



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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

ÍNDICE

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES.	2	8.2 VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO .	17
Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO.	3	8.3 TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA	17
Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA.	4	PÓLIZA	17
A. COBERTURAS BÁSICAS	4	8.4 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	18
B. SERVICIOS DE ASISTENCIA	5	PARA CADA ASEGURADO	18
MÉDICA PLENA	5	Cláusula 9. CONDICIONES VARIAS.	18
Cláusula 4. BENEFICIARIOS.	11	A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD	18
Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LAS	12	DE CONTRATACIÓN	18
PARTES.	12	B. ELEGIBILIDAD	18
5.1 OBLIGACIONES DEL TOMADOR.	12	C. PROCESO DE ANÁLISIS Y	18
5.2 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	13	ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DEL	18
5.3 OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL	13	TOMADOR.	18
ESTADO DEL RIESGO	13	D. REGISTRO DE ASEGURADOS	18
5.4 OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	13	E. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN	19
5.5 LEGITIMACIÓN DE CAPITALS.	13	CASO DE MODIFICACIÓN Y	19
Cláusula 6. ASPECTOS RELACIONADOS	14	TERMINACIÓN DEL CONTRATO O	19
CON LA PRIMA.	14	ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL	19
6.1 PRIMA O TARIFA DE SEGURO.	14	F. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	19
6.2 LAS PRIMAS Y SU PAGO	14	G. RECONOCIMIENTO AL TOMADOR	19
6.3 PERÍODO DE GRACIA.	15	E INTERMEDIARIO DE SEGUROS	19
6.4 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.	15	H. TRASPASO O CESIÓN	19
Cláusula 7. PROCEDIMIENTO DE	15	I. PRESCRIPCIÓN	19
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE	15	J. LEGISLACIÓN APLICABLE	20
SINIESTROS.	15	K. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA	20
7.1 PLAZO DE RESOLUCIÓN Y	15	L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE	20
REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO	15	COBERTURA	20
7.2 DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL	16	M. IMPUGNACIÓN DE	20
RECLAMO	16	RESOLUCIONES.	20
7.3 RED DE PRESTADORES DE	16	N. CONFIDENCIALIDAD DE LA	20
SERVICIOS DE ASISTENCIAS	16	INFORMACIÓN	20
Cláusula 8. VIGENCIA, PRÓRROGA Y	17	O. CONTROVERSIAS.	20
TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.	17	P. COMUNICACIONES Y	20
8.1 VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y	17	NOTIFICACIONES	20
PRÓRROGA DE LA PÓLIZA.	17		



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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 GENERALES.

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

- 1. ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino 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: El Homicidio culposo, 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, por extensión y aclaración 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. DEDUCIBLE:** Días de hospitalización durante los que el Asegurado permanece hospitalizado y por los cuales no tiene derecho a indemnización.
- 5. DEPENDIENTE(S):** Cónyuge e hijos del Asegurado menores de veintiún (21) años que vivan permanentemente en el mismo y bajo la dependencia económica del Asegurado. Los dependientes podrán gozar de todos los servicios de asistencia que se incluyan en el Certificado Individual de Cobertura, todo sujeto a las coberturas, exclusiones y obligaciones establecidas para el servicio de asistencias.
- 6. EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental, reportado inmediatamente después de ocurrido, que ponga en riesgo la integridad física del Asegurado, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de asistencia, con un carácter máximo de veinticuatro (24) horas a consecuencia de un evento cubierto.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

- 7. ENFERMEDAD:** Alteración del estado de la salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuada por un médico.
- 8. 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.
- 9. 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.
- 10. 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.
- 11. PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa que actuará como la operadora y prestadora de servicios incluidos en la presente Póliza.
- 12. PRIMA:** Precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.
- 13. SINIESTRO:** Ocurrencia del hecho futuro e 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 a la prestación prevista en el contrato.
- 14. SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen 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 como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- 15. SUICIDIO:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- 16. TOMADOR:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros.

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 y 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.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA.

A. COBERTURAS BÁSICAS

3.1 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD (IDHe)

La Aseguradora se obliga a pagar el monto diario de renta de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura, sujeto al período de espera, suma asegurada y deducible indicado en el Certificado Individual de Cobertura, si el Asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad cubierta por la Póliza.

Esta cobertura también ampara si la causa de la hospitalización es debido a SARS-CoV-2 (covid-19).

3.2 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHa)

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto diario de renta de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura, sujeto a la suma asegurada y deducible indicado en el Certificado Individual de Cobertura, si el Asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la Póliza.

3.3 PERÍODO DE CARENCIA

El período de carencia para la Indemnización Diaria por Hospitalización por enfermedad se estipula en treinta (30) días; para hospitalizaciones a causa de accidente no hay período de carencia.

3.4 DEDUCIBLE

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

3.5 PERÍODO DE BENEFICIO

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará el número de días de hospitalización que el Asegurado permanece en condición de hospitalizado, descontando el deducible y sujeto a la suma asegurada establecida en el Certificado Individual de Cobertura.

El Asegurado está cubierto por cada día de veinticuatro (24) horas continuas de internamiento en una institución hospitalaria, hasta el máximo de días por año estipulado en estas condiciones, como límite máximo por enfermedad o accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del Asegurado debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

1. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, siempre y cuando ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a trescientos sesenta y cinco (365) días, cada período de hospitalización será considerado como la continuación del anterior, a efecto de calcular la responsabilidad máxima del beneficio en días.
2. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurridos trescientos sesenta y cinco (365) días desde el final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

3. Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente. Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los trescientos sesenta y cinco (365) días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho período en la vigencia siguiente, en caso de prórroga de la Póliza. El seguro sí cubrirá cualquier otra enfermedad o accidente que se produzca en la prórroga.

3.6 LÍMITE DE RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de ciento ochenta (180) días en cada año de aseguramiento individual, tal como lo establece el Certificado Individual de Cobertura, ya sea por hospitalización a causa de accidente, enfermedad o combinación de ambas causas.

B. SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA PLENA

Como parte complementaria, el Asegurado y sus dependientes contarán con un servicio de asistencia el cual se detalla a continuación:

ASISTENCIA TELEDOCTOR

Por solicitud del Asegurado o dependiente, La prestadora de servicios pondrá en contacto al Asegurado o dependiente con un profesional de la salud de Teledocor, a través de la aplicación tecnológica de Teledocor, para que le brinde una orientación médica, ante cualquier emergencia, utilización de medicamentos en la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén aquejando al paciente, recomendaciones médicas en general, vacunación, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, guardando un récord clínico.

Para descargar la aplicación, el Asegurado y/o dependiente deberá de seguir los siguientes pasos:

1. Conectarse a una red de Internet WiFi o de datos móviles, a través de un teléfono inteligente o tablet.
2. Descargar la aplicación de Teledocor en Google Play o App Store.
3. Afiliarse a la aplicación para verificar cobertura (Ingresar datos solicitados, ejemplo: nombre, número de teléfono y cualquier otra información solicitada).
4. Podrá hacer uso de la aplicación de acuerdo con el número de servicios indicados adelante en el presente condicionado.

El servicio busca brindar orientación médica al Asegurado o dependiente, a través de videollamada, con el fin de apoyar en la solución más adecuada dependiendo del caso.

El servicio se brindará veinticuatro (24) horas trescientos sesenta y cinco (365) días al año con atención de Médico General.

Este servicio tendrá una cobertura de 8 eventos mensuales y sin un máximo de costo.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA POR EMERGENCIA CON MOTIVO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

La prestadora de servicios brindará el traslado médico terrestre en ambulancia en caso de que el Asegurado o dependiente, a consecuencia de una emergencia causada por accidente o enfermedad, requiera y solicite ser trasladado al centro hospitalario más cercano con previa evaluación y aprobación del médico o personal de cabina de la prestadora de servicios.

El operador médico de la prestadora de servicios orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Una vez finalizado el traslado de ambulancia, todo gasto incurrido a consecuencia de la atención médica será responsabilidad del Asegurado o dependiente.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

El servicio será brindado por 2 eventos al año dentro del territorio costarricense y sin límite máximo de cobertura. Se prestará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada, en caso de no tenerla se coordinará con ambulancia pública (Cruz Roja). Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio debido a solicitudes extras del Asegurado, dicho excedente será asumido por el mismo.

Una vez avalado por parte del operador médico de la prestadora de servicios el enviar la ambulancia, se trasladará al Asegurado o dependiente al centro asistencial más cercano.

TRANSPORTE DEL ASEGURADO PARA REGRESO AL HOGAR (TAXI O AMBULANCIA, SEGÚN LA NECESIDAD, BASADO EN CRITERIO MÉDICO)

Por solicitud del Asegurado o dependiente y a consecuencia de hospitalización de alguno de ellos, la prestadora de servicios podrá brindar el traslado a su lugar de residencia o destino luego del alta en el centro asistencial. El servicio será brindado sin límites de eventos al año dentro del territorio costarricense y sin límite máximo de cobertura. Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio debido a solicitudes extras del Asegurado, dicho excedente será asumido por el mismo.

Para la prestación del servicio el Asegurado o dependiente deberá enviar por correo los soportes que acrediten su internación (Alta médica con la cantidad de días recluso, como mínimo una noche) de centros hospitalarios registrados y validos al régimen de la ley.

CONTROL DE AGENDA Y AVISOS PARA LA INGESTA PUNTUAL DE MEDICAMENTOS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios podrá realizar recordatorios cotidianos para la ingesta puntual de los medicamentos derivados de una hospitalización o enfermedad repentina.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios pondrá en contacto al Asegurado o dependiente con un profesional de la salud para que le brinde orientación médica telefónica ante cualquier emergencia o para orientarlo en la utilización de medicamentos y en la prevención de automedicación, así como con orientación sobre síntomas, recomendaciones médicas en general, e interpretación de exámenes de laboratorio.

El costo de cualquier compra de medicamentos y/o pago de servicios de laboratorio u otros, correrá por cuenta del Asegurado o dependiente.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

ENVÍO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios podrá enviar los medicamentos que el Asegurado necesite a su domicilio sin costo en el traslado de los mismos. Al momento del cliente solicitar el servicio y si dichos medicamentos requieren prescripción médica deberá enviarla por correo electrónico.

Esta asistencia se brindará sin límite de eventos y cobertura al año. Este servicio quedará sujeto a disponibilidad de existencias del medicamento en el mercado. El costo de los medicamentos es responsabilidad del Asegurado.

CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios buscará en las zonas cercanas al Asegurado los precios de medicamentos más bajos.

La compra de los mismos será por cuenta del Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

CONEXIÓN CON MÉDICOS, LABORATORIOS, HOSPITALES, FARMACIAS Y CLÍNICAS DENTALES

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios, buscará información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular, el costo del mismo lo asumirá el Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

GUÍA FARMACÉUTICA

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios buscará información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular. El costo de los medicamentos es responsabilidad del Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto con un profesional de la salud que le orientará telefónicamente en el campo de nutrición para adultos y niños, con el objetivo de tener una alimentación saludable. La prestadora de servicios quedará excluida de responsabilidad por cualquier determinación que adopte el Asegurado o dependiente por la consulta telefónica. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

GUÍA PARA LA PREPARACIÓN DE DIETAS SALUDABLES Y BIEN BALANCEADAS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de salud para ayudar telefónicamente en la creación de dietas a base de alimentos balanceados y saludables, enfocadas en las necesidades del usuario y sus rutinas diarias. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

INFORMACIÓN TELEFÓNICA SOBRE CONTENIDO CALÓRICO DE LOS ALIMENTOS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de nutrición para orientarlo telefónicamente sobre las calorías de los alimentos. Esto con el fin de proporcionar cantidades adecuadas y que sean saludables para el usuario. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

RECETAS ESPECIALES PARA PERSONAS CON DIABETES, SOBREPESO, INTOLERANTES A LA LACTOSA Y/O GLUTEN

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de Nutrición que telefónicamente ayude al usuario en la creación de dietas adecuadas para sus necesidades. Este servicio se prestará vía telefónica sin límite de eventos al año.

RECETAS SALUDABLES, INNOVADORAS, RÁPIDAS, RECOMENDACIONES PARA PREPARAR PLATILLOS COMUNES

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto telefónicamente con un especialista en temas de Nutrición para la creación de recetas adecuadas que aporten cantidades correctas de calorías, proteínas, etc., para adultos y niños. Este servicio se prestará vía telefónica sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios pondrá en contacto al Asegurado o dependiente con un profesional que brinde orientaciones telefónicas con base en las necesidades del cliente.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

La prestadora de servicios y/o la Aseguradora quedarán excluidas de responsabilidad por cualquier determinación que adopte el Asegurado o dependiente por la consulta telefónica. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

REFERENCIA Y CONEXIÓN CON PSICÓLOGOS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios podrá brindar al Asegurado o dependiente números telefónicos de profesionales en el campo de la psicología para que sean contactados bajo la responsabilidad del Asegurado.

El costo de cualquier pago de servicios correrá por cuenta del Asegurado o dependiente.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

VISITA PRESENCIAL A MÉDICO (UN SERVICIO CADA 72 HORAS)

Por solicitud del Asegurado o dependiente, una vez avalado por parte del operador médico de la prestadora de servicios se podrá dirigir al Asegurado o dependiente a un profesional médico para realizar chequeos básicos (Médico General, Ginecólogo o Pediatra). Esta asistencia está sujeta a la autorización de un profesional médico con el cual se realiza previamente una orientación médica telefónica. La asistencia de visita médica presencial se brinda por enfermedades no preexistentes.

Este servicio se por 12 eventos anuales, sin cobertura máxima por evento y está sujeto a ser brindado por proveedores que pertenezcan a la red de la Prestadora de servicios.

EXÁMENES DE LABORATORIO: ORINA, HECES, GLUCOSA, HEMATOLOGÍA COMPLETA, PAPANICOLAOU O ANTÍGENO PROSTÁTICO

Por solicitud telefónica del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios podrá brindar la autorización para realizar un examen de orina, heces, glucosa, hematología completa y Papanicolaou, a mujeres mayores de 30 años de edad. Así como, el antígeno prostático, a hombres mayores de cuarenta (40) años de edad, y será brindado con un proveedor de salud de la red médica de la prestadora de servicios

El servicio se prestará a partir del sexto mes de permanencia en el seguro (cumplidos y pagados). Este servicio se prestará por dos (2) eventos anuales sin límite máximo de cobertura por evento y está sujeto a ser brindado por los proveedores que pertenezcan a la red de la prestadora de servicios.

3.7 SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada cobertura es definida por el Tomador de la Póliza, y se establece de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura.

3.8 EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre:

1. Accidentes que se originen por participar en:

- 1.1. 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.**
- 1.2. 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.**
- 1.3. Lesiones 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.**



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

- 1.4. Lesiones sufridas por acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, radiación, reacción atómica, guerra bacteriológica, y sus complicaciones.
 - 1.5. 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.
 - 1.6. Inmersión submarina de cualquier tipo.
 - 1.7. Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.
 - 1.8. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.
 - 1.9. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - 1.10. Conducción de motocicletas o motonetas cuando se conduzcan con fines de competencias ya sea profesional o amateur.
 - 1.11. Conducción de, cuatrimotos y/o vehículos de motor similares terrestres y acuáticos.
 - 1.12. 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.
 - 1.13. Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el asegurado en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
 - 1.14. Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave.
2. Esta Póliza no indemnizará Hospitalizaciones a consecuencia de:
- 2.1. Condiciones preexistentes.
 - 2.2. 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.
 - 2.3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes cubiertos.
 - 2.4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.
 - 2.5. Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la Póliza.
 - 2.6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 - 2.7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud.
 - 2.8. 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.
 - 2.9. 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.
 - 2.10. Epidemias, endemia, pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales, excepto las hospitalizaciones a consecuencias de SARS-CoV-2 (covid-19).



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

- 2.11. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
 - 2.12. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
 - 2.13. Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
 - 2.14. Internamiento en un Hospital que no reúna los requisitos descritos en las definiciones.
 - 2.15. Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.
 - 2.16. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.
 - 2.17. 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.
 - 2.18. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.
 - 2.19. Manejo del dolor.
 - 2.20. Reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.
 - 2.21. Períodos de cuarentena o aislamiento.
3. Esta Póliza no cubrirá o indemnizará los servicios de las Asistencias por los siguientes conceptos:
- 3.1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
 - 3.2. Los servicios que el Asegurado o dependiente hayan contratado sin previo consentimiento de la prestadora de servicios.
 - 3.3. Los servicios médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado o dependientes con dolo o mala fe.
 - 3.4. Los servicios médicos para enfermedades o lesiones derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos o condiciones preexistentes.
 - 3.5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales, ni los causados por ingestión de bebidas alcohólicas.
 - 3.6. Los gastos derivados de lesiones ocasionadas por prácticas deportivas profesionales.
 - 3.7. Cuando el Asegurado o dependiente se niegue a colaborar con el personal designado por la prestadora de servicios para la prestación de los servicios de asistencia.
 - 3.8. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, otros, etc.
 - 3.9. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular. Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
 - 3.10. Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
 - 3.11. Cuando el Asegurado o dependiente no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
 - 3.12. Cuando el Asegurado o dependiente no se identifique como Asegurado o dependiente de los servicios de asistencia.
 - 3.13. Cuando el Asegurado o dependiente incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

- 3.14. En todo caso la prestadora de servicios no prestará los servicios de asistencia descritos cuando el lugar donde de solicitud NO cuente con la infraestructura pública, privada, de seguridad e impida la realización de dicho servicio. Será una obligación para la prestadora de servicios poner en conocimiento al Asegurado o dependiente de tales circunstancias.**
- 3.15. Todos los servicios que se deban efectuar mediante la modalidad de reembolso serán tramitados en el tiempo máximo de quince (15) a treinta (30) días hábiles, teniendo como fecha de inicio el día en que sean recibidos los documentos necesarios de cada servicio.**
- 3.16. La omisión del reporte del problema o servicio de asistencia que requiera el cliente sea solucionado en tiempo de cuarenta y ocho (48) horas una vez identificado su necesidad.**
- 3.17. Todos los servicios de asistencia contemplados en el presente condicionado tienen sujeta la prestación de los servicios siempre y cuando la infraestructura privada permita el desplazamiento del personal (proveedores).**

3.9 LIMITE DE COBERTURA ASEGURADA

El Asegurado podrá contratar y mantener vigente con la Aseguradora únicamente una (1) Póliza correspondiente a este producto o alguno similar que sea expedido por la Aseguradora. Por lo tanto, el Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera Póliza de seguro para que la Aseguradora se abstenga de expedir otra similar. En caso de que el Asegurado se encuentre registrado como tal en más de una Póliza emitida por la Aseguradora, se considerará asegurado únicamente por la Póliza que provea la suma asegurada más alta. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora, considerará que dicha persona está asegurada bajo la Póliza que se haya emitido primero. En cualquiera de las situaciones descritas en este párrafo, la Aseguradora devolverá al Asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, el cien por ciento (100%) de primas pagada en la Pólizas que no corresponda asegurar, en un plazo no mayor a diez (10) días naturales.

3.10 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.

3.11 ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

Las coberturas garantizan al Asegurado protección contra accidentes en todo momento y lugar, las veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año, dentro y fuera del país, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un accidente, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de esta Póliza.

El servicio de asistencia se brindará únicamente en el territorio nacional del país de Costa Rica.

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.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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 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 "Solicitud de 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 heredero 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;



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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 deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada.
 - 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 o la normativa aplicable, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

Si como consecuencia del incumplimiento del Tomador de algunas de las funciones descritas, el Asegurado sufre un daño, el Tomador deberá resarcir los daños y perjuicios ocasionados. La Aseguradora podrá asumir primero la indemnización de la pérdida al Asegurado; y en ese caso, el Tomador deberá reembolsar a la Aseguradora la indemnización realizada.

5.2 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1. Pagar la prima, cuando se establezca bajo 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 en declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar 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



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

firmado por el Tomador. Así mismo, 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 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	Plan A
Entre 65 a 75 años de edad.	Hasta un 500%
A partir de 76 años de edad.	Hasta un 1500%

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 a realizarse por el Tomador deberá efectuarse en la oficina principal de la Aseguradora y/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



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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.

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 DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE SINIESTROS.

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 señalado en esta cláusula 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 en la presente cláusula.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado 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.

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

- ✓ Formulario de reclamación proporcionado por la Aseguradora, completo y firmado por el Asegurado.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

- ✓ 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 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.

7.2 PLAZO DE RESOLUCIÓN

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.

7.3 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.

7.4 RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Para la prestación de los servicios de asistencia objeto de la presente Póliza, éstos serán prestados a través de la red de prestadores de servicios de asistencia y/o profesionales, contratados por la Aseguradora. Para tales efectos, se mantendrá una lista actualizada con los prestadores de dichos servicios en el teléfono **(+506) 6040-4001**. La Aseguradora se reserva el derecho de adicionar, retirar o sustituir en cualquier momento y sin previo aviso un determinado profesional y/o prestador de dichos servicios de las listas que para tales efectos se mantengan.

Con el fin de que el Asegurado o dependiente pueda disfrutar de los servicios de asistencia contemplados, deberá cumplir con lo siguiente:

1. Identificarse como Asegurado o dependiente ante los empleados de la prestadora de servicios o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
2. Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente de la prestadora de servicios.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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 PARA 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 podrá ser terminada 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.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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. Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
- b. A solicitud expresa y por escrito del Asegurado.
- c. Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable.
- d. Fallezca el Asegurado.
- e. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
- f. 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 el Tomador a su sola discreción bajo la modalidad contributiva o no contributiva.

B. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta Póliza, aquellas personas que reúna los requisitos del Tomador, residan en Costa Rica y tengan una edad mínima de dieciocho (18) años.

C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DEL TOMADOR

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



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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 ASEGURAMIENTO 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 esta Póliza serán expresados en la moneda que se indique en el Certificado Individual de Cobertura.

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

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.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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. 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 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 Alternativa 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.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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 No. 8653, bajo el registro P20-67-A07-949 de fecha 16 de octubre del 2021.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

DEBER DE INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA

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:** [Calificación], otorgada por [Calificadora] con fecha [Fecha de calificación], lo que significa que [Agregar breve descripción de la calificación].
- 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 "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

2. INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO

- 2.1. Nombre del producto:** Seguro Colectivo De Renta Diaria Por Hospitalización Tranquilidad Hospitalaria Plena.
- 2.2. Código de registro:** P20-67-A07-949.
- 2.3. Categoría, ramo y línea:** Categoría personales, ramo de salud, línea de renta por hospitalización.
- 2.4. Riesgos amparados:** Se pagará una renta diaria en caso de que el Asegurado sea hospitalizado a causa de una enfermedad o accidente, además, se incluye un servicio de asistencia médica donde el Asegurado podrá incluir a sus dependientes para que puedan gozar de los mismos servicios 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 brindan amparo en todo momento y lugar, el servicio de asistencia únicamente dentro del territorio de la República de Costa Rica.
- 2.9. Descripción de las Coberturas:**

2.9.1 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD (IDHe)

La Aseguradora se obliga a pagar el monto diario de renta de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura, sujeto al período de espera, suma asegurada y deducible indicado en el Certificado Individual de Cobertura, si el Asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad cubierta por la Póliza.

Esta cobertura también ampara si la causa de la hospitalización es debido a SARS-CoV-2 (covid-19).

2.9.2 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHa)

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto diario de renta de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura, sujeto a la suma asegurada y deducible indicado en el Certificado Individual de Cobertura, si el Asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la Póliza.

2.9.3 PERÍODO DE BENEFICIO

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará el número de días de hospitalización que el Asegurado permanece en condición de hospitalizado, descontando el deducible y sujeto a la suma asegurada establecida en el Certificado Individual de Cobertura.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

El Asegurado está cubierto por cada día de veinticuatro (24) horas continuas de internamiento en una institución hospitalaria, hasta el máximo de días por año estipulado en estas condiciones, como límite máximo por enfermedad o accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del Asegurado debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

4. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, siempre y cuando ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a trescientos sesenta y cinco (365) días, cada período de hospitalización será considerado como la continuación del anterior, a efecto de calcular la responsabilidad máxima del beneficio en días.
5. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurridos trescientos sesenta y cinco (365) días desde el final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).
6. Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente. Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los trescientos sesenta y cinco (365) días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho período en la vigencia siguiente, en caso de prórroga de la Póliza. El seguro sí cubrirá cualquier otra enfermedad o accidente que se produzca en la prórroga.

2.10. Servicios de Asistencia

Como parte complementaria, el Asegurado y sus dependientes contarán con un servicio de asistencia el cual se detalla a continuación:

ASISTENCIA TELEDOCTOR

Por solicitud del Asegurado o dependiente, La prestadora de servicios pondrá en contacto al Asegurado o dependiente con un profesional de la salud de Teledocor, a través de la aplicación tecnológica de Teledocor, para que le brinde una orientación médica, ante cualquier emergencia, utilización de medicamentos en la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén aquejando al paciente, recomendaciones médicas en general, vacunación, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, guardando un récord clínico.

Para descargar la aplicación, el Asegurado y/o dependiente deberá de seguir los siguientes pasos:

5. Conectarse a una red de Internet WiFi o de datos móviles, a través de un teléfono inteligente o tablet.
6. Descargar la aplicación de Teledocor en Google Play o App Store.
7. Afiliarse a la aplicación para verificar cobertura (Ingresar datos solicitados, ejemplo: nombre, número de teléfono y cualquier otra información solicitada).
8. Podrá hacer uso de la aplicación de acuerdo con el número de servicios indicados adelante en el presente condicionado.

El servicio busca brindar orientación médica al Asegurado o dependiente, a través de videollamada, con el fin de apoyar en la solución más adecuada dependiendo del caso.

El servicio se brindará veinticuatro (24) horas trescientos sesenta y cinco (365) días al año con atención de Médico General.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

Este servicio tendrá una cobertura de 8 eventos mensuales y sin un máximo de costo.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA POR EMERGENCIA CON MOTIVO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

La prestadora de servicios brindará el traslado médico terrestre en ambulancia en caso de que el Asegurado o dependiente, a consecuencia de una emergencia causada por accidente o enfermedad, requiera y solicite ser trasladado al centro hospitalario más cercano con previa evaluación y aprobación del médico o personal de cabina de la prestadora de servicios.

El operador médico de la prestadora de servicios orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Una vez finalizado el traslado de ambulancia, todo gasto incurrido a consecuencia de la atención médica será responsabilidad del Asegurado o dependiente.

El servicio será brindado por 2 eventos al año dentro del territorio costarricense y sin límite máximo de cobertura. Se prestará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada, en caso de no tenerla se coordinará con ambulancia pública (Cruz Roja). Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio debido a solicitudes extras del Asegurado, dicho excedente será asumido por el mismo.

Una vez avalado por parte del operador médico de la prestadora de servicios el enviar la ambulancia, se trasladará al Asegurado o dependiente al centro asistencial más cercano.

TRANSPORTE DEL ASEGURADO PARA REGRESO AL HOGAR (TAXI O AMBULANCIA, SEGÚN LA NECESIDAD, BASADO EN CRITERIO MÉDICO)

Por solicitud del Asegurado o dependiente y a consecuencia de hospitalización de alguno de ellos, la prestadora de servicios podrá brindar el traslado a su lugar de residencia o destino luego del alta en el centro asistencial. El servicio será brindado sin límites de eventos al año dentro del territorio costarricense y sin límite máximo de cobertura. Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio debido a solicitudes extras del Asegurado, dicho excedente será asumido por el mismo.

Para la prestación del servicio el Asegurado o dependiente deberá enviar por correo los soportes que acrediten su internación (Alta médica con la cantidad de días recluso, como mínimo una noche) de centros hospitalarios registrados y validos al régimen de la ley.

CONTROL DE AGENDA Y AVISOS PARA LA INGESTA PUNTUAL DE MEDICAMENTOS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios podrá realizar recordatorios cotidianos para la ingesta puntual de los medicamentos derivados de una hospitalización o enfermedad repentina.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios pondrá en contacto al Asegurado o dependiente con un profesional de la salud para que le brinde orientación médica telefónica ante cualquier emergencia o para orientarlo en la utilización de medicamentos y en la prevención de automedicación, así como con orientación sobre síntomas, recomendaciones médicas en general, e interpretación de exámenes de laboratorio.

El costo de cualquier compra de medicamentos y/o pago de servicios de laboratorio u otros, correrá por cuenta del Asegurado o dependiente.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

ENVÍO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios podrá enviar los medicamentos que el Asegurado necesite a su domicilio sin costo en el traslado de los mismos. Al momento del cliente solicitar el servicio y si dichos medicamentos requieren prescripción médica deberá enviarla por correo electrónico. Esta asistencia se brindará sin límite de eventos y cobertura al año. Este servicio quedará sujeto a disponibilidad de existencias del medicamento en el mercado. El costo de los medicamentos es responsabilidad del Asegurado.

CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios buscará en las zonas cercanas al Asegurado los precios de medicamentos más bajos. La compra de los mismos será por cuenta del Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

CONEXIÓN CON MÉDICOS, LABORATORIOS, HOSPITALES, FARMACIAS Y CLÍNICAS DENTALES

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios, buscará información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular, el costo del mismo lo asumirá el Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

GUÍA FARMACÉUTICA

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios buscará información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular. El costo de los medicamentos es responsabilidad del Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto con un profesional de la salud que le orientará telefónicamente en el campo de nutrición para adultos y niños, con el objetivo de tener una alimentación saludable. La prestadora de servicios quedará excluida de responsabilidad por cualquier determinación que adopte el Asegurado o dependiente por la consulta telefónica. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

GUÍA PARA LA PREPARACIÓN DE DIETAS SALUDABLES Y BIEN BALANCEADAS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de salud para ayudar telefónicamente en la creación de dietas a base de alimentos balanceados y saludables, enfocadas en las necesidades del usuario y sus rutinas diarias. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

INFORMACIÓN TELEFÓNICA SOBRE CONTENIDO CALÓRICO DE LOS ALIMENTOS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de nutrición para orientarlo telefónicamente sobre las calorías de los alimentos. Esto con el fin de proporcionar cantidades adecuadas y que sean saludables para el usuario. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

RECETAS ESPECIALES PARA PERSONAS CON DIABETES, SOBREPESO, INTOLERANTES A LA LACTOSA Y/O GLUTEN

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de Nutrición que telefónicamente ayude al usuario en la creación de dietas adecuadas para sus necesidades.



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

Este servicio se prestará vía telefónica sin límite de eventos al año.

RECETAS SALUDABLES, INNOVADORAS, RÁPIDAS, RECOMENDACIONES PARA PREPARAR PLATILLOS COMUNES

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios lo pondrá en contacto telefónicamente con un especialista en temas de Nutrición para la creación de recetas adecuadas que aporten cantidades correctas de calorías, proteínas, etc., para adultos y niños.

Este servicio se prestará vía telefónica sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios pondrá en contacto al Asegurado o dependiente con un profesional que brinde orientaciones telefónicas con base en las necesidades del cliente. La prestadora de servicios y/o la Aseguradora quedarán excluidas de responsabilidad por cualquier determinación que adopte el Asegurado o dependiente por la consulta telefónica.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

REFERENCIA Y CONEXIÓN CON PSICÓLOGOS

Por solicitud del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios podrá brindar al Asegurado o dependiente números telefónicos de profesionales en el campo de la psicología para que sean contactados bajo la responsabilidad del Asegurado.

El costo de cualquier pago de servicios correrá por cuenta del Asegurado o dependiente.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

VISITA PRESENCIAL A MÉDICO (UN SERVICIO CADA 72 HORAS)

Por solicitud del Asegurado o dependiente, una vez avalado por parte del operador médico de la prestadora de servicios se podrá dirigir al Asegurado o dependiente a un profesional médico para realizar chequeos básicos (Médico General, Ginecólogo o Pediatra). Esta asistencia está sujeta a la autorización de un profesional médico con el cual se realiza previamente una orientación médica telefónica. La asistencia de visita médica presencial se brinda por enfermedades no preexistentes.

Este servicio se por 12 eventos anuales, sin cobertura máxima por evento y está sujeto a ser brindado por proveedores que pertenezcan a la red de la Prestadora de servicios.

EXÁMENES DE LABORATORIO: ORINA, HECES, GLUCOSA, HEMATOLOGÍA COMPLETA, PAPANICOLAOU O ANTÍGENO PROSTÁTICO

Por solicitud telefónica del Asegurado o dependiente, la prestadora de servicios podrá brindar la autorización para realizar un examen de orina, heces, glucosa, hematología completa y Papanicolaou, a mujeres mayores de 30 años de edad. Así como, el antígeno prostático, a hombres mayores de cuarenta (40) años de edad, y será brindado con un proveedor de salud de la red médica de la prestadora de servicios

El servicio se prestará a partir del sexto mes de permanencia en el seguro (cumplidos y pagados). Este servicio se prestará por dos (2) eventos anuales sin límite máximo de cobertura por evento y está sujeto a ser brindado por los proveedores que pertenezcan a la red de la prestadora de servicios.

2.9.4 SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada cobertura es definida por el Tomador de la Póliza, y se establece de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura.

2.9.5 EXCLUSIONES



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

Esta Póliza no cubre:

4. Accidentes que se originen por participar en:

- 4.1. 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.**
- 4.2. 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.**
- 4.3. Lesiones 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.**
- 4.4. Lesiones sufridas por acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, radiación, reacción atómica, guerra bacteriológica, y sus complicaciones.**
- 4.5. 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.**
- 4.6. Inmersión submarina de cualquier tipo.**
- 4.7. Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.**
- 4.8. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.**
- 4.9. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- 4.10. Conducción de motocicletas o motonetas cuando se conduzcan con fines de competencias ya sea profesional o amateur.**
- 4.11. Conducción de, cuatrimotos y/o vehículos de motor similares terrestres y acuáticos.**
- 4.12. 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.**
- 4.13. Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el asegurado en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.**
- 4.14. Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave.**

5. Esta Póliza no indemnizará Hospitalizaciones a consecuencia de:

- 5.1. Condiciones preexistentes.**
- 5.2. 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.**
- 5.3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes cubiertos.**
- 5.4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.**
- 5.5. Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la Póliza.**



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

- 5.6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.**
 - 5.7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud.**
 - 5.8. 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.**
 - 5.9. 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.**
 - 5.10. Epidemias, endemia, pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales, excepto las hospitalizaciones a consecuencias de SARS-CoV-2 (covid-19).**
 - 5.11. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.**
 - 5.12. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.**
 - 5.13. Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**
 - 5.14. Internamiento en un Hospital que no reúna los requisitos descritos en las definiciones.**
 - 5.15. Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.**
 - 5.16. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.**
 - 5.17. 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.**
 - 5.18. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.**
 - 5.19. Manejo del dolor.**
 - 5.20. Reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.**
 - 5.21. Períodos de cuarentena o aislamiento.**
- 6. Esta Póliza no cubrirá o indemnizará los servicios de las Asistencias por los siguientes conceptos:**
- 6.1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.**
 - 6.2. Los servicios que el Asegurado o dependiente hayan contratado sin previo consentimiento de la prestadora de servicios.**
 - 6.3. Los servicios médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado o dependientes con dolo o mala fe.**
 - 6.4. Los servicios médicos para enfermedades o lesiones derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos o condiciones preexistentes.**
 - 6.5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales, ni los causados por ingestión de bebidas alcohólicas.**
 - 6.6. Los gastos derivados de lesiones ocasionadas por prácticas deportivas profesionales.**
 - 6.7. Cuando el Asegurado o dependiente se niegue a colaborar con el personal designado por la prestadora de servicios para la prestación de los servicios de asistencia.**



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

- 6.8. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, otros, etc.
 - 6.9. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular. Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
 - 6.10. Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
 - 6.11. Cuando el Asegurado o dependiente no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
 - 6.12. Cuando el Asegurado o dependiente no se identifique como Asegurado o dependiente de los servicios de asistencia.
 - 6.13. Cuando el Asegurado o dependiente incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
 - 6.14. En todo caso la prestadora de servicios no prestará los servicios de asistencia descritos cuando el lugar donde de solicitud NO cuente con la infraestructura pública, privada, de seguridad e impida la realización de dicho servicio. Será una obligación para la prestadora de servicios poner en conocimiento al Asegurado o dependiente de tales circunstancias.
 - 6.15. Todos los servicios que se deban efectuar mediante la modalidad de reembolso serán tramitados en el tiempo máximo de quince (15) a treinta (30) días hábiles, teniendo como fecha de inicio el día en que sean recibidos los documentos necesarios de cada servicio.
 - 6.16. La omisión del reporte del problema o servicio de asistencia que requiera el cliente sea solucionado en tiempo de cuarenta y ocho (48) horas una vez identificado su necesidad.
 - 6.17. Todos los servicios de asistencia contemplados en el presente condicionado tienen sujeta la prestación de los servicios siempre y cuando la infraestructura privada permita el desplazamiento del personal (proveedores).
-
- 2.11. **Período de Carencia:** El período de carencia para la Indemnización Diaria por Hospitalización por enfermedad se estipula en treinta (30) días; para hospitalizaciones a causa de accidente no hay período de carencia.
 - 2.12. **Deducible:** El deducible figura en el Certificado Individual de Cobertura y será establecido de acuerdo al plan contratado por el Asegurado.
 - 2.13. **Responsabilidad máxima:** La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de ciento ochenta (180) días en cada año de aseguramiento individual del Certificado Individual de Cobertura, ya sea por Hospitalización a causa de Accidente, Enfermedad o combinación de ambas causas.
 - 2.14. **Requisitos para ser Asegurado:** Son elegibles para ser Asegurados, todas aquellas personas mayores de dieciocho (18) años que residen en Costa Rica y que reúnan los requisitos de elegibilidad para el Tomador.
 - 2.15. **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



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

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 a realizarse por el Tomador deberá efectuarse en la oficina principal de la Aseguradora y/o sus sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin

2.16. Procedimiento en caso de siniestro: El Asegurado 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 establecidos en las Condiciones Generales.

2.17. Procedimiento en caso de requerir un servicio de asistencia: Para la prestación de los servicios de asistencia objeto de la presente Póliza, éstos serán prestados a través de la red de prestadores de servicios de asistencia y/o profesionales, contratados por la Aseguradora. Para tales efectos, se mantendrá una lista actualizada con los prestadores de dichos servicios en el teléfono (+506) 6040-4001. La Aseguradora se reserva el derecho de adicionar, retirar o sustituir en cualquier momento y sin previo aviso un determinado profesional y/o prestador de dichos servicios de las listas que para tales efectos se mantengan.

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

1. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
2. 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 junto al Tomador será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por estos.

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

1. Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
2. A solicitud expresa y por escrito del Asegurado.
3. Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable.
4. Fallezca el Asegurado.
5. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
6. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

2.20. Derecho de retracto: Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción, siempre y cuando no se haya hecho uso de las coberturas



SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA PLENA"

del seguro; 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.

2.21. 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.

2.22. 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.