENCIA

A consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente que afecte a la Asegurada, la prestadora de servicios le brindará los siguientes servicios de asistencia:

- Orientación nutricional o psicológica telefónica:** Se pondrá en contacto, vía telefónica, a la Asegurada con un profesional en nutrición quien le brindará consejos para tener una alimentación saludable, o bien, con un psicólogo quien le brindará recomendaciones generales en base a sus necesidades y cuando amerite se compartirá ejercicios con el fin de ayudar en la situación que atraviesa.
- Cita nutricional o psicológica en consultorio:** La prestadora de servicios le brindará y coordinará a la Asegurada, la cita en consultorio con un nutricionista o psicólogo.
- Traslado terrestre en ambulancia:** En caso de emergencia se le brindará y coordinará a la Asegurada, su traslado terrestre en ambulancia desde el lugar en donde ocurra la emergencia al centro hospitalario más cercano.

Límites:

Orientación nutricional telefónica: Este servicio tiene un tiempo de espera de treinta (30) días entre cada llamada.

Orientación psicológica telefónica: Este servicio tiene un tiempo de espera de treinta (30) días entre cada llamada.

Cita nutricional en consultorio: Dos (2) citas en el año póliza, entre una cita y otra se establece un tiempo de espera de treinta (30) días, y sujeto a un período de espera de un (1) mes a partir de la fecha de contratación de la póliza.

Cita psicológica en consultorio: Dos (2) citas en el año póliza, entre una cita y otra se establece un tiempo de espera de treinta (30) días, y sujeto a un período de espera de dos (2) meses a partir de la fecha de contratación de la póliza.

Traslado terrestre en ambulancia: Dos (2) traslados en el año póliza. En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con ambulancia de la Cruz Roja.

5. EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS

5.1. EXCLUSIONES

Las siguientes exclusiones aplican de forma general a todas las coberturas diferentes al servicio de asistencia.

1. **Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.**
2. **El siniestro se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**
3. **Sometimiento de la Asegurada a radiación permanente, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.**
4. **Cáncer “in situ”.**
5. **Se excluyen los siguientes tumores:**
 - a. **Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica, si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.**
 - b. **Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.**
 - c. **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.**
 - d. **Micro-carcinoma papilar de la tiroides.**
 - e. **Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.**
 - f. **Tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana.**

Exclusiones aplicables al Servicio de Asistencia

1. **Cualquier enfermedad mental, crónica, preexistente, medicamentos o procedimientos médicos diferentes a los descritos, estarán excluidos de los servicios de asistencia.**

2. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.

5.2. PERIODO DE ESPERA

La Asegurada deberá completar un periodo de espera de sesenta (60) días calendario para poder utilizar cualquier cobertura diferente al servicio de asistencia.

5.3. ENFERMEDAD EXCLUYENTE

El pago efectuado bajo las coberturas en que la Asegurada haya sido diagnosticada de algún cáncer y cubierto por primera vez en su vida, excluye la posibilidad de que pueda realizar una nueva reclamación durante la misma vigencia por algún otro cáncer cubierto. Lo anterior implica que el límite de responsabilidad de la Compañía será cubrir un (1) cáncer diagnosticado por periodo de vigencia.

Por lo que queda entendido que el pago de cualquier indemnización significará la terminación inmediata de dicha cobertura afectada para el periodo de vigencia, así como también la extinción definitiva de cobertura para el mismo cáncer durante la totalidad del tiempo que la póliza se encuentre vigente para una misma Asegurada.

5.4. SUMA ASEGURADA

Las sumas aseguradas máximas que amparará la Compañía por cobertura se encuentran detalladas en el Certificado Individual de Cobertura de acuerdo con el plan contratado.

5.5. PERIODO DE COBERTURA

El presente seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, aun si el reclamo se presenta después de vencida dicha vigencia, es decir, a base de ocurrencia.

5.6. TERRITORIALIDAD

Las coberturas del presente seguro garantizan a la Asegurada protección en todo momento y lugar, durante la vigencia del seguro.

5.7. LIMITANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

- a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la prestadora de servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio de la Asegurada.
- b. El servicio de traslado terrestre en ambulancia deberá ser previamente autorizado en una orientación médica telefónica.
- c. Para todo servicio de orientación telefónica:
 - Los servicios serán brindados sin límite de llamadas en el año póliza.
 - El horario hábil será de lunes a viernes de 10:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábado de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.
 - La orientación no excederá de treinta (30) minutos por llamada.
 - No se diagnosticarán enfermedades o padecimientos nutricionales, psicológicos o psiquiátricos, por lo que no se brindarán terapias, programas de dietas, llamadas de seguimiento o tratamiento, así como orientaciones grupales.
- d. El servicio de orientación psicológica telefónica deberá ser solicitado con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación para su coordinación.
- e. Para los servicios de cita en consultorio:

- El horario hábil será de lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a las 12:00 p.m.
- La cita en consultorio no excederá de una (1) hora por cita.
- f. La Asegurada deberá remitir al personal de la prestadora de servicios todos los documentos o respaldos que se le soliciten y se ameriten para la coordinación de los servicios de asistencia.
- g. Cualquier costo debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por la Asegurada con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.
- h. En caso de que la Asegurada se vea en la necesidad de cancelar una cita, deberá avisar a la prestadora de servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
- i. La prestadora de servicios quedará sin responsabilidad alguna ante las decisiones o acciones que la Asegurada pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.
- j. La prestadora de servicios estará exenta de cualquier responsabilidad en caso de que la Asegurada manifieste su voluntad expresa de no requerir o no querer recibir el servicio recomendado por la prestadora de servicios; así como de cualquier acción que la Asegurada lleve a cabo derivado de la no aceptación del servicio recomendado.

6. BENEFICIARIOS

La Asegurada designará a uno o más beneficiarios para la Cobertura Adicional de Muerte a Causa de Cáncer. Tal designación se hará al momento de contratar la póliza y estos quedarán descritos en el Certificado Individual de Cobertura.

Cuando no se designe beneficiarios, o la designación se torne ineficaz o el seguro se quede sin beneficiarios por cualquier causa, se considerarán beneficiarios a los herederos establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad se deben nombrar estos y no sus tutores o representantes legales. Si se nombra beneficiario a un mayor de edad en el seguro como representante del menor, no cumple con los efectos correspondientes.

7. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador y Asegurada, tendrán las siguientes obligaciones:

OBLIGACIONES DEL TOMADOR

- a. Pagar la prima correspondiente por la totalidad de Aseguradas dentro de los plazos establecidos.
- b. Cumplir con la entrega de información para el Registro de Aseguradas.
- c. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo.
- d. Cualquier otra obligación establecida en la presente póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan a la Asegurada.

OBLIGACIONES DE LA ASEGURADA

- a. Pagar al Tomador del seguro el aporte económico correspondiente para el pago de la prima cuando se tome la póliza bajo la modalidad contributiva.
- b. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ella conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo.
- c. Cualquier otra obligación establecida en la presente póliza.

8. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en la que incurra el Tomador o la Asegurada, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia o valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en la cláusula de pago de la prima. Si el pago de la prima es mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

9. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario "Conozca a su Cliente" el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente póliza en caso de que el Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador del seguro o a la Asegurada, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del seguro.

10. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La prima o tarifa de seguro que se establece para esta póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Cobertura de la misma y para su determinación inicial o al momento de cada prórroga, serán calculadas según el grupo etario al cual pertenezca la Asegurada verificándola con la fecha de nacimiento indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La compañía podrá ajustar el valor de la prima cuando la Asegurada supere cada grupo etario como se muestra a continuación:

Grupo Etario	Ajuste que se aplica sobre la prima del grupo etario anterior
De 30 a 39 años de edad.	Hasta un 140% dependiendo del plan contratado
De 40 a 49 años de edad.	Hasta un 120% dependiendo del plan contratado
De 50 a 59 años de edad.	Hasta un 110% dependiendo del plan contratado
De 60 a 65 años de edad.	Hasta un 60% dependiendo del plan contratado
De 66 a 75 años de edad.	Hasta un 120% dependiendo del plan contratado
De 76 a 85 años de edad.	Hasta un 130% dependiendo del plan contratado
De 86 años de edad a más.	Hasta un 140% dependiendo del plan contratado

No se trata de un recargo en la prima si no tarifas niveladas por cada uno de los grupos etarios.

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la póliza, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la tarifa del seguro.

11. PAGO DE LA PRIMA

Si la modalidad del pago de la prima correspondiente a esta póliza se establece por las partes como contributiva, el Tomador será el encargado de cancelar la prima correspondiente a las Aseguradas incluidas

en la póliza colectiva, sin embargo, el Tomador y la Asegurada acordarán el aporte económico que cada Asegurada ha de pagar; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura de la póliza. Si la modalidad del pago se establece como no contributiva, el Tomador de la póliza pagará la totalidad de la prima.

Sin perjuicio de la modalidad de pago de la prima, la responsabilidad del pago total de la prima de cada Asegurada recae exclusivamente sobre el Tomador de la póliza. Este pago deberá hacerse, según la forma y periodicidad de pago establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, la cual se hará constar en el Certificado Individual de Cobertura de la póliza y mediante una de la forma de pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Tomador en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe en nombre y por cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica, o bien por transferencia electrónica de dineros directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Compañía para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la prima efectuado por el Tomador a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Compañía, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Compañía salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador el recibo de prima de la Compañía; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Compañía y el inicio de la vigencia de la póliza, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

Si la póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, la Asegurada podrá realizar el pago de la prima correspondiente mediante pagos realizados con la misma temporalidad acordada entre el Tomador y la Compañía, por adelantado, con cargo automático al medio de pago acordado.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la emisión de la póliza o del Certificado Individual de Cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que hayan pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Tomador solicita la cancelación del seguro dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Tomador.

12. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda la devolución de primas, la Compañía seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente póliza:

- **Contributiva:** La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador, quien reintegrará a la Asegurada las proporciones de sus aportes económicos para el pago de la prima.

- No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la póliza.

Toda devolución de primas deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días hábiles después de la fecha en que procede dicha devolución.

13. PERIODO DE GRACIA

La Compañía otorga un período de gracia de sesenta (60) días naturales para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago.

14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de la ocurrencia de un evento el Tomador, Asegurada o sus beneficiarios deben comunicar a la Compañía por cualquier medio la ocurrencia de este, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. El plazo para dar el aviso de siniestro no deberá exceder de siete (7) días hábiles desde la fecha en que ocurrió el siniestro. Como principales medios para dar aviso de siniestro deberá comunicarse al correo electrónico: reclamoscr@assanet.com. o a través de la línea telefónica **(+506) 2503-2705**; Al mismo número se podrá comunicar el solicitante en caso de requerir alguno de los servicios de asistencia, o consultar sobre los proveedores de la misma.

El Tomador, Asegurada o los beneficiarios, están en la obligación de trasladar toda la información del reclamo a la Compañía para su debido proceso. La Compañía está obligada a procesar el reclamo, siempre y cuando el evento acontezca durante la vigencia de la póliza y la Asegurada esté incluida en el registro de las aseguradas.

Requisitos por presentar:

a. Para todo reclamo:

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad de la Asegurada. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por la Asegurada.

b. Bajo la Cobertura Básica Cáncer – Primer Diagnóstico y Cobertura Adicional de Cáncer de Género.

- Copia del historial e informe médico completo donde se indique claramente el diagnóstico y el nombre del(los) médico(s) especialistas que la atendieron.
- Exámenes o laboratorios que sirvieron de base para comprobar el diagnóstico.

c. Bajo la Cobertura Adicional de Muerte a Causa de Cáncer.

- Original y copia del certificado de defunción de la Asegurada. En caso de que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente, o bien, con el trámite de apostillado respectivo.

d. Bajo la Cobertura Adicional de Renta Diaria por Hospitalización a Causa de Cáncer.

- Original y copia de la factura pagada a la clínica u hospital donde haya estado hospitalizada la Asegurada.
- Original y copia de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre y número de identificación de la Asegurada, la razón de la hospitalización, fecha y hora de ingreso y salida, el nombre y el teléfono del médico que la expidió.

En adición, en ausencia de cualquier documento o información relativa al siniestro la Asegurada podrá aportar cualquier documento o información que sea reconocida en derecho como válida para determinar la ocurrencia del siniestro y comprobar sus características cualitativas y cuantitativas.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de la Compañía de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida liberará a esta de su obligación de indemnizar.

15. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 48 de la Ley Reguladora del Mercado Seguros N°8956, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la cláusula Procedimiento en Caso de Siniestro o Solicitud de Servicio de Asistencia. Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contando a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

16. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de contratación. La vigencia de cada aseguramiento individual será de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia consignada en el en el Certificado Individual de Cobertura.

Esta póliza es prorrogable anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Tomador o Asegurada exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que estos no cumplan con los requisitos de asegurabilidad o se encuentren incluidos en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial.

El Tomador podrá solicitar modificaciones a la póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la póliza por medio de un adendum, de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del período de gracia antes indicado.

En caso de que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la póliza, el Tomador le comunicará de inmediato a las Aseguradas para que estas ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todas las Aseguradas sean notificadas por cualquier medio autorizado por ellas.

Una vez inicie la vigencia de la póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador.

17. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador con al menos un mes de anticipación.
- b. Por falta de pago de la prima total o parcial, según lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de terminación anticipada de la póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurada, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la terminación anticipada de la póliza.

18. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADA

La Compañía se obliga a notificar a la Asegurada, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas indicadas en esta póliza terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- Cancelación de la tarjeta de crédito o débito de la Asegurada o el medio de pago especificado.
- Cese la condición que la hace ser parte del grupo asegurable.
- Fallecimiento de la Asegurada.
- La Asegurada no pague al Tomador el aporte económico correspondiente para el pago de la prima de seguro en cuyo caso el Tomador puede excluir a la Asegurada de su grupo asegurable notificando dicha decisión a la Compañía. La cobertura para dicha Asegurada se considera vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada.
- El Tomador solicite la baja de la Asegurada.
- Por solicitud de la Asegurada a través de la renuncia telefónica.
- La Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

19. CONDICIONES VARIAS

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo, con coberturas básica y adicionales, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción. El seguro colectivo operará bajo modalidad contributiva o no contributiva según se indique en el Certificado Individual de Cobertura.

B. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Aseguradas, todas aquellas mujeres mayores de dieciocho (18) años de edad que residen en Costa Rica.

C. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de esta póliza serán expresados en la moneda que se indique en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Cobertura, dólares de los Estados Unidos de América o colones costarricenses. En caso de que algún pago se realice en una moneda distinta a la contratada, se realizará al de cambio de venta vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera, se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

D. REGISTRO DE ASEGURADAS

Conforme a la información suministrada por el Tomador, la Compañía llevará un registro de aseguradas en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, coberturas, sumas aseguradas,

fechas de ingreso y egreso de cada Asegurada, así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

El Tomador será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el reporte de aseguradas con la siguiente información:

- a. La lista de los nuevos ingresos al grupo de aseguradas, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como aseguradas, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación de la Asegurada, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada.
- b. La lista de las Aseguradas para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo de aseguradas y por ende la terminación de la cobertura para dichas Aseguradas.

E. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

- F.** La información que sea suministrada a la Compañía tanto por el tomador como por la Asegurada, será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte de la Asegurada en lo que refiere a su información personal, o ante requerimiento de la autoridad competente. **TRASPASO O CESIÓN**

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que, de sus derechos sobre el seguro, haga la Asegurada o Tomador.

G. PRESCRIPCIÓN

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

H. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

I. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta póliza o de un Certificado Individual de Cobertura, según el caso, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del interesado. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

J. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

En caso de que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha póliza.

K. INCLUSIÓN DE ASEGURADAS

Toda persona que pertenezca al grupo asegurable y desee formar parte del grupo de aseguradas deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de solicitud de inclusión como Asegurada.

Si la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá a la Asegurada en el registro de aseguradas y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. La Asegurada quedará amparada a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la prima correspondiente a dicha inclusión dentro del período de gracia antes indicado.

L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

La Compañía emitirá un Certificado Individual de Cobertura que el Tomador entregará a la Asegurada como constancia de ingreso al seguro, indicando la fecha de inicio y la suma asegurada para cada cobertura.

20. CONTROVERSIAS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses, de conformidad con la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N. 7727 del 09 de setiembre de 1997. En caso de optar por un arbitraje, las partes conforme a las reglas estipuladas en la citada Ley escogerán o designarán al Tribunal Arbitral, pudiendo recurrir a cualquier centro dedicado a la administración de este tipo de procedimiento que elegirán de común acuerdo.

21. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador en la Solicitud de Seguro y cada Asegurada en la Solicitud de Inclusión, el cual estará expresamente indicado en el Certificado Individual de Cobertura según sea el caso. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en el Certificado Individual de Cobertura de la póliza por medio de Adendum.

En caso de que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las comunicaciones del Tomador o Asegurada a la Compañía que se refieran a esta póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas y/o sucursales.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número _____ de fecha _____ de _____ de _____