SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

El cual se regirá por las cláusulas que aparecen después del correspondiente índice.

ÍNDICE

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES. 2
CLÁUSULA 2. BASES DEL CONTRATO. 3
CLÁUSULA 3. ÁMBITO DE COBERTURA. 3
3.1 COBERTURAS BÁSICAS....3
A. COBERTURA BÁSICA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN....3
B. PERÍODO DE CARENCIA....4
C. DEDUCIBLE....4
3.2 COBERTURA DE SERVICIO PARA ASISTENCIAS....4
3.3 SUMA ASEGURADA....5
LÍMITE MÁXIMO ASEGURADO....5
3.4 EXCLUSIONES....5
3.5 DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA....7
CLÁUSULA 4. BENEFICIARIOS. 7
CLÁUSULA 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES. 8
CLÁUSULA 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA. 9
6.1 PRIMA O TARIFA DE SEGURO....9
6.2 LAS PRIMAS Y SU PAGO....10
6.3 PERÍODO DE GRACIA....10
6.4 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS....11
CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO. 11
7.1 PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO....11
7.2 DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO....12
7.3 RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ASISTENCIAS....12
CLÁUSULA 8. VIGENCIA, PRÓRROGA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA. 12
8.1 VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA....12
8.2 VIGENCIA DE CADA ASEGURADO....12
8.3 TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA....13
8.4 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO....13
CLÁUSULA 9. CONDICIONES VARIAS. 13
A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN....13
B. ELEGIBILIDAD....13
C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN....14
D. REGISTRO DE ASEGURADOS....14
E. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURADMIENTO INDIVIDUAL....14
F. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO....14
G. RECONOCIMIENTO AL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS....15
H. TRASPASO O CESIÓN....15
I. PRESCRIPCIÓN....15
J. LEGISLACIÓN APLICABLE....15
K. RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA....15
L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA....15
M. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES....15
N. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN....15
O. CONTROVERSIAS....15
P. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES....16

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

COMPROMISO DE COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS FILIAL IS-CR S.A.

Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente hace constar que en caso que se produzca un evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza, la cual está conformada por la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE").

Matilde Asturias Ekenberg
Apoderado General

Cláusula 1. DEFINICIONES.

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **ACCIDENTE**: Suceso imprevisto, involuntario, repentino, futuro y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera accidente lo siguiente: La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. **Igualmente, y para efectos de la presente Póliza, NO se considera accidente el Suicidio o el SIDA.**
2. **ASEGURADO:** Persona que está cubierta por esta Póliza y debidamente registrada en el Certificado Individual de Cobertura de la misma.
3. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia existente desde antes de la vigencia del aseguramiento individual. Esto incluye casos con síntomas presentes, tratamientos o cuidados recibidos, así como diagnósticos realizados o en proceso al momento de su inclusión como Asegurado a la Póliza.
4. **EMERGENCIA MÉDICA:** Situación en la que una persona, en razón a un accidente o a una enfermedad se encuentra repentinamente en estado grave de salud, de manera que, a su juicio o el de una persona adulta, si no es atendido clínicamente en forma inmediata, corre peligro su vida o la función de alguno de sus órganos.
5. **ENFERMEDAD:** Alteración del estado de la salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuada por un médico.
6. **HOSPITAL**: Institución privada, legalmente autorizada para brindar atención médica, que proporciona servicios de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día, y que cuenta con instalaciones para efectuar diagnósticos, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas.
7. **HOSPITALIZACIÓN:** Registro y admisión del Asegurado como paciente a un hospital, como mínimo por veinticuatro (24) horas, para practicar el tratamiento respectivo, bajo el cuidado y supervisión de un médico.

8. **INSTITUCIÓN MENTAL:** Establecimiento público o privado para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o mentales, así como el departamento psiquiátrico de un hospital, una unidad especial de un hospital o cualquier lugar utilizado para el tratamiento de personas adictas a las drogas o al alcohol.
9. **MÉDICO:** Persona con calificación en medicina y autorización legal para proveer servicios médicos o quirúrgicos en el área geográfica de su práctica. Se excluye al médico cuando es el mismo Asegurado, su cónyuge, o familiar hasta el tercer grado de afinidad o consanguinidad.
10. **PERÍODO DE CARENCIA:** Número de días completos, contados desde la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza, durante los cuales no se tiene derecho al beneficio de Renta Diaria por Hospitalización indicado en esta Póliza. Este período se detalla en el Certificado Individual de Cobertura y aplica para cada hospitalización del Asegurado.
11. **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en sus dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente Póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o variantes que incluyan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H. y el Complejo Relacionado con SIDA (CRS), en cualquiera de sus estados incluyendo la etapa de portador del virus.
12. **SINIESTRO:** Ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Aseguradora al pago de la suma asegurada o la prestación prevista en el contrato.
13. **SUICIDIO:** Acción o conducta voluntaria del Asegurado con la intención de terminar con su propia vida.
14. **TOMADOR:** Persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Aseguradora en representación del grupo asegurado.

Cláusula 2. 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 del Tomador, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, el Certificado Individual de Cobertura, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, si hubiere, y los anexos. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA.

3.1 COBERTURAS BÁSICAS

Esta Póliza está conformada por todas las coberturas y servicios de asistencias que se detallan en esta cláusula, por lo que no podrán ser contratadas por separado.

A. COBERTURA BÁSICA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Cuando el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de una enfermedad, diagnosticada por primera vez dentro del período de vigencia del aseguramiento individual que aparece en el Certificado Individual de Cobertura, la Aseguradora pagará la suma asegurada que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días de hospitalización.

De igual manera, cuando el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de un accidente de forma inmediata o bien dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente la

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

Aseguradora pagará la suma asegurada que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de ciento ochenta (180) días de hospitalización.

Para determinar la indemnización, se multiplicará el valor establecido como renta diaria por hospitalización según el plan contratado, por el número de días completos que permanezca hospitalizado el Asegurado, restándose el número de días correspondientes al deducible definido en el Certificado Individual de Cobertura.

El pago de la cobertura empezará a cubrir a partir del momento en que el Asegurado haya estado más de veinticuatro (24) horas hospitalizado.

B. PERÍODO DE CARENCIA

El período de carencia para la primera hospitalización por enfermedad se estipula en treinta (30) días naturales. Para hospitalizaciones a causa de accidente no hay período de carencia.

C. DEDUCIBLE

El deducible figura en el Certificado Individual de Cobertura y será establecido de acuerdo al plan contratado por el Asegurado.

3.2 COBERTURA DE SERVICIO PARA ASISTENCIAS

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado contará con los siguientes servicios de asistencia que aplicarán únicamente en el territorio costarricense y con las limitaciones territoriales que en esta Póliza establecen, siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación de los mismos:

1. Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas

a. Servicio de Orientación Médica Telefónica: Este servicio es ilimitado y aplica durante las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, para que el Asegurado pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia, malestar físico o enfermedad. Queda entendido que el servicio se prestará únicamente como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Todos los gastos en que incurra el Asegurado por servicios médicos de cualquier tipo relacionados con esta orientación correrán por cuenta del Asegurado.

b. Traslado Médico en Ambulancia Terrestre por Accidente o Emergencia Médica: En caso que el Asegurado sufra un accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, o se enfrente a una emergencia médica derivada de una enfermedad de índole grave y repentina, la Aseguradora gestionará y cubrirá por medio de la empresa de asistencias el servicio privado de traslado en ambulancia terrestre hasta el hospital más cercano, dentro del territorio costarricense, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita; en caso de no existir, la Aseguradora o la Empresa de Asistencias coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio se limitará a dos (2) servicios de traslado médico en ambulancia terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

2. Indicación, consulta y localización de mejores precios de medicamentos y farmacias

Previa solicitud telefónica del Asegurado, la Aseguradora por medio de la empresa de asistencias, realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del Asegurado y le transmitirá esta información vía telefónica. Queda entendido que este servicio es meramente informativo sobre y se prestará únicamente como una orientación sobre el mejor precio de un medicamento y en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. De igual forma no hace referencia a la calidad de los puntos de venta o de los medicamentos que dichos puntos comercialicen. El costo de

cualquier tratamiento y los gastos de adquisición relacionados con los medicamentos correrán por cuenta y responsabilidad del Asegurado. Este servicio de indicación consulta y localización de mejores precios se prestará al Asegurado sin costo alguno y sin límite de eventos por año.

3. Información y orientación nutricional vía telefónica

Previa solicitud telefónica del Asegurado, cuando éste requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia de alimentación, la Aseguradora por medio de la empresa de asistencias, lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en nutrición, exclusivamente con el fin de brindarle consejos básicos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, y alimentos que se deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a la lactosa. El costo de los alimentos, así como de cualquier tratamiento relacionado con nutrición o desordenes en la alimentación correrán por cuenta y responsabilidad del Asegurado. Este servicio se prestará al Asegurado sin costo y sin límite de eventos por año.

4. Agenda y avisos para la ingesta puntual de medicamentos después de la Hospitalización

Previa solicitud telefónica del Asegurado, la Aseguradora por intermedio de la empresa de asistencias, luego de una hospitalización del Asegurado superior a cuarenta y ocho horas (48), registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del Asegurado, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos. El presente servicio se prestará al Asegurado sin costo y sin límite de eventos. Queda claro que el Asegurado será el responsable de indicarle a la empresa de asistencias las fechas y horas para la agenda, y que dicho servicio será únicamente como orientación y ayuda al Asegurado. Ni la empresa de asistencias ni la Aseguradora asumen responsabilidad alguna en caso de que el Asegurado haga caso omiso a la ingesta del medicamento o que éste no sea localizable debido a problemas de comunicación, notificación, ubicación u otros ajenos a la empresa de asistencias y a la Aseguradora.

3.3 SUMA ASEGURADA

La suma asegurada es definida por el Tomador y se establece en el Certificado Individual de Cobertura.

3.4 LÍMITE MÁXIMO ASEGURADO

En ningún caso, la sumatoria de las sumas aseguradas de Pólizas con coberturas de Renta Diaria por Hospitalización adquiridas por un mismo Asegurado con la Aseguradora, bien sea en Pólizas colectivas o autoexpedibles, podrán exceder de trescientos dólares americanos (US$300.00) por día de hospitalización.

El Asegurado no podrá adquirir esta Póliza más de una vez. En caso de que el Asegurado contrate más de una Póliza de Renta Diaria por Hospitalización o similar con la Aseguradora, se considerará que está asegurado únicamente bajo la Póliza que le otorgue el mayor beneficio. Si los beneficios de dichas Pólizas son idénticos, la Aseguradora considerará válida únicamente la primera Póliza emitida. En este caso, la Aseguradora reembolsará al Asegurado el cien por ciento (100%) de las primas pagadas por las Pólizas no válidas, en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles.

3.5 EXCLUSIONES

Esta Póliza en forma general no cubre eventos que se hayan originado como consecuencia de, durante o por:

1. **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

2. **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado, debiendo mediar la correspondiente resolución judicial en el caso de los actos delictivos mencionados.**
3. **Lesiones o enfermedades sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del asegurado cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un médico.**
4. **Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, radiación, reacción atómica, guerra bacteriológica, y sus complicaciones.**
5. **Un accidente ocurrido durante la prestación de sus servicios como miembro de cualquier cuerpo militar, de policía o de seguridad o vigilancia pública o privada.**
6. **Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.**
7. **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.**
8. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
9. **Conducción de motocicletas o motonetas cuando se conduzcan con fines de competencias ya sea profesional o amateur.**
10. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
11. **Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el asegurado en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.**
12. **Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave**
13. **Condiciones preexistentes.**
14. **Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades sanitarias locales o internacionales.**
15. **Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nervioso, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.**
16. **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes cubiertos.**
17. **Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro (4) meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.**
18. **Tratamiento para la adicción a las drogas o alcoholismo.**
19. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales**
20. **Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud.**
21. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.**
22. **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza causado como resultado de actos propios del asegurado o actos intencionales o deliberados de un tercero, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
23. **Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.**
24. **Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.**
25. **Cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.**

26. **Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.**
27. **Manejo del dolor.**
28. **Reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.**
29. **Períodos de cuarentena o aislamiento**
30. **Tratamientos o cirugías relacionadas con problemas o trastornos del crecimiento.**
31. **Tratamientos o cirugías para el rejuvenecimiento.**
32. **Obesidad, trastornos alimenticios o de nutrición, reducción gástrica, o cirugía bariátrica.**
33. **Acné, alergias, hipersensibilidad en cualquier parte del cuerpo.**
34. **Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de cámaras, lámparas o de rayos para bronceado.**
35. **Períodos de preparación o espera para una cirugía o tratamiento superiores a dos (2) días.**

De ocurrir la hospitalización por alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura, y por ende se producirá la terminación del seguro para dicho Asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Aseguradora. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza colectiva, esta Póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás Asegurados que forman parte del grupo asegurado.

3.6 DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Aseguradora de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de suma asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

Cláusula 4. BENEFICIARIOS.

El Asegurado será el beneficiario de las coberturas otorgadas por esta Póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los beneficiarios designados, quienes estarán descritos en el Certificado Individual de Cobertura.

Si el Asegurado fallece sin haber designado beneficiarios para la indemnización correspondiente a esta Póliza, dicha indemnización será pagada a favor de los herederos del Asegurado, conforme al siguiente orden excluyente entre sí:

1) Al cónyuge o el conviviente en unión de hecho. En caso de separación legal o de hecho del cónyuge o conviviente, este no tendrá derecho a recibir indemnización;
2) A falta de beneficiario establecido en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos del Asegurado;
3) A falta de beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los padres del Asegurado;
4) A falta de beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos y demás ascendientes legítimos del Asegurado;
5) A falta de beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos del Asegurado;

6) A falta de beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos del Asegurado;
7) En caso de no existir ninguno de los beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá modificar en cualquier momento los Beneficiarios de esta Póliza, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, utilizando el formulario correspondiente para la modificación de beneficiarios establecido para tal fin y suministrado por la Aseguradora. Dicha modificación surtirá efectos una vez que la Aseguradora reciba dicho formulario. En caso de que ocurra la muerte del Asegurado y la Aseguradora pague la indemnización en el orden antes indicado, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él. La designación, revocación o sustitución de Beneficiarios será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho.

Advertencia: En 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 la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera 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.

Cláusula 5. 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 Asegurado, tendrán las obligaciones descritas a continuación, la Aseguradora se reserva el derecho de cancelar la Póliza o el aseguramiento individual en caso de que el Tomador o el Asegurado incumpla con alguna obligación.

5.1 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

1. Recaudar y/o pagar la prima de la totalidad de Asegurados dentro de los plazos establecidos;
2. Elegir la suma asegurada;
3. Será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el registro de asegurados con la siguiente información:
   - Lista de los nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada, cuenta bancaria o tarjeta de crédito o débito vinculada al seguro.
   - Lista de los Asegurados para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.
4. Colaborar con la Aseguradora en transmitir las comunicaciones a los Asegurados y las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.
5. Deberá declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo y en la presentación de siniestros.

6. En caso de que exista la figura de intermediario de seguros, el Tomador deberá informarles a los asegurados sobre la participación del mismo, si se tratase de una sociedad corredora de seguros deberá aclararles si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el mismo Tomador, así como el detalle de sus obligaciones y responsabilidades.
7. En caso de que la inclusión del Asegurado en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador deberá especificarse de manera clara y precisa si la contratación de la Póliza es obligatoria u opcional para los miembros del grupo asegurable.
8. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

5.2 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1. Pagar la prima, cuando se establezca en la modalidad contributiva.
2. Obligación en declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo.
3. Proporcionarle a la Aseguradora la información requerida de forma completa y veraz;
4. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

5.3 OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados a declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo.

5.4 OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

Si el Tomador o el Asegurado incurre en omisión, o inexactitud en la declaración del riesgo se procederá conforme a lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

5.5 LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No.8204, el Tomador se compromete con la Aseguradora 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. Asimismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Aseguradora solicite la colaboración para tal efecto.

Cláusula 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA.

6.1 PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La prima o tarifa de seguro se establece para cada Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. El valor de la prima de cada Asegurado, al momento de incluirse al seguro o en cada prórroga, será determinado por el grupo etario al cual pertenezca, dicha verificación se realizará con la fecha de nacimiento indicada por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. La Aseguradora podrá ajustar el valor de la prima cuando el Asegurado supere la edad límite de cada grupo etario tal y como se establece a continuación y en el Certificado Individual de Cobertura. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

Grupo Etario	Porcentaje de ajuste a aplicar sobre la prima del grupo etario anterior

Entre 65 a 69 años de edad.	Hasta un 100% dependiendo del plan contratado
Entre 70 a 74 años de edad.	Hasta de 150% dependiendo del plan contratado
Entre 75 a 79 años de edad.	Hasta de 250% dependiendo del plan contratado
Entre 80 a 84 años de edad.	Hasta un 300% dependiendo del plan contratado
A partir de 85 años de edad.	Hasta un 500% dependiendo del plan contratado

En la fecha en la que corresponda la prórroga de la Póliza, la Aseguradora podrá modificar las primas aplicables a esta Póliza, dando aviso al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la misma. Una vez que el Tomador reciba la notificación de la modificación a la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la tarifa del seguro.

6.2 LAS PRIMAS Y SU PAGO

Si la modalidad del pago de la prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la prima que cada uno ha de pagar; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura. 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 Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador.

Todo pago a realizarse por el Asegurado deberá hacerse según la forma, periodicidad y por el medio de pago automático indicados en el Certificado Individual de Cobertura. Todo pago a realizarse por el Tomador podrá efectuarse; en la forma y por el medio de pago convenido en la Solicitud de Seguro, en la oficina principal de la Aseguradora o sus sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado y/o Tomador durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, siempre y cuando no se haya afectado ninguna 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, 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 Asegurado y/o Tomador.

6.3 PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la prima la Aseguradora le concede al Asegurado y/o Tomador un período de gracia de sesenta (60) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima según la periodicidad de pago pactada entre las partes en el Certificado Individual de Cobertura y la Solicitud de Seguro. La fecha de vencimiento del pago de la primera prima es el momento en que la Aseguradora acepta el riesgo de forma expresa y por escrita.

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

6.4 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda la devolución de primas, la Aseguradora seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza, dependiente de la modalidad de pago de prima acordada:

- Modalidad Contributiva: La devolución de primas bajo esta modalidad las realizará la Aseguradora al Tomador y al Asegurado en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
- Modalidad No Contributiva: La devolución de primas bajo esta modalidad la realizará la Aseguradora únicamente al Tomador de la Póliza

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

Cláusula 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.

7.1 PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado o Tomador, deberá dar aviso del siniestro a la Aseguradora al número de teléfono **(+506) 4101-0000** o al correo electrónico: **gestiones@iseguros.cr.** Para solicitar el pago de cualquier indemnización, se deberá presentar los requisitos que se establecen en esta cláusula, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el siniestro.

El plazo anterior señalado es el establecido por la Aseguradora para verificar las circunstancias del siniestro y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro aportando los mismos requisitos que se solicitan.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, notificará el requerimiento en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales. El Asegurado o Tomador, tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Aseguradora para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

- ✓ Formulario de reclamación proporcionado por la Aseguradora, completo y firmado por el Asegurado.
- ✓ Copia del documento de identidad de Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar copia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- ✓ Factura emitida por el hospital donde fue atendido el Asegurado, que incluya la fecha y hora de ingreso y la fecha y hora de salida de la hospitalización;
- ✓ Copia del historial médico completo donde se indique la razón de la hospitalización ya sea por accidente o enfermedad, y el nombre de los médicos que atendieron al Asegurado. En caso se trate de una hospitalización que se deba se extender por más días, deberá aportar la orden en la que se indique claramente la razón por la cual se extiende la hospitalización.
- ✓ La Aseguradora podrá requerir documentos adicionales para la evaluación del reclamo.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida.

La Aseguradora 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 Asegurado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo. Cuando se determine que la procedencia del reclamo sea válida y

corresponda una indemnización, la Aseguradora ejecutará dicha indemnización en un plazo de quince (15) días naturales.

7.2 DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Aseguradora lo comunicará por escrito al Asegurado, así como cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El Asegurado podrá solicitar la revisión ante la Aseguradora. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso de que la reciba el Tomador, éste la remitirá a la Aseguradora en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida y la Aseguradora deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la recepción de dicha solicitud.

7.3 RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Para solicitar cualquier Servicio de Asistencia el solicitante deberá comunicarse al número **(+506) 4101-0060**. En dicho número también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores que forman parte de la red de la Prestadora de Servicios.

Cláusula 8. VIGENCIA, PRÓRROGA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.

8.1 VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la presente Póliza será de un año contado a partir de su contratación. Se entiende que esta Póliza es prorrogable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con anticipación a la fecha de vencimiento del período.

La Aseguradora podrá introducir modificaciones a la prima de la Póliza aplicables a partir de la prórroga de la misma. De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, lo cual deberá hacer por escrito a la Aseguradora. La Aseguradora 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 anexo, de lo contrario en el mismo plazo la Aseguradora 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 bajo su entera responsabilidad, lo comunicará a los Asegurados con treinta (30) días naturales de anticipación a la modificación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éste.

El Tomador y los Asegurados deben informar su domicilio a la Aseguradora, así como los cambios de domicilio que realicen, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

8.2 VIGENCIA DE CADA ASEGURADO

La vigencia de la cobertura para cada Asegurado será de un año y figurará en el Certificado Individual de Cobertura. En cualquier momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza se podrán incluir o retirar Asegurados. La cobertura opera únicamente a partir de la fecha de la aceptación del Asegurado, previo

cumplimiento a satisfacción de la Aseguradora de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza así como el pago de la prima correspondiente dentro del período de gracia.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de cada aseguramiento individual, aún si el reclamo se presenta después de terminada dicha vigencia, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza

8.3 TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta Póliza se tendrá por terminada cuando se presente alguna de las siguientes causas:

a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
b. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la Ley N°8956.

En caso de que se lleve a cabo la terminación anticipada de la Póliza, el Tomador le comunicará a los Asegurados con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la terminación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

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

8.4 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado, 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:

a. A solicitud expresa y por escrito del Asegurado.
b. Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable.
c. Fallezca el Asegurado.
d. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
e. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

Cláusula 9. CONDICIONES VARIAS.

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo del ramo de salud, en la línea de renta por hospitalización, que podrá ser contratado exclusivamente por el Tomador a su sola discreción bajo la modalidad contributiva o no contributiva.

B. ELEGIBILIDAD

Para efecto de esta Póliza, son elegibles para ser Asegurados los clientes del Tomador que sean mayores a dieciocho (18) años y que residan en la República de Costa Rica.

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Aseguradora 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 Aseguradora no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Aseguradora deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

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 el Tomador 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 el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Aseguradora devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

D. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información inicial suministrada a la Aseguradora por el Tomador en el reporte de asegurados junto con las respectivas Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados, la Aseguradora llevará un registro de Asegurados, y adicionalmente, documentará en dicho registro el número de Certificado Individual de Cobertura que le corresponde a cada Asegurado, y la fecha de cada una de las modificaciones a cada uno de los Asegurados. Este registro de Asegurados será proporcionado al Tomador en la prórroga de la Póliza para que pueda validarlo.

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

- ✓ El reporte de asegurados actualizado indicando claramente los ingresos y retiros del grupo asegurado.
- ✓ Las Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados que ingresan a la Póliza debidamente completadas.

E. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURADMIENTO INDIVIDUAL

La Aseguradora y el Tomador informarán al Asegurado las modificaciones que correspondan con un plazo de treinta (30) días naturales previos a la fecha de efectividad de la modificación.

Además, la Aseguradora junto al Tomador se obliga a notificar a los Asegurados, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, con al menos cuarenta y cinco (45) días de antelación, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Aseguradora pague al Tomador.

En ambos casos, la notificación se efectuará por el medio que el Asegurado exprese en el Certificado Individual de Cobertura.

F. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en dólares americanos, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

Cuando las obligaciones del Tomador, Asegurado y/o la Aseguradora deban cumplirse en moneda nacional, se tomará en cuenta el tipo de cambio a precio de venta del dólar, según lo publicado por el Banco Central de Costa Rica en la fecha en que se emita el pago.

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

G. RECONOCIMIENTO AL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS

La Aseguradora podrá reconocer al Tomador y al intermediario de seguros, en caso exista, una comisión en reconocimiento a los costos incurridos por la gestión de la Póliza y estará establecida en el Certificado Individual de Cobertura. Cuando corresponda, la comisión incluirá todos los costos incurridos por el Tomador por la gestión de la Póliza, aún los costos indirectos para aquellos casos donde el grupo asegurable decida optar por otro seguro.

H. TRASPASO O CESIÓN

La Aseguradora no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos sobre el seguro haga el Asegurado o Tomador.

I. PRESCRIPCIÓN

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

J. 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.

K. RESOLUCIÓN 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 Aseguradora, previa solicitud escrita del interesado.

L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

La Aseguradora emitirá un Certificado Individual de Cobertura que el Tomador entregará al Asegurado como constancia de ingreso al seguro, indicando la fecha de inicio y el límite de la cobertura.

El Certificado Individual de Cobertura estará en vigor y la cobertura podrá ser reclamada únicamente cuando esté incluido en el listado de asegurados que el Tomador enviará periódicamente a la Aseguradora. La Aseguradora no será responsable por cualquier reclamo referente a un Asegurado que no haya sido incluido por el Tomador en el listado de Asegurados.

M. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Aseguradora resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, el Asegurado o su representante, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

N. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada a la Aseguradora tanto por el Tomador como por el Asegurado será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte del Asegurado en lo que refiere a su información, o ante requerimiento de la autoridad competente.

O. CONTROVERSIAS

Todas las divergencias que surjan bajo esta Póliza, en relación con la indemnización a pagar, podrán ser sometidas de común acuerdo entre las partes para su solución de acuerdo a alguno de los procedimientos

(mediación, conciliación o arbitraje) previstos en la Ley de Resolución Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social N° 7727 de 9 de diciembre de 1997.

P. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro o 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 correo electrónico.

Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio, estos deberán ser notificadas a la Aseguradora quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en la Solicitud de Seguro o Certificado Individual de Cobertura por medio de anexo.

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 Aseguradora procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

El Tomador, el Asegurado o los miembros del grupo asegurable podrán realizar consultas y recibir asesoría sobre las condiciones de esta Póliza al número de teléfono (+506) 4101-0000 y al correo electrónico gestiones@iseguros.cr o bien al sitio web www.iseguros.cr donde podrá obtener la información necesaria.

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 N° 8653, bajo el registro N° P20-67-A07-626 de fecha 28 de abril del 2015.

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

DEBER DE INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

Mediante el presente documento se procede a informarle al Tomador y/o Asegurado, previo a la adquisición del seguro o la inclusión en el mismo, sobre la información de la Aseguradora y el Contrato de Seguro.

1. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD ASEGURADORA

1.1. Aseguradora: Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A.

1.2. Dirección de oficinas centrales: 300 mts al oeste de Escazú Village Edificio Stewart Title, 4to piso Escazú, San José Costa Rica..

1.3. Teléfono: (+506) 4101-0000.

1.4. Correo electrónico: gestiones@iseguros.cr

1.5. Página web: www.iseguros.cr

1.6. Registro ante la Superintendencia General de Seguros: N° de Licencia A07, puede verificar en la dirección www.sugese.fi.cr

1.7. Calificación de riesgo: AA-, otorgada por Fitch Ratings con fecha 28 junio 2024, lo que significa que Internacional de Seguros, cuenta con una Capitalización adecuada con un ISC robusto y holgado que brinda una adecuada solvencia, debido a su perfil de negocio moderado y con una posición competitiva

1.8. Tratamiento de los datos de carácter personal: La información proporcionada por el Tomador y/o Asegurado a Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A. será almacenada con las medidas de protección de datos necesarias. Solo los colaboradores y/o proveedores debidamente autorizados de Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A., así como sus socios comerciales y miembros del grupo al que pertenece la Aseguradora, tendrán acceso a la base de datos, quienes están comprometidos a cumplir con las políticas de confidencialidad y protección de datos establecidas. La recopilación de información tiene como objetivo principal la celebración del contrato de seguro, la creación de un perfil económico, o la oferta de productos o servicios adicionales que puedan resultar de interés para el Tomador y/o Asegurado. Estas acciones pueden ser llevadas a cabo tanto directamente por Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A. como por terceros debidamente autorizados, respetando las políticas de protección de datos.

1.9. Procedimiento y resolución de quejas: En caso de que el Tomador y/o Asegurado vea afectados sus derechos o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, tendrá derecho a acudir en primera instancia ante la Aseguradora, ya sea por correo electrónico a gestiones@iseguros.cr o presentándose de forma física a la oficina central de la Aseguradora. Agotada la instancia anterior puede recurrir al Centro de Defensa del Asegurado (CDA), al teléfono (+506) 2291-0315, correo: clienteseguros@aap.cr. Agotada la instancia del CDA podrá interponer la queja ante la SUGESE, al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono (+506) 2243-4848 de la central telefónica. En el caso de reclamación, podrá acudir a la instancia judicial o arbitral según acuerden las partes.

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

2. INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO

2.1. Nombre del producto: Seguro Colectivo de Renta Diaria por Hospitalización AE en Dólares.

2.2. Código de registro: P20-67-A07-626.

2.3. Categoría, ramo y línea: Categoría Personales, ramo de Salud y línea de Renta por Hospitalización.

2.4. Riesgos amparados: En caso de que el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de un accidente o enfermedad, la Aseguradora le brindará una renta diaria por cada día de hospitalización. Además, el seguro ofrece un servicio de asistencia.

2.5. Modalidad de Contratación: El seguro podrá ser contratado de manera contributiva y no contributiva.

2.6. Período de Cobertura: La Póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia.

2.7. Vigencia y Prórroga: La vigencia de la presente Póliza será de un año contado a partir de su contratación. Se entiende que esta Póliza es prorrogable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con anticipación a la fecha de vencimiento del período.

2.8. Delimitación geográfica: Las coberturas garantizan protección en todo momento, dentro y fuera del país. El servicio de asistencia brinda protección únicamente dentro del territorio del país.

2.9. Descripción de las Coberturas:

D. COBERTURA BÁSICA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Cuando el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de una enfermedad, diagnosticada por primera vez dentro del período de vigencia del aseguramiento individual que aparece en el Certificado Individual de Cobertura, la Aseguradora pagará, la suma asegurada para esta cobertura, que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días de hospitalización.

De igual manera, cuando el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de un accidente de forma inmediata o bien dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente la Aseguradora pagará, la suma asegurada para esta cobertura que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de ciento ochenta (180) días de hospitalización.

Para determinar la indemnización, se multiplicará el valor establecido como Renta Diaria por Hospitalización según el plan contratado, por el número de días completos que permanezca hospitalizado el Asegurado, restándose el número de días correspondientes al deducible definido en el Certificado Individual de Cobertura.

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

El pago de la cobertura empezará a cubrir a partir del momento en que el Asegurado haya estado más de veinticuatro (24) horas hospitalizado.

E. PERÍODO DE CARENCIA

El período de carencia para la primera hospitalización por enfermedad se estipula en treinta (30) días naturales. Para hospitalizaciones a causa de accidente no hay período de carencia.

F. DEDUCIBLE

El deducible figura en el Certificado Individual de Cobertura y será establecido de acuerdo al plan contratado por el Asegurado.

COBERTURA DE SERVICIO PARA ASISTENCIAS

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado contará con los siguientes servicios de asistencia que aplicarán únicamente en el territorio costarricense y con las limitaciones territoriales que en esta Póliza establecen, siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación de los mismos:

5. Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas

a. Servicio de Orientación Médica Telefónica: Este servicio es ilimitado y aplica durante las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, para que el Asegurado pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia, malestar físico o enfermedad. Queda entendido que el servicio se prestará únicamente como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Todos los gastos en que incurra el Asegurado por servicios médicos de cualquier tipo relacionados con esta orientación correrán por cuenta del Asegurado.

b. Traslado Médico en Ambulancia Terrestre por Accidente o Emergencia Médica: En caso que el Asegurado sufra un accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, o se enfrente a una emergencia médica derivada de una enfermedad de índole grave y repentina, la Aseguradora gestionará y cubrirá por medio de la empresa de asistencias el servicio privado de traslado en ambulancia terrestre hasta el hospital más cercano, dentro del territorio costarricense, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita; en caso de no existir, la Aseguradora o la Empresa de Asistencias coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio se limitará a dos (2) servicios de traslado médico en ambulancia terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

6. Indicación, consulta y localización de mejores precios de medicamentos y farmacias

Previa solicitud telefónica del Asegurado, la Aseguradora por medio de la empresa de asistencias, realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del Asegurado y le transmitirá esta información vía telefónica. Queda entendido que este servicio es meramente informativo sobre y se prestará únicamente como una orientación sobre el mejor precio de un medicamento y en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. De igual forma no hace referencia a la calidad de los puntos de venta o de los medicamentos que dichos puntos comercialicen. El costo de cualquier tratamiento y los gastos de adquisición relacionados con los medicamentos correrán por cuenta y responsabilidad del Asegurado. Este servicio de indicación consulta y localización de mejores precios se prestará al Asegurado sin costo alguno y sin límite de eventos por año.

7. Información y orientación nutricional vía telefónica

Previa solicitud telefónica del Asegurado, cuando éste requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia de alimentación, la Aseguradora por medio de la empresa de asistencias, lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en nutrición, exclusivamente con el fin de brindarle consejos básicos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, y alimentos que se deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a la lactosa. El costo de los alimentos, así como de cualquier tratamiento relacionado con nutrición o desordenes en la alimentación correrán por cuenta y responsabilidad del Asegurado. Este servicio se prestará al Asegurado sin costo y sin límite de eventos por año.

8. Agenda y avisos para la ingesta puntual de medicamentos después de la Hospitalización

Previa solicitud telefónica del Asegurado, la Aseguradora por intermedio de la empresa de asistencias, luego de una hospitalización del Asegurado superior a cuarenta y ocho horas (48), registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del Asegurado, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos. El presente servicio se prestará al Asegurado sin costo y sin límite de eventos. Queda claro que el Asegurado será el responsable de indicarle a la empresa de asistencias las fechas y horas para la agenda, y que dicho servicio será únicamente como orientación y ayuda al Asegurado. Ni la empresa de asistencias ni la Aseguradora asumen responsabilidad alguna en caso de que el Asegurado haga caso omiso a la ingesta del medicamento o que éste no sea localizable debido a problemas de comunicación, notificación, ubicación u otros ajenos a la empresa de asistencias y a la Aseguradora.

2.10. Exclusiones:

Esta Póliza en forma general no cubre eventos que se hayan originado como consecuencia de, durante o por:

1. **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
2. **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado, debiendo mediar la correspondiente resolución judicial en el caso de los actos delictivos mencionados.**
3. **Lesiones o enfermedades sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del asegurado cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un médico.**
4. **Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, radiación, reacción atómica, guerra bacteriológica, y sus complicaciones.**
5. **Un accidente ocurrido durante la prestación de sus servicios como miembro de cualquier cuerpo militar, de policía o de seguridad o vigilancia pública o privada.**
6. **Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.**
7. **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.**

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN DÓLARES

8. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
9. **Conducción de motocicletas o motonetas cuando se conduzcan con fines de competencias ya sea profesional o amateur.**
10. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
11. **Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el asegurado en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.**
12. **Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave**
13. **Condiciones preexistentes.**
14. **Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades sanitarias locales o internacionales.**
15. **Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nervioso, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.**
16. **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes cubiertos.**
17. **Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro (4) meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.**
18. **Tratamiento para la adicción a las drogas o alcoholismo.**
19. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales**
20. **Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud.**
21. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.**
22. **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza causado como resultado de actos propios del asegurado o actos intencionales o deliberados de un tercero, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
23. **Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.**
24. **Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.**
25. **Cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.**
26. **Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.**
27. **Manejo del dolor.**
28. **Reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.**
29. **Períodos de cuarentena o aislamiento**
30. **Tratamientos o cirugías relacionadas con problemas o trastornos del crecimiento.**
31. **Tratamientos o cirugías para el rejuvenecimiento.**
32. **Obesidad, trastornos alimenticios o de nutrición, reducción gástrica, o cirugía bariátrica.**

33. **Acné, alergias, hipersensibilidad en cualquier parte del cuerpo.**
34. **Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de cámaras, lámparas o de rayos para bronceado.**
35. **Períodos de preparación o espera para una cirugía o tratamiento superiores a dos (2) días.**

2.11. Requisitos para ser Asegurado: Para efecto de esta Póliza, son elegibles para ser Asegurados los clientes del Tomador que sean mayores a dieciocho (18) años y que residan en la República de Costa Rica.

2.12. Prima y procedimiento para su pago: Si la modalidad del pago de la prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la prima que cada uno ha de pagar; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura. 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 Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador.

2.13. Procedimiento en caso de siniestro: El Asegurado o Tomador, deberá dar aviso del siniestro a la Aseguradora al número de teléfono (+506) 4101-0000 o al correo electrónico: gestiones@iseguros.cr. Para solicitar el pago de cualquier indemnización, se deberá presentar los requisitos que se establecen en esta cláusula, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el siniestro.

2.14. Procedimiento en caso de requerir un servicio de asistencia: Para solicitar cualquier Servicio de Asistencia el solicitante deberá comunicarse al número (+506) 4101-0060. En dicho número también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores que forman parte de la red de la empresa de asistencias.

2.15. Causas de terminación de la Póliza: La Póliza terminará anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
b. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la Ley N°8956.

En caso de que se lleve a cabo la terminación anticipada de la Póliza, el Tomador le comunicará a los Asegurados con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la terminación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

2.16. Causas de terminación del aseguramiento individual: El aseguramiento individual terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

a. A solicitud expresa y por escrito del Asegurado.
b. Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable.
c. Fallezca el Asegurado.
d. El Tomador solicite la baja del Asegurado.

e. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

2.17. Disputabilidad de la Póliza: El período de la Aseguradora para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

2.18. Derecho de respuesta: El Asegurado tiene derecho a que la Aseguradora le responda, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, toda solicitud, petición o presentación de reclamo.

2.19. Derecho de retracto: 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 el Tomador 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 el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Aseguradora devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

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

_____ _____

Asegurado Tomador

_____

Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A.