

Condiciones Generales

Seguro Colectivo de  
Enfermedades  
Graves

Sagicor 

## SECCIÓN I – ÍNDICE

SECCIÓN I – ÍNDICE .....	2
SECCIÓN II – COMPROMISO DE LA ASEGURADORA .....	3
SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES .....	4
Artículo 1 - Definiciones .....	4
Artículo 2 - Documentación contractual .....	6
SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA .....	6
Artículo 3 - Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave (Básica) .....	6
Artículo 4 - Muerte y Gastos Funerarios (Opcional) .....	6
Artículo 5 - Exclusiones Generales .....	6
Artículo 6 - Período de Carencia .....	7
Artículo 7 - Suma asegurada .....	7
Artículo 8 - Período de cobertura .....	7
Artículo 9 - Delimitación geográfica .....	8
Artículo 10 - Indisputabilidad de la póliza .....	8
SECCIÓN V – BENEFICIARIOS .....	8
Artículo 11 - Beneficiarios .....	8
SECCIÓN VI – OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIOS .....	8
Artículo 12 - Obligaciones del Tomador Colectivo .....	8
Artículo 13 - Obligaciones del Asegurado Individual .....	9
Artículo 14 - Declaraciones falsas o fraudulentas .....	9
SECCIÓN VII – PRIMA .....	9
Artículo 15 - Prima .....	9
Artículo 16 - Recargos y Descuentos .....	10
SECCIÓN VIII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA .....	10
Artículo 17 - Procesamiento de reclamos .....	10
Artículo 18 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia .....	11
Artículo 19 - Renovación de la póliza .....	11
Artículo 20 - Terminación de la póliza colectiva .....	11
Artículo 21 - Terminación de cobertura de Asegurados Individuales .....	11
SECCIÓN IX – CONDICIONES VARIAS .....	12
Artículo 22 - Confidencialidad de la información .....	12
Artículo 23 - Modalidad de contratación .....	12
Artículo 24 - Certificado de Seguro .....	12
Artículo 25 - Legislación .....	12
Artículo 26 - Prescripción .....	12
Artículo 27 - Rectificación de la Póliza .....	12
Artículo 28 - Cesión del contrato .....	12
Artículo 29 - Modificaciones a la Póliza .....	13
Artículo 30 - Moneda .....	13
Artículo 31 - Participación de Utilidades .....	13
Artículo 32 - Comisión de Cobro .....	13
SECCIÓN X – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES .....	13
Artículo 33 - Jurisdicción y arbitraje .....	13
Artículo 34 - Otras instancias de solución de controversias .....	13
Artículo 35 - Valoración por peritos .....	13
Artículo 36 - Notificaciones .....	13
Artículo 37 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros .....	14

## SECCIÓN II – COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

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

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



---

Fernando Víquez Pacheco  
Representante Legal  
Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A.

## SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES

### Artículo 1 - Definiciones

Accidente cerebrovascular (ACV): Cualquier accidente cerebrovascular, según dictaminado por un médico especialista, de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes por más de 15 días. Están incluidos en la cobertura los accidentes cerebrovasculares producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal.

Activo/a laboralmente: La persona tiene un trabajo o fuente de ingresos para la cual el/ella es capaz de realizar sus labores diarias normales, mental y físicamente. Esta condición se cumplirá con la presentación de (i) constancia salarial o comprobante de la Caja Costarricense del Seguro Social, en caso de trabajadores asalariados, o (ii) Certificación de ingresos emitida por un Contador Público Autorizado, para el caso de profesionales o trabajadores independientes.

Año Póliza: El período comprendido entre las 12:00 de la noche en la Fecha de Vigencia hasta las 12:00 de la noche del último día del año de la póliza. Cada período subsiguiente de 12 meses contados a partir del aniversario de la póliza se considerará como un año de la póliza. Todo lo anterior conforme se especifica en las Condiciones Particulares para el Tomador y en el Certificado de Seguro para el Asegurado.

Asegurado: Persona física, cubierta bajo esta póliza, que se afilia o se adhiere a la póliza colectiva al contar con características comunes con los demás miembros.

Beneficiario: Persona física o jurídica que recibe el beneficio de los reclamos que se generen por un riesgo cubierto por esta póliza.

Cáncer: Se refiere a la presencia de un tumor que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal circundante y a distancia. Debe existir toda la evidencia médica que documente sustancialmente el diagnóstico de cáncer.

Ceguera: Se refiere a la pérdida permanente de la vista en ambos ojos, según lo confirmado por un oftalmólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión. La agudeza visual corregida ha de ser inferior a 20/200 en ambos ojos, o el campo de visión deberá ser inferior a 20 grados en ambos ojos.

Coma: Se refiere un estado de inconsciencia sin reacción a los estímulos externos o la respuesta a las necesidades internas por un período ininterrumpido de cuatro días.

Daño Cerebral por Traumatismo: muerte del tejido cerebral debido a una lesión traumática, provocando déficit neurológico permanente con la persistencia de los síntomas clínicos. No se incluye dentro de este concepto, los siguientes:

Anomalías detectadas en el cerebro u otras exploraciones sin síntomas clínicos relacionados de forma definitiva.

Los signos neurológicos que ocurren sin anormalidad sintomática, por ejemplo los reflejos abruptos sin otros síntomas.

Los síntomas de origen psicológico o psiquiátrico.

Lesión traumática en la cabeza por el uso de alcohol u otras drogas.

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

Enfermedad Grave: Se refiere a las siguientes enfermedades, conforme sean diagnosticadas por un médico especialista debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión: (i) Cáncer; (ii) Accidente Cerebrovascular; (iii) Insuficiencia Renal; (iv) Infarto al Miocardio; (v) Ceguera; (vi) Coma; (vii) Esclerosis múltiple; (viii) Parálisis; (ix) Pérdida del habla o mudez; (x) Sordera, (xi) Quemaduras Mayores, (xii) Daño Cerebral por Traumatismo.

Esclerosis múltiple: Se refiere un diagnóstico por un neurólogo de esclerosis múltiple definitiva, caracterizado por anomalías neurológicas que persisten durante un período continuo de al menos seis meses o con evidencia de dos episodios separados clínicamente documentados. Múltiples áreas de desmielinización deben ser confirmadas en el diagnóstico médico respectivo mediante resonancia magnética u otras técnicas de imagen utilizadas comúnmente en la profesión médica para diagnosticar la esclerosis múltiple.

Grupo Asegurado: Grupo que incluye la totalidad de personas físicas que, al ser aceptadas por la Compañía, son Asegurados que cuentan con cobertura vigente bajo esta póliza colectiva.

Hospital o Clínica: Establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

Infarto al Miocardio: Se refiere a la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los dos siguientes criterios: (i) Cambios agudos en el electrocardiograma; y (ii) Elevación de las enzimas cardíacas.

Insuficiencia Renal Crónica: Etapa de la insuficiencia renal en la que se presenta una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la necesidad de iniciar un proceso de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis y/o trasplante renal.

Límite de Aceptación de Riesgos Sin Pruebas: Monto máximo de cobertura de seguro de enfermedades graves, definido en las Condiciones Particulares de la póliza, que se otorgará sin la presentación de pruebas cuando el asegurado sea menor a los 60 años de edad. Cuando la persona tenga una edad superior a los 60 años se requerirá la Presentación de Pruebas según establecido en este contrato.

Parálisis: Se refiere a la pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades por un período continuo de noventa días siguientes al acontecimiento desencadenante, tiempo durante el cual no se presente ningún signo de mejora.

Pérdida del habla (o mudez): Se refiere a la pérdida total e irreversible de la capacidad de hablar como resultado de una lesión física o enfermedad que debe establecerse por un período continuo de por lo menos 180 días según confirmado por un otorrinolaringólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión.

Presentación de Pruebas: La realización de un proceso de suscripción de riesgo para el que el solicitante debe completar y entregar el cuestionario médico de la aseguradora en relación con los requisitos de aseguramiento de la Compañía, que determinan una mayor disposición de la empresa para asumir el riesgo de seguro.

Prima: El precio que debe pagar, ya sea el Tomador o Asegurado, por la cobertura de riesgo que se asume.

Quemaduras Mayores: son quemaduras de tercer grado en adelante, que cubren al menos el 20% de la superficie corporal, con supervivencia de al menos 30 días.

**Sordera:** Se refiere a la pérdida permanente de la audición en ambos oídos con un umbral de audición de más de 90 decibeles según confirmado por un otorrinolaringólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión.

**Tomador:** Persona jurídica o física que suscribe esta póliza en representación del Grupo Asegurado sobre el que cuenta con un interés asegurable al contar con características comunes. El tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

## Artículo 2 - Documentación contractual

Integran esta póliza las presentes condiciones generales, la solicitud del Tomador, los cuestionarios anexos a esta, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales, la adenda que se adicione a esta y cualquier declaración del Tomador o Asegurado. Las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Generales y ambas están subordinadas al contenido de las Condiciones Particulares. Las Condiciones Particulares y Generales prevalecen sobre la solicitud de seguro y cualquier otro documento del aseguramiento.

## SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA

### Artículo 3 - Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave (Básica)

En caso que, durante la vigencia de la póliza, el Asegurado sea diagnosticado de padecer una Enfermedad Grave por primera vez, Sagicor brindará un apoyo económico equivalente a la Suma Asegurada para esta cobertura. Conforme definidas en este contrato, son objeto de cobertura las siguientes enfermedades graves:

- Accidente Cerebrovascular
- Cáncer
- Ceguera
- Coma
- Esclerosis múltiple
- Quemaduras Mayores
- Infarto al Miocardio
- Daño Cerebral por Traumatismo
- Insuficiencia Renal
- Parálisis
- Pérdida del habla o mudez
- Sordera

**Forma de Pago:** Un único pago a nombre del Asegurado.

**Copago:** No hay, el Asegurado recibirá el 100% del monto de Suma Asegurada y lo podrá usar a su libre disposición.

### Artículo 4 - Muerte y Gastos Funerarios (Opcional)

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, si a consecuencia de una Enfermedad Grave cubierta y diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el Asegurado fallece dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha del diagnóstico. La suma asegurada será pagada a el o los beneficiarios designados, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado.

Para efectos aclaratorios, se deja constancia que el diagnóstico médico de la Enfermedad Grave no debe contener estimaciones o pronósticos sobre la expectativa de vida o sobrevivencia máxima del Asegurado.

**Forma de Pago:** Un único pago a nombre de el o los Beneficiarios designados.

**Copago:** No hay.

### Artículo 5 - Exclusiones Generales

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia:

- La(s) Enfermedad(es) Grave(s) que sea diagnosticada durante el Período de Carencia.
- Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.
- La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por una enfermedad grave cubierta por esta póliza.
- Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.
- Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.
- El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su Cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico especialista.
- Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- El cáncer por expansión metastásica o recurrencia. Asimismo, se excluyen los siguientes tumores: (i) Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre; (ii) Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet; (iii) Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow; (iv) Micro-carcinoma papilar de la tiroides; (v) Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaNOM0 o con una clasificación menor; (vi) Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ, el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.
- El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana.
- Coma y/o parálisis que resulte directa o indirectamente a causa del uso de drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- La ceguera causada por glaucoma diagnosticado y no tratado.
- Los gastos funerarios en caso de una enfermedad grave no cubierta bajo la cobertura principal.

#### Artículo 6 - Período de Carencia

Esta póliza contempla los siguientes Períodos de Carencia a partir de la inclusión del Asegurado:

Cobertura	Meses
Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave	2
Muerte y Gastos Funerarios	2

#### Artículo 7 - Suma asegurada

La suma asegurada por la vida de cada asegurado en esta póliza será elegida en la Solicitud de Inclusión, y constará en los registros del Tomador de la Póliza Colectiva. La suma total asegurada de la póliza colectiva será la sumatoria de los montos asegurados para cada Asegurado bajo esta póliza.

Dicha suma no podrá ser superior que el límite máximo individual que se estipule en las Condiciones Particulares.

#### Artículo 8 - Periodo de cobertura

El presente seguro establece su cobertura bajo la base de ocurrencia del siniestro, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En consecuencia, este seguro sólo cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza,

aún si el reclamo se presenta después de vencida la póliza. Todo sin perjuicio de los términos de cobertura pactados y los plazos legales de prescripción.

### Artículo 9 - Delimitación geográfica

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

### Artículo 10 - Indisputabilidad de la póliza

La validez de la póliza y sus coberturas adicionales será indisputable para cada Asegurado después de haber estado en vigor durante un período de dos (2) años, excepto por falta de pago de la prima o en presencia de un fraude.

## SECCIÓN V – BENEFICIARIOS

### Artículo 11 - Beneficiarios

Los beneficiarios de esta póliza deberán ser determinados de forma específica o genérica por el Asegurado Individual hasta por los límites que el mismo establezca y serán señalados en la Solicitud de Inclusión y/o en el Certificado de Seguro respectivo. Esta designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada a la Compañía.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

## SECCIÓN VI – OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIOS

### Artículo 12 - Obligaciones del Tomador Colectivo

En adición a otras obligaciones que contemple esta póliza o la normativa vigente, el Tomador asume las siguientes obligaciones:

- a) Pago y Recaudo de Prima: El Tomador deberá pagar a la Compañía la prima convenida conforme a los plazos estipulados en esta póliza. En el caso de modalidad contributiva, el Tomador realizará la gestión de recaudo respectivo de las primas correspondientes a cada Asegurado Individual.
- b) Registro de los Asegurados Individuales: El Tomador debe mantener un registro completo de los Asegurados Individuales miembros del Grupo Asegurado de donde se pueda deducir el nombre e identificación de cada asegurado, la suma asegurada, y el número total de asegurados al final del mes.
- c) Informe Asegurados: En la fecha de pago mensual de prima, el Tomador deberá aportar un informe a la Compañía que detalle:
  - i. Nombre e identificación de los Asegurados.
  - ii. Total de nuevos Asegurados Individuales. (i.e. Inclusiones).
  - iii. El número de miembros Asegurados excluidos del Grupo Asegurado durante el mes. (i.e. Exclusiones).
  - iv. El número total de miembros Asegurados a final de mes.
- d) Requisitos de Inclusión: El Tomador velará que los Asegurados individuales, que cumplan con los requisitos de elegibilidad, y deseen ser incluidos en esta póliza deben presentar su identificación oficial junto con la debida Solicitud de Inclusión. En



caso de modalidad no contributiva, el Tomador podrá incluir Asegurados Individuales directamente en los Informes que envía cada mes. El Tomador no es un agente para la Compañía, y ninguno de sus empleados tiene autoridad para renunciar o modificar las condiciones del Contrato del Seguro.

- e) Prevención de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y proliferación de armas masivas: El Tomador se compromete con La Compañía a brindar información veraz y verificable en el formulario “Conozca su Cliente” y/o en la Solicitud de Seguro. Se le otorgará un plazo de 30 días naturales a partir de la notificación realizada por La Compañía para la actualización de los datos contenidos en dichos documentos cuando le sea solicitado. El tomador, el asegurado y el beneficiario suministrarán los documentos e información necesaria que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, en su renovación y al momento del pago de indemnizaciones. En caso contrario, la Compañía se reserva el derecho de emitir, cancelar o no renovar la póliza, incluso podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la información solicitada. En el caso de la cancelación de la póliza, se devolverán las primas no devengadas dentro de los 20 días naturales siguientes posteriores a su notificación.

### Artículo 13 - Obligaciones del Asegurado Individual

En adición a otras obligaciones indicadas en las presentes Condiciones Generales o en la normativa vigente, el Asegurado Individual asume las siguientes obligaciones:

- a) Pago de Prima: En el caso de modalidad contributiva, el Asegurado Individual tendrá la obligación de girar el pago oportuno de la prima convenida al Tomador.
- b) Proceso Indemnizatorio: El Asegurado Individual tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales, y notificar a la Compañía de cualquier cambio en su dirección de notificaciones. Para efectos de reembolso de gastos, deberá presentar en dicho proceso todos los recibos y comprobantes originales de dichos gastos.
- c) Prueba de Siniestro: El Asegurado Individual tendrá el deber de demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. Asimismo, deberá colaborar con la Compañía en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio.
- d) Cumplimiento Jurídico: Finalmente, deberá observar y cumplir sus obligaciones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y normativa conexas.

### Artículo 14 - Declaraciones falsas o fraudulentas

Se extinguirá la obligación de indemnizar por parte de la Compañía si se demuestran declaraciones falsas o fraudulentas realizadas por el Tomador o por el Asegurado, con dolo o culpa grave, cuando tal declaración le hubiera dado derecho a La Compañía a excluir, restringir o reducir esa obligación de conformidad con la Póliza. En caso de reticencia o falsedad por parte del Tomador o del Asegurado en la declaración del riesgo se procederá conforme a lo estipulado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

## SECCIÓN VII – PRIMA

### Artículo 15 - Prima

La prima mensual se determina multiplicando la suma de todos los montos asegurados individuales por la tasa de prima mensual establecida en las Condiciones Particulares, tasa que se establece según el rango de suma asegurada individual. La tasa de prima mensual incluirá todas las coberturas aplicables.

En caso de la modalidad no-contributiva, el importe de la prima a pagar es exigible al Tomador y se detalla en las Condiciones Particulares.

En caso de la modalidad no-contributiva, el importe de la prima a pagar es exigible al Tomador, pero los Asegurados contribuirán para dicha prima y se detalla en el Certificado de Seguro correspondiente.

Frecuencia y cambios en las primas: Las primas se facturarán semestral, trimestral o mensualmente y deberán necesariamente ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato. No existe un descuento o recargo según la modalidad de pago seleccionada. En caso de negociar otras modalidades de pago vía addendum, se podrá establecer en el mismo un período de gracia superior.

Período de Gracia: Se permitirá un período de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

Prima Incorrecta: Si la edad del Asegurado Individual es detallada erróneamente al solicitar la inclusión del seguro, se realizará un ajuste equitativo de primas bajo la póliza del seguro, en caso de ser aplicable conforme a las tarifas estipuladas en las Condiciones Particulares. En caso que el cambio de la edad no implique un aumento en la tarifa de los Asegurados Individuales bajo esta póliza no será necesario realizar dicho ajuste.

Ajustes en las primas: Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación, la Compañía tiene derecho a ajustar las tasas de las primas, para lo cual brindará una notificación de 30 días calendario de antelación a la fecha de renovación respectiva. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará con base en factores tales como la siniestralidad del grupo asegurado, la inflación, y la composición del grupo asegurado. Por ende, de previo a cada renovación, la Compañía realizará un análisis actuarial de las primas recibidas bajo el presente seguro, los siniestros pagados, la variación del Grupo Asegurado en número o en composición etaria, a fin de determinar si procede o no una modificación de la tarifa colectiva. Se deja expresa constancia que los ajustes respectivos serán aplicados a la tarifa colectiva y no existirán ajustes individuales con base en las condiciones individuales de un determinado asegurado.

### Artículo 16 - Recargos y Descuentos

La suscripción del presente seguro, no contempla recargos de ningún tipo en su emisión.

## SECCIÓN VIII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA

### Artículo 17 - Procesamiento de reclamos

Al momento de ocurrir un siniestro, el Asegurado, o el tomador, deberá informar lo antes posible a Sagicor de su ocurrencia. Sin perjuicio de lo estipulado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador y/o el Asegurado deberán notificar a la Compañía sobre el siniestro en el menor plazo posible y en todo caso en un plazo no mayor a 7 días hábiles desde su ocurrencia. Dicha notificación deberá realizarse por escrito y enviada de cualquiera de las siguientes maneras; (i) físicamente a nuestras oficinas ubicadas en Avenida Escazú, Torre 205, Piso 5 en San Rafael de Escazú, San José; (ii) al correo Reclamos@sagicor.com. En cualquier momento, puede también contactar a la línea de Servicio al Cliente al 4080-0776, a nuestro Whatsapp +506 6060-0776 o por correo SCR\_Servicioalcliente@sagicor.com para recibir asesoría sobre este proceso.

La Compañía pagará al Asegurado o a los beneficiarios designados la suma asegurada conforme conste en el Registro del Tomador después de la provisión de:

- Prueba satisfactoria de la edad del Asegurado que sufre el siniestro.
- Solicitud de indemnización del Asegurado o el (los) Beneficiario (s) en que explícitamente el (los) mismo (s) de(n) la autorización para la consulta de expediente médico.

Asimismo, deberán presentarse los siguientes documentos por parte del Asegurado o (los) Beneficiario(s):

**Para la Cobertura Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave:**

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

- Estudios clínicos,
- Estudios radiológicos, y
- Estudios histológicos, y/o de laboratorio.

**En caso de beneficios por Parálisis:**

Presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir el detalle o descripción de la parálisis sufrida.

**Para la Cobertura de Muerte y Gastos Funerarios:**

- Certificado de Defunción, donde se especifique la causa de la defunción.

**Artículo 18 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia**

El seguro de cada Asegurado se hace efectivo a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguro respectivos.

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable para efectos del Tomador. Iniciará según se indica en las Condiciones Particulares de la póliza para efectos del Tomador, y en el Certificado de Seguro para efectos de cada Asegurado Individual.

**Artículo 19 - Renovación de la póliza**

La póliza se renovará automáticamente en cada aniversario de la póliza. La Compañía pueda suspender temporal o permanentemente la inclusión de nuevos Asegurados en el Grupo Asegurado en el aniversario de la póliza para lo cual deberá comunicar su decisión con al menos 30 días calendario de antelación a dicho aniversario.

La Compañía entregará un reporte, al menos 30 días naturales antes al vencimiento anual, detallando los Asegurados y sus respectivas sumas aseguradas individuales con la finalidad de que el Tomador verifique y aprueba dicha información previo a la renovación.

**Artículo 20 - Terminación de la póliza colectiva**

Salvo en los casos de terminación anticipada que permite la ley, esta póliza continuará en vigencia hasta el vencimiento de los riesgos cubiertos. No obstante, el Tomador podrá terminar anticipadamente esta póliza por medio de un aviso con al menos 30 días calendario de anticipación. Será condición y requisito absolutamente indispensable para dicha terminación anticipada, que el Tomador brinde adicionalmente un preaviso a la Compañía con al menos 45 días calendario de anticipación, a fin de que la Compañía proceda a informar de dicha solicitud a los Asegurados individuales mediante comunicado, a efecto que sus intereses no se vean afectados. El Tomador deberá brindar toda colaboración requerida por la Compañía para proceder con este comunicado; dicha colaboración no libera a la Compañía de responsabilidad ante omisiones que afecten al asegurado de buena fe.

**Artículo 21 - Terminación de cobertura de Asegurados Individuales**

En relación a los Asegurados que sean incluidos en la póliza colectiva se dará por terminada la cobertura de forma inmediata cuando se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si por alguna razón acreditable la característica común que comparte con el Grupo Asegurado dejará de existir.

- Tras la cancelación de la póliza colectiva por parte del Tomador o por parte de la Compañía en caso de incumplimiento por parte del mismo según lo estipulado en esta póliza.
- Tras cumplirse 365 días posteriores al diagnóstico de enfermedad grave del Asegurado, o tras ocurrir su muerte en dicho período, lo que ocurra primero.

## SECCIÓN IX – CONDICIONES VARIAS

### Artículo 22 - Confidencialidad de la información

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

### Artículo 23 - Modalidad de contratación

Este seguro colectivo constituye una modalidad de seguro contratado por cuenta de un tercero y cuenta con la posibilidad de contratarse bajo las siguientes modalidades:

- Contributiva: donde los Asegurados contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
- No-contributiva: donde el Tomador, demostrando su interés asegurable sobre el riesgo, paga la totalidad de la prima.

La misma debe ser detallada en las Condiciones Particulares.

### Artículo 24 - Certificado de Seguro

La Compañía entregará al Asegurado un Certificado de Seguro con la información requerida por la normativa vigente, en el plazo establecido por dicha normativa.

El Certificado de Seguro podrá ser entregado al Asegurado por medio del Tomador. Adicionalmente el Asegurado podrá solicitar que se le entregue copia de las Condiciones Generales y Particulares que integran este seguro.

### Artículo 25 - Legislación

Esta póliza se rige por las disposiciones de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, y de forma supletoria y en lo que resulte aplicable por el Código de Comercio y el Código Civil de la República de Costa Rica.

### Artículo 26 - Prescripción

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

### Artículo 27 - Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

### Artículo 28 - Cesión del contrato

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

### Artículo 29 - Modificaciones a la Póliza

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

### Artículo 30 - Moneda

Todos los valores o indemnizaciones bajo esta Póliza son liquidables en dólares de los Estados Unidos de América o en colones costarricenses, según la moneda que se haya convenido a la suscripción del seguro.

No obstante, las obligaciones monetarias de las partes podrán ser honradas por el equivalente en Colones según el tipo de cambio de Referencia de Venta reportado por el Banco Central de Costa Rica en la fecha de pago respectiva.

### Artículo 31 - Participación de Utilidades

En el caso de la Modalidad No Contributiva, la Compañía podrá reconocer al Tomador un porcentaje sobre la utilidad de la póliza de ser aplicable lo que se estipule en las Condiciones Particulares de esta póliza.

### Artículo 32 - Comisión de Cobro

En el caso de la Modalidad Contributiva, por la recaudación de las primas, la Compañía, reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta póliza.

## SECCIÓN X – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES

### Artículo 33 - Jurisdicción y arbitraje

En caso de reclamos o disputas, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de San José, Costa Rica. No obstante, lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje u otro medio de solución alterna de controversias

### Artículo 34 - Otras instancias de solución de controversias

En adición a la jurisdicción común y arbitral antes indicada, el consumidor de seguros, de conformidad con la normativa vigente, puede presentar sus reclamaciones o quejas en las oficinas de la Compañía, o bien dirigirse al Centro de Defensa del Asegurado, cuyos datos de contacto pueden verificarse en la página web [www.sagicor.cr](http://www.sagicor.cr). Asimismo, el consumidor de seguros cuenta con derecho de acudir como parte interesada a la Superintendencia General de Seguros o a la Comisión Nacional de Consumidor, conforme a las competencias específicas de dichas entidades que estipula la normativa vigente.

### Artículo 35 - Valoración por peritos

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del monto de la indemnización o la validez del criterio médico que dicte una Enfermedad Grave o causa de Muerte, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes siguiendo las condiciones estipuladas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

### Artículo 36 - Notificaciones

Las comunicaciones que se dirijan a la Compañía deberán realizarse por escrito directamente y enviadas a las oficinas ubicadas en Avenida Escazú, Edificio 205, 5to Piso en San Rafael de Escazú, San José, o correo electrónico [Reclamos@sagicor.com](mailto:Reclamos@sagicor.com).

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Tomador y/o al Asegurado se realizará por cualquier medio escrito o electrónico, tales como fax, correo electrónico, entrega personal o correo certificado, estos últimos dirigidos a la dirección física consignada en la póliza.

En caso de existir una modificación en el domicilio y/o medio de notificación a ser utilizado, el mismo deberá ser notificado por escrito a la Compañía, quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el mismo en el sistema, de lo contrario, toda notificación realizada en cualquiera de las direcciones consignadas en la Póliza se tendrá como válida.

### **Artículo 37 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número P20-62-A12-490 de fecha 17 de Diciembre del 2013.