

SAGICOR VIAJERO



Sagikor

SECCIÓN I – ÍNDICE

SECCIÓN II – COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	2
SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES.....	3
Artículo 1 - Definiciones.....	3
Artículo 2 - Documentación contractual.....	4
SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA	4
Artículo 3 - Cobertura Básica: Servicios de Asistencia en Viaje	4
(1) Gastos Médicos por Accidente y Gastos Médicos por Enfermedad No Preexistente	5
(2) Gastos de Alojamiento por AISLAMIENTO	5
(3) Medicamentos	5
(4) Asistencia Odontológica de Urgencia.....	6
(5) Traslado de un Familiar por Hospitalización.....	6
(6) Regreso por Fallecimiento de Familiar en Primer Grado.....	6
(7) Asistencia en Caso de Extravío de Equipaje o Documentos	6
(8) Mensajes Urgentes	6
(9) Transferencia de Fondos y Transferencia de Fondos para Fianza Legal en Caso de Accidente de Tránsito	6
(10) Asistencia Legal en Caso de Accidente de Tránsito	6
(11) Compensación por Pérdida de Equipaje.....	6
Artículo 4 - Cobertura Adicional: Otros Servicios	7
(1) Gastos Médicos por Enfermedad Preexistente	7
(2) Repatriación de Restos.....	7
(3) Repatriación Sanitaria	8
(4) Compensación por Demora de Equipaje	8
(5) Regreso Anticipado por Siniestro Grave en Domicilio	8
(6) Gastos Médicos por Complicaciones de Embarazo	8
(7) Evacuación Médica.....	8
Artículo 5 - Exclusiones Generales.....	9
Artículo 6 - Periodos de Carencia	11
Artículo 7 - Suma asegurada	11
Artículo 8 - Delimitación geográfica	11
Artículo 9 - Requisitos de Suscripción.....	12
SECCIÓN VI – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	12
Artículo 10 - Obligaciones del Asegurado	12
Artículo 11 - Declaraciones falsas o fraudulentas.....	12
SECCIÓN VII – PRIMA	12
Artículo 12 - Prima.....	12
Artículo 13 - Prima Incorrecta.....	12
Artículo 14 - Período de Gracia.....	12
Artículo 15 - Recargos y Descuentos	12
SECCIÓN VIII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA	12
Artículo 16 - Procesamiento de reclamos.....	13
Artículo 17 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia.....	14
Artículo 18 - Terminación de la póliza	15
SECCIÓN IX – CONDICIONES VARIAS	15
Artículo 19 - Entrega de la Póliza	15
Artículo 20 - Derecho al Retracto	15
Artículo 21 - Confidencialidad de la información.....	15
Artículo 22 - Legislación.....	15
Artículo 23 - Prescripción.....	15
Artículo 24 - Periodo de cobertura	15
Artículo 25 - Cesión del contrato	15
Artículo 26 - Modificaciones a la Póliza	15
Artículo 27 - Moneda	16
SECCIÓN X – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES	16
Artículo 28 - Jurisdicción y arbitraje	16
Artículo 29 - Otras instancias de solución de controversias	16
Artículo 30 - Notificaciones	16
Artículo 31 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros	16

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Fernando Viquez Pacheco", written over a horizontal line.

Fernando Viquez Pacheco
Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.

SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES

Artículo 1 - Definiciones

Accidente: Se entiende por accidente un daño corporal derivado de la acción súbita de una causa externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, causado por un agente extraño, fuera de su control, externo, violento y visible, así como que la lesión o dolencia resultante sea provocado directamente por tal agente y en forma independiente de cualquier otra causa

Asegurado: Persona física que está debidamente registrada en la póliza. Para el caso de este producto, el tomador es el asegurado.

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

Caso Fortuito: Suceso ajeno a la voluntad del obligado, que excusa el cumplimiento de obligaciones. Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.

Catástrofe: Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

Centro de Emergencias/Call Center: Es la oficina del Proveedor de Servicios de Asistencia encargada de la coordinación de los servicios solicitados en caso de emergencias por los Asegurados; así como el Grupo de profesionales médicos del Proveedor de Servicios que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

COVID-19: Enfermedad infecciosa de alto nivel de contagio causada por el virus SARS-CoV-2, se transmite por contacto con otra que esté infectada por el virus. La cual es comprobada por medio de pruebas de laboratorio realizadas por las autoridades médicas autorizadas.

Dolencia y / o Afección: Los términos afección y dolencia se entenderán a cualquier efecto en las presentes condiciones generales como enfermedad.

Enfermedad Aguda: Proceso corto y relativamente severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.

Incluye los casos en que por COVID-19 el paciente confirmado deba ser internado, ya sea en sala regular o en Unidad de Cuidados Intensivos.

Enfermedad Congénita: Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.

Enfermedad Crónica: Todo proceso patológico continuo, repitiente y persistente en el tiempo, mayor a 30 días de duración.

Enfermedad Preexistente: Todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o del viaje (o la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, entre otros). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el Asegurado, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del Asegurado antes de haber iniciado el viaje. Ejemplos claros y comunes de preexistencias; solo para citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros, enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, enfisemas, el VIH, generalmente problemas relacionados con la tensión arterial, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras o enfermedades gástricas, enfermedades resultantes de artritis, anemia, deformaciones congénitas, micosis genitales, abscesos hepáticos, cirrosis, azúcar en la sangre, colesterol alto, triglicéridos altos, y otras. Los mismos requieren de un periodo de formación corto o largo, pero en todos los casos superior a unas horas de vuelo, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigencia de la póliza, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje. Se exceptúa de enfermedad preexistente el virus COVID-19.

Enfermedad recurrente: Regreso, repetición o aparición de la misma enfermedad, luego de haber sido tratada.

Enfermedad Repentina o Imprevista: Enfermedad imprevista, inesperada y repentina contraída después de la fecha efectiva de inicio de vigencia de la póliza y que deriva en un proceso corto y relativamente grave de alteración del estado del cuerpo del Asegurado o de cualquiera de sus órganos, el cual podría interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, y que podría dar lugar a dolor, debilidad u otra manifestación fuera

de su conducta normal. El Asegurado tendrá cobertura hasta el monto que señale la Oferta de Seguro según el plan elegido.

Fuerza mayor: Circunstancias que por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.

Gastos de Alojamiento por COVID-19: El costo normal de hospedaje por noche que tenga que incurrir la Persona Asegurada cubierta, hasta un máximo de 14 noches, excluyendo la compra voluntaria de cualquier servicio adicional o servicio de alimentación.

Itinerario original: Plan de alojamiento contratado por la Persona Asegurada para el disfrute de su estadía en el exterior.

Médico tratante: Profesional médico provisto o autorizado por el Centro de Emergencias que asiste al Asegurado en el lugar donde se encuentra este último.

Monto Fijo Deducible: El monto fijo y determinado que será a cargo del Asegurado y deberá ser abonado por éste al momento de brindársele la primera asistencia médica bajo esta póliza, en concepto de pago inicial obligatorio por los gastos que dicha asistencia origine.

Oferta de Seguro: Parte integrante de la póliza en el que se resumen las condiciones particulares de la misma, una vez suscrita y aceptada por el Tomador. En dicha Oferta constan los beneficios particulares de cada plan, así como sus características propias, monto pagado, duración y demás elementos que lo individualiza, incluyendo los datos identificatorios del Tomador.

Operador de Seguro Autoexpedible: Persona jurídica que mediante un contrato mercantil, se compromete frente a la entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos, que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.

País de residencia habitual: Se entiende como la República de Costa Rica.

Periodo de Carencia: Período de tiempo, con posterioridad a la fecha de suscripción de la póliza, durante el cual no se ampara ningún siniestro o solicitud de cobertura.

Plan Familiar: Se refiere a la opción en la Oferta de Seguro mediante la cual el Tomador podrá seleccionar un plan de cobertura para los integrantes de su grupo familiar para el viaje a realizar. Cuando se haya adquirido la póliza bajo la modalidad de "PLAN FAMILIAR", todos y cada uno de los topes monetarios estipulados en la Oferta de Seguro, correspondientes al plan

elegido y adquirido, serán de aplicación conjunta para TODOS LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, con la única excepción de casos de asistencia médica brindada en Europa para los cuales los topes monetarios estipulados serán de aplicación individual para cada integrante del grupo familiar. En virtud de ello (salvo la única excepción arriba indicada) cuando los gastos originados en la asistencia brindada a uno o más integrantes de dicho grupo familiar, alcancen uno o más topes estipulados en el Plan elegido, la Compañía no asumirá ningún gasto adicional por ese mismo concepto.

Prima: El precio que debe pagar el Tomador por la cobertura de riesgo que se asume.

Proveedor de Servicios de Asistencia: Son los proveedores de servicios contratados por la Compañía para la prestación de los servicios en forma directa al Asegurado. Los proveedores de servicios pueden ser consultada en la página www.sagicor.cr/redes-de-servicios.

Tomador: Persona física que suscribe esta póliza, sinónimo de Asegurado.

Topes máximos: Montos máximos de beneficio asistencial en cada cobertura durante la vigencia de la póliza, conforme al plan elegido que conste en la Oferta de Seguro.

Viaje: La salida del asegurado al exterior y el posterior regreso a Costa Rica, fechas que serán acreditadas mediante pasajes, pasaportes, o constancias de salida y entrada al país. El regreso al país se acreditará mediante el sello de entrada de la Oficina de Migración de la República de Costa Rica.

Artículo 2 - Documentación contractual

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

SECCIÓN IV – ÁMBITO DE COBERTURA

Artículo 3 - Cobertura Básica: Servicios de Asistencia en Viaje

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas en esta póliza, el Asegurado podrá beneficiarse de los siguientes servicios asistencia, prestados o coordinados por el Proveedor de Servicios de Asistencia, durante el Viaje objeto de cobertura:

(1) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

Se entiende que dichos gastos comprenden los siguientes servicios médicos:

- a. Consultas Médicas:** Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente. Dependiendo de la naturaleza, gravedad o urgencia, las asistencias se prestarán a criterio de la Centro de Emergencias, en el hotel o domicilio donde se encuentre el Asegurado o en un consultorio médico cercano al lugar.
- b. Atención por Especialistas:** Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el equipo médico de la Centro de Emergencias del área donde se encuentre el Asegurado, o por el médico tratante del Centro de Emergencias. Estos servicios se prestan en los consultorios médicos de dichos especialistas y no a domicilio por regla general.
- c. Exámenes Médicos Complementarios:** Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el equipo médico de la Centro de Emergencias.
- d. Gastos médicos por hospitalización:** En aquellos casos en que el Asegurado requiera ser hospitalizado debido a la ocurrencia de un accidente o una enfermedad aguda repentina no preexistente. Incluye los casos en que por COVID-19 el paciente confirmado deba ser internado en un centro médico, sea en sala regular o bien en una Unidad de Cuidados Intensivos. La Compañía asumirá los gastos médicos que se incurran por dicha hospitalización, hasta el monto máximo que cubre el plan de asistencia respectivo del Asegurado. Dichos gastos incluyen:
 - **Internaciones:** De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Centro de Emergencias así lo prescriba, se procederá a la internación del Asegurado en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre.
 - **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de Centro de Emergencias y en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Asegurado a su país de origen. Si a juicio de los médicos reguladores de la Centro de Emergencias fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá a la repatriación del Asegurado, quien está obligado a aceptar tal solución, perdiendo en caso de rechazo todos los beneficios otorgados por su plan. Particularmente la alternativa de la repatriación se tomará en los casos de tratamientos de larga duración, cirugías programadas y cirugías no urgentes.

- **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de la Centro de Emergencias se autorizará este servicio.

Se deja constancia que: i) el monto máximo a otorgar de esta cobertura en caso de COVID-19 es el mismo tope de beneficios y coberturas de gastos médicos por enfermedad no preexistente del plan adquirido hasta un límite máximo de US\$50,000; y (ii) esta cobertura solamente aplica para personas menores a 71 años.

(2) GASTOS DE ALOJAMIENTO POR AISLAMIENTO

Esta póliza cubre el reintegro de los Gastos de Alojamiento por COVID-19 que deba contratarse adicional a los previamente reservados en su Itinerario Original de viaje, en caso que la Persona Asegurada durante el transcurso de su viaje sea notificada positiva a la enfermedad COVID-19; será aplicable la suma asegurada por día y por persona que se haya contratado. El monto máximo a otorgar por esta cobertura es de US\$2,000, hasta un máximo de 14 noches de alojamiento.

Se deja constancia que: (i) el Itinerario Original contratado no está cubierto por esta póliza; (ii) que la cobertura cesará una vez que se cumpla el plazo indicado de Aislamiento; y (iii) esta cobertura solamente aplica para personas menores a 71 años.

Convalecencia post-hospitalización: En caso de requerirse por orden médica que el Asegurado permanezca convaleciente luego de darle el alta por el hospital que lo haya tratado por COVID-19, se asumirá hasta tres (3) noches de hotel en la misma localidad; el monto máximo a otorgar por esta cobertura es de US\$2,000. Esta cobertura solamente aplica para personas menores a 71 años.

(3) MEDICAMENTOS

Como parte de las coberturas de Gastos Médicos y dentro de su límite (nunca en exceso), La Compañía se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Departamento Médico del Centro de Emergencias hasta los montos establecidos en los topes de beneficios del plan elegido. Los desembolsos realizados por el Asegurado para la compra de medicamentos previamente autorizados por el Centro de Emergencias serán reintegrados, dentro de los límites de beneficio y una vez retornado al país de origen, y contra la previa presentación de los comprobantes originales de compra o facturas, de la copia original del dictamen o informe médico en donde describa el nombre o mencione el nombre la enfermedad sufrida por el Asegurado, el suministro de la fórmula o receta médica y las facturas.

dicho pasaje y sufrará solo la diferencia eventualmente existente entre éste y el que imponga la prestación.

(4) ASISTENCIA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA

La Compañía se hará cargo de los gastos por atención odontológica derivados de una urgencia, debido o causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y /o a la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente.

El Asegurado deberá acompañar la historia clínica completa para efectuar cualquier reclamo que formule a La Compañía originado en una asistencia médico/odontológica. La falta de cumplimiento de este requisito facultará a La Compañía a denegar el reclamo formulado.

(5) TRASLADO DE UN FAMILIAR POR HOSPITALIZACIÓN

En caso de que la hospitalización de un Asegurado, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días naturales, La Compañía se harán cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en la Oferta de Seguros el Asegurado podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante, con un máximo de US\$ 80 (ochenta dólares de los Estados Unidos de América) diarios durante máximo siete días, o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, excluyendo gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como mini bar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

(6) REGRESO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR EN PRIMER GRADO

Si el Asegurado debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo dentro del primer grado de consanguinidad (padres, cónyuge, hijos o hermanos) allí residente, La Compañía se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Asegurado a su país de origen, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso. Esta asistencia deberá acreditarse mediante certificado de defunción del familiar y documento que acredite el parentesco.

Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que comporte la no utilización del pasaje de transporte inicialmente previsto por el Asegurado, La Compañía recuperará siempre

(7) ASISTENCIA EN CASO DE EXTRAVÍO DE EQUIPAJE O DOCUMENTOS

La Compañía asesorará al Asegurado para la denuncia del extravío o robo de su equipaje y efectos personales. Igualmente, La Compañía asesorará al Asegurado en caso de pérdida de documentos de viajes, y o tarjetas de crédito dándole las instrucciones para que el Asegurado interponga los denuncios respectivos, y tramite la recuperación de estos. Este servicio es meramente informativo, por lo que los trámites y acciones a realizar estarán a cargo del Asegurado.

(8) MENSAJES URGENTES

La Compañía transmitirá los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos que son objeto de las prestaciones contempladas en estas condiciones generales.

(9) TRANSFERENCIA DE FONDOS Y TRANSFERENCIA DE FONDOS PARA FIANZA LEGAL EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en la oficina de La Compañía, esta gestionará la entrega al Asegurado en el país donde se encuentre de cantidades hasta el límite especificado en estas condiciones generales. Este beneficio será aplicado una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez de la póliza.

Si el Asegurado fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, La Compañía gestionará el envío de las cantidades especificadas en estas condiciones generales para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de La Compañía por parte de la familia o amigos del Asegurado. El costo asumido por La Compañía corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada al Asegurado.

(10) ASISTENCIA LEGAL EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

LA COMPAÑÍA tomará a cargo hasta los topes indicados en el plan, los gastos de honorarios que ocasione la defensa civil, criminal o penal del Asegurado, con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de tránsito.

(11) COMPENSACIÓN POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE

La Compañía indemnizará al Asegurado en forma complementaria una suma igual a la que paga o reconoce la

aerolínea hasta el tope especificado en la Oferta de Seguro por pérdida definitiva de equipaje.

Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que la línea aérea y el Centro de Emergencias hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado antes de abandonar el aeropuerto donde se detectó la pérdida siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional, este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un trayecto de vuelo nacional, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente. Ni tampoco cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.
- Que el equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho del terminal. La Compañía no indemnizará a los Asegurados por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el itinerario.
- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al Asegurado la indemnización prevista por ella. No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre entre los aeropuertos y los hoteles o domicilios. La Compañía no podrá indemnizar al Asegurado cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.
- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo equipaje entero y completo faltante en forma definitiva y a un solo Asegurado damnificado. No se indemnizan faltantes parciales del equipaje.
- En caso de que la línea aérea ofreciera al Asegurado como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, La Compañía procederá a abonar al Asegurado la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.
- Es importante destacar que, en los casos de extravío de equipaje, los directos responsables de estos son las aerolíneas o empresas transportadoras; por lo que La Compañía intervendrá en calidad de intermediario

facilitador entre la aerolínea transportadora y el pasajero, por lo tanto, no podrá ser considerada ni tomada como responsable directa de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. Las aerolíneas se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos a La Compañía, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de La Compañía.

- Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo. La Compañía no indemnizará los faltantes parciales de equipaje.
- Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país de residencia habitual. Se deja nota expresa que las demoras de equipaje no tienen derecho a indemnización alguna bajo este beneficio en particular.

Este servicio opera por reembolso previa autorización del Centro de Emergencias y regido por los tiempos establecidos en los trámites de reembolso.

Artículo 4 - Cobertura Adicional: Otros Servicios

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas en esta póliza, en caso que el Plan elegido por el Tomador en la Oferta de Seguros los contemple, el Asegurado podrá adicionalmente gozar de los siguientes servicios:

(1) GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Como regla general, si el Asegurado padeciera de una enfermedad preexistente o crónica al inicio de su Viaje al exterior, aun cuando no fuera de su conocimiento, como se ha establecido en estas Condiciones Generales, La Compañía queda automáticamente exenta de prestar servicios o asistencias a su cargo y con base al plan de asistencia adquirido y en todo caso La Compañía reconocerá exclusivamente el costo de la primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad, en aquellos planes y casos que así lo prevean y hasta por las cantidades que se determinan en el plan elegido. Cualquier otra consulta, tratamiento o procedimiento será por cuenta y costo exclusivamente del Asegurado.

(2) REPATRIACIÓN DE RESTOS

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza a causa de un evento no excluido, la Compañía organizará y sufragará la repatriación funeraria desde el exterior, tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, los trámites

administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el primer lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el tope especificado en la Oferta de Seguro. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos dentro del país de residencia e inhumación no estarán a cargo de La Compañía. Este beneficio no contempla ni incluye bajo ninguna circunstancia gastos de familiares o individuos acompañantes del Asegurado fallecido.

(3) REPATRIACIÓN SANITARIA

Cuando el Departamento Médico del Centro de Emergencias estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Asegurado a su país de origen, esta se efectuará en aerolínea comercial en vuelo regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, sujeto a espacio de asientos, hasta el país de residencia habitual del Asegurado.

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Asegurado enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra en el exterior, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual, es decir, la República de Costa Rica. Solamente el Departamento Médico del Centro de Emergencias podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cláusula, quedando prohibido al Asegurado o a un familiar de realizarlo por cuenta propia sin la previa autorización escrita de La Compañía a través del Centro de Emergencias. Adicionalmente la repatriación deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el médico tratante utilizado por el Centro de Emergencias. En el caso en que el Asegurado y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación sin solicitar la aprobación previa del Departamento Médico del Centro de Emergencias, ninguna responsabilidad recaerá sobre La Compañía, siendo por lo tanto todos los gastos y consecuencias de dicha acción por cuenta del Asegurado enfermo o accidentado o de sus familiares o acompañantes, sin derecho a reembolso ni reclamo contra La Compañía.

La Compañía se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del ticket/pasaje aéreo, los gastos por esta prestación médica serán computados a cuenta del monto límite de gastos por concepto de traslado y repatriación indicado en la Oferta de Seguro. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico del Centro de Emergencias desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador, entre otros.

(4) COMPENSACIÓN POR DEMORA DE EQUIPAJE

La Compañía reintegrará al Asegurado, mediante la presentación de los comprobantes originales de compras realizadas durante el lapso de demora en la entrega de su equipaje, los gastos ocasionados en la adquisición de elementos de aseo personal y prendas de vestir. Esta prestación se brindará únicamente si el equipaje no es localizado dentro de las seis (6) horas contadas a partir del arribo del vuelo, habiendo notificado a La Compañía tal circunstancia, dentro de las 24 horas de reportarse la demora a la aerolínea transportadora y previa autorización que otorgue el Centro de Emergencias.

Si la demora o el extravío del equipaje ocurren en el vuelo de regreso al país emisor del billete y/o de residencia habitual del Asegurado, no rige este beneficio ni se otorgará compensación alguna.

En caso tal que el equipaje sea declarado como perdido totalmente por parte de la compañía aérea y proceda a indemnizar al Asegurado, La Compañía deducirá del monto a reembolsar por concepto de "Compensación por pérdida de equipaje", el total reembolsado por los gastos del presente beneficio de demora de equipaje.

(5) REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO GRAVE EN DOMICILIO

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un Asegurado, mientras éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, la Compañía tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista, o la reemisión del mismo con cargo a la diferencia de tarifa y penalidad por tal motivo, desde el lugar en que el Asegurado se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia. Esta solicitud de asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en la Centro de Emergencias del original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las veinticuatro horas siguientes al suceso. El Asegurado deberá indefectiblemente comunicarse con el Centro de Emergencias a fin de ser autorizado. No serán aceptados pedidos de reembolso sin ninguna justificación debidamente documentada a satisfacción de La Compañía.

(6) GASTOS MÉDICOS POR COMPLICACIONES DE EMBARAZO

En caso de emergencia se cubrirá sólo la consulta hasta máximo la semana 27 de gestación. El beneficio aplica básicamente para las emergencias que se presenten durante el Viaje.

(7) EVACUACIÓN MÉDICA

En caso de emergencia o de urgencia y si el Centro de Emergencias lo juzgare necesario, se organizará el traslado del Asegurado al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico del Centro de Emergencias considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad. Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por el Centro de Emergencias. El no cumplimiento de esta norma exime a la Compañía de tomar a cargo la asistencia de dicho traslado.

En el supuesto que fuere necesario el traslado del Asegurado para una asistencia médica, a un centro de atención a más de 25 Kms. de distancia de donde se encuentre para el momento de la solicitud, la Compañía asumirá el costo de traslado en taxi que hubiere pagado el Asegurado. Es preciso para ello que guarde el comprobante o factura de gasto para su eventual reembolso.

consultar con los referidos profesionales en cada caso particular.

Artículo 5 - Exclusiones Generales

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia, y para cada cobertura en cuestión, las siguientes:

- 1. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del plan y/o del viaje, sean estas del conocimiento o no por el Asegurado, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje). Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por La Compañía.**
- 2. Se encuentran excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales.**
- 3. Se aclara que La Compañía no asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente, condición crónica o hacen parte de las exclusiones, salvo aquellos planes que contemplen beneficios de preexistencias específicas y se dé cumplimiento a las específicas condiciones de dicha inclusión.**
- 4. No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella es a consecuencia de una enfermedad preexistente u obedezca a un evento que figura dentro de las exclusiones generales en estas Condiciones Generales.**
- 5. La Compañía no cubrirá de ninguna manera ni en cualquiera de sus planes procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes o prótesis dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable específico, enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, o similares.**
- 6. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico del Centro de Emergencias.**
- 7. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, o similares.**
- 8. Enfermedades profesionales o accidentes o que resulten de la realización de tareas que ponen en peligro la vida y que requieren un alto grado de especialización; O estar expuesto a sustancias peligrosas; u operar maquinaria pesada, o maquinaria que funciona con gases, presión de aire o fluidos hidro-neumáticos; o que requieren habilidades físicas especiales.**
- 9. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Asegurado, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, o similares.**
- 10. Afecciones, quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de calor, químicas, rayos UV.**
- 11. Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta o la administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin la respectiva orden médica.**
- 12. Los tratamientos odontológicos de conductos, endodoncias, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en estas condiciones se encuentran excluidos de los beneficios.**
- 13. Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos o extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski, Football, Boxeo, Canotaje, Parapente, Kayak, Bádminton, Básquetball, Voleibol, Handball, karate, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de**

- animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes. Salvo el plan al cual se haya agregado por adquisición de Upgrade la asistencia específica allí determinada para la práctica deportiva, la cual solo cuentan con exclusión en los siguientes deportes: Motociclismo, Automovilismo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Luge, Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, Parapente, Boxeo, Karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil.
14. La Compañía quedará eximida de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos, si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida; o se esté expuesto a sustancias peligrosas; o al manejo de maquinarias pesadas; o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos; o que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra el Asegurado un accidente o una enfermedad consecencial; o bien realice labores que de acuerdo con las normas generales de seguridad industrial del país en donde se ejecuten dichos trabajos, las cuales exijan el cumplimiento formal de las mismas previa la ejecución de los mismos, estableciendo responsabilidad patronal para aquella persona natural o jurídica para la cual se ejecuten los mismos. En estos casos será obligación patronal el asumirlos a través de su seguro o programa de protección, por una aseguradora o administradora de riesgos profesionales. Esta normatividad aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta; como por ejemplo trabajadores independientes.
 15. La Compañía no brindará asistencia de ningún tipo al Asegurado en situación migratoria o laboral ilegal. (Incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia).
 16. Los Partos, abortos, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos y también todos los métodos anticonceptivos, ni tampoco se cubren exámenes ni controles rutinarios. Tampoco se cubrirán las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar.
 17. Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas, incluyendo las crisis nerviosas, crisis de pánico, de stress o similares, trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia, vigorexia, megarexia, entre otros.
 18. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas del consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
 19. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico del Centro de Emergencias.
 20. El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades venéreas y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa del Centro de Emergencias.
 21. Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, cenizas volcánicas, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe.
 22. El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del Asegurado y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Asegurado.
 23. Los eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo en todas sus formas, hostilidades u operaciones de guerra (declarada o no), guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del Asegurado en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.
 24. Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del Asegurado o de sus apoderados.
 25. Gastos o consecuencias por secuestro o intento de secuestro.
 26. Los accidentes cuyo origen se deban a impericia, desacato a normas o procedimientos, negligencia, descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del Asegurado. Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el Asegurado tendrá cobertura hasta el monto de Gastos Médicos por Enfermedad del plan adquirido.
 27. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Asegurado desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados por el Centro de Emergencias.
 28. Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Asegurado.
 29. Lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte

- público, incluyendo los vuelos fletados particulares o cualquier aeronave charteada.
30. Enfermedades endémicas, pandémicas, o epidémicas, Las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Asegurado no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias. Se exceptúa expresamente la pandemia causada por el COVID-19, la cual si es objeto de cobertura según los términos de la presente póliza.
 31. La Compañía no tomará a su cargo exámenes o internaciones tendientes a evaluar la condición médica de las enfermedades preexistentes y/o para descartar su relación con la afección que motiva la asistencia. En estos casos los gastos correrán por cuenta del Asegurado a menos que hayan sido previamente autorizados por el Centro de Emergencias en forma escrita al centro médico asistencial.
 32. Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por el Centro de Emergencias.
 33. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.
 34. Problemas relacionados con la tiroides; enfermedades hepáticas, cirrosis, abscesos, hernias, pruebas de esfuerzo y cualquier tipo de chequeo preventivo.
 35. Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.
 36. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Siria, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc. (la enumeración es taxativa y no enunciativa).
 37. La Compañía no tomará a su cargo costos por fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral bajo autorización previa del Departamento Médico del Centro de Emergencias en caso tal que se determine que con las mismas el Asegurado podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.
 38. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, crónica o preexistente y que el tratamiento actual tenga alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, La Compañía quedará relevada de prestar sus servicios. A tal fin La Compañía se reserva el

derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa. En casos de constarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente, La Compañía denegará la asistencia.

Ni la Compañía ni el Proveedor de Servicios de Asistencia serán responsables, exigibles o ejecutables por casos fortuitos, que originen retrasos o incumplimientos inimputables debidos a catástrofes naturales, huelgas, guerras, invasiones, actos de sabotaje, hostilidades, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones populares, radioactividad, o cualquier otra causa de fuerza mayor. Cuando elementos de esta índole interviniesen, la Compañía se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuera posible y siempre y cuando una vez sea factible dicha prestación de servicios y se mantenga la contingencia que la justifique.

Artículo 6 - Periodos de Carencia

Esta póliza contempla un período de carencia de cinco (5) días en el supuesto de solicitarse la emisión de una póliza adicional mientras el Asegurado continúa en el exterior, según se señala en la cláusula "Inicio del Seguro y Fecha de vigencia" de estas condiciones generales.

Artículo 7 - Suma asegurada

La suma asegurada de cada uno de los servicios de las anteriores coberturas será la elegida por el Asegurado, según las opciones de planes ofrecidos que constan en la Oferta de Seguro.

Cuando se haya adquirido la póliza bajo la modalidad de "PLAN FAMILIAR", todos y cada uno de los topes monetarios estipulados en la Oferta de Seguro, correspondientes al plan elegido y adquirido, serán de aplicación conjunta y no separada para TODOS LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, con la única excepción de casos de asistencia médica brindada en Europa para los cuales los topes monetarios estipulados serán de aplicación individual para cada integrante del grupo familiar. En virtud de ello (salvo la única excepción arriba indicada) cuando los gastos originados en la asistencia brindada a uno o más integrantes de dicho grupo familiar, alcancen uno o más topes estipulados en el Plan elegido, la Compañía no asumirá ningún gasto adicional por ese mismo concepto.

Artículo 8 - Delimitación geográfica

Esta póliza cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo, con exclusión del país de residencia habitual.

Artículo 9 - Requisitos de Suscripción

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

1. Contar con una tarjeta de crédito o débito vigente.
2. Completar el formulario Oferta de Seguro.
3. En caso de ser menor de edad, su Oferta de Seguro deberá ser ejecutada por quien ejerza patria de potestad sobre el menor.

SECCIÓN VI – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Artículo 10 - Obligaciones del Asegurado

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

1. **Pago de Prima:** El Asegurado tendrá la obligación de realizar el pago oportuno de la prima convenida.
2. **Proceso Indemnizatorio:** El Asegurado tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales, y notificar a la Compañía de cualquier cambio en su dirección de notificaciones.
3. **Legitimación de Capitales:** El Asegurado brindará información veraz y verificable, a efecto de completar el formulario 'Conozca su Cliente'. Adicionalmente se compromete a realizar la actuación de los datos contenidos en dicho efecto cuando la Compañía solicite su colaboración para tal efecto. La Compañía se reserva el derecho de cancelar la póliza en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación cuando se le solicite. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Asegurado dentro de los 30 días siguientes contabilizados a partir de la cancelación de la póliza.
4. Finalmente, deberá observar y cumplir sus obligaciones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y normativa conexas.

Artículo 11 - 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 estipulados en la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

SECCIÓN VII – PRIMA

Artículo 12 - Prima

Es el precio establecido para esta póliza, el cual se establece en la Oferta de Seguro.

El pago de las primas es anticipado contra la contratación de la póliza, conforme al número de días del Viaje asegurado y según el subgrupo etario en que se ubique el Asegurado. La prima deberá ser pagada en el domicilio de la Compañía, sin perjuicio de otras opciones de pago que pueda comunicar la Compañía para facilidad de beneficio del Asegurado

Artículo 13 - Prima Incorrecta

Si la edad del Asegurado indicada en la Oferta de Seguro es errónea, se realizará un ajuste equitativo de primas bajo la póliza del seguro, en caso de ser aplicable conforme a las tarifas estipuladas en la Oferta de Seguro. En caso que el cambio de la edad no implique un aumento o disminución en la tarifa del Asegurado bajo esta póliza no será necesario realizar dicho ajuste.

Artículo 14 - Período de Gracia

Por tratarse de un seguro autoexpedible de corta duración, la prima deberá ser pagada en su totalidad al momento de suscripción del contrato, por lo que no existirá período de gracia para su pago.

Artículo 15 - Recargos y Descuentos

En la presente póliza, no aplican recargos ni descuentos de ningún tipo en su emisión.

SECCIÓN VIII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Artículo 16 - Procesamiento de reclamos

De necesitar asistencia en caso de una emergencia internacional y antes de que el Asegurado se comprometa a cualquier gasto o costos de servicios con terceros, deberá este contactar directamente o por intermedio de terceros al Centro de Emergencias, a los teléfonos que se señalan en la Oferta de Seguros

Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el Asegurado debe solicitar la llamada por cobrar o por el receptor de la llamada (cargo revertido o collect). Si no le permitiesen llamadas en la forma anterior, el Asegurado deberá llamar directamente al Centro de Emergencias y la Compañía le reembolsará el costo de la llamada, para ello solicitamos guardar el comprobante de pago de dicha llamada. En caso de llamadas efectuadas desde hoteles se debe guardar copia de la factura donde está reflejado el cobro de dicha llamada con el número correspondiente. Es obligación del Asegurado siempre llamar y reportar la emergencia.

En todos los casos, para la obtención de los servicios de asistencia el Asegurado debe:

1. Notificar al Centro de Emergencias personalmente o por intermedio de una tercera persona, cualquier circunstancia que requiera de una asistencia, **a más tardar dentro de las 24 horas de producido el evento.**
2. Solicitar y obtener la autorización del Centro de Emergencias **antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto** en relación a los beneficios otorgados por el Plan elegido. En los casos donde no se haya solicitado la autorización al Centro de Emergencias ni se haya obtenido la autorización, no procederán reembolsos algunos, ni darán derechos a reclamos. En caso de una situación **donde la vida del Asegurado esté en riesgo o amenazada debido a un accidente o condición médica real y comprobable**, debe acudir al centro médico más cercano para procurar el tratamiento necesario, con la obligación ineludible de informarlo al Centro de Emergencias en el transcurso de las siguientes 24 horas de ocurrido el evento. En todo caso, si la condición de riesgo vital no fuere justificada a criterio del Departamento Médico del Centro de Emergencias, con base al informe médico resultante de dicha emergencia, la Compañía podrá pagar al centro médico participante, el equivalente al pago de los honorarios médicos que hubiere costado asumir en un procedimiento de asistencia ordinario y con un tope máximo de US\$300 o bien reembolsarle dicha cantidad tope al Asegurado si este hubiera pagado directamente al dicho Centro. Únicamente en los casos donde el Asegurado se haya hecho atender por una

situación **donde su vida esté en riesgo o amenazada debido a un accidente o condición médica** real y comprobable por su cuenta, sin avisar al Centro de Emergencias y que luego la haya reportado a la misma dichos casos, serán sometidos a estudio y reconsideración para su respectiva autorización o negación.

3. Queda claramente entendido que la notificación al Centro de Emergencias resulta imprescindible aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que la Compañía no podrá tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización del Centro de Emergencias. El Asegurado acepta que la Compañía y el Centro de Emergencias se reservan el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Asegurado acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros tecnológicos, grabaciones, correspondencia y afines, como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.
4. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por el Centro de Emergencias y llegado el caso, consentir con la repatriación a su país de origen, cuando según opinión médica su estado sanitario lo permita y lo requiera.
5. Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso por la Compañía y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la central la evaluación del caso.
6. En todos aquellos casos en que la Compañía lo requiera o bien el Proveedor de Servicios de Asistencia, el Asegurado deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando formulario que le enviará el Centro de Emergencias y lo devolverá por fax o email a la misma. Asimismo, el Asegurado autoriza en forma absoluta e irrevocable a la Compañía y al Proveedor de Servicios de Asistencia a requerir en su nombre cualquier información médica a los profesionales tanto del exterior como del país de su residencia, con el objetivo de poder evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de dolencias crónicas o preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia.
7. Es obligación del Asegurado entregar a la Compañía el/los billetes de pasaje (tickets, boletos) que posea, en aquellos casos en que la Compañía se haga cargo de la diferencia

sobre el o los pasajes originales y los nuevos emitidos, o cuando procedan a la repatriación del Asegurado sea el que fuere el motivo.

Para el caso específico de eventos ocurridos en los Estados Unidos de América, en aquellos casos donde se proceda por reembolso de gastos pagados por el Asegurado, los valores de referencia a utilizar serán los que en dicho país se conocen como "*Usual and Customary Amount*", los cuales no necesariamente sean los facturados. Estos gastos le serán reembolsados por la Compañía contra la presentación de comprobantes fehacientes y hasta el límite indicado en la Oferta de Seguro. Estos comprobantes deberán incluir: facturas originales de los profesionales y/o centros médicos intervinientes en la asistencia con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacias con descripción de medicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescritos por el profesional actuante en la ocasión.

En el caso del beneficio **Compensación por Pérdida de Equipaje**, el Asegurado deberá:

- a. Inmediatamente después de verificar la pérdida de equipaje, comunicarse con la aerolínea o la persona responsable en el área de reclamo de equipaje para solicitar y completar la solicitud PIR (Reporte de Irregularidad de Propiedad/ Property Indemnity Report). Deberá obtener una copia de la aerolínea y conservarla para sus registros.
- b. Antes de salir del aeropuerto, deberá comunicarse con el Centro de Emergencias por teléfono para informar sobre la pérdida de su equipaje, informándole sobre el P.I.R. y su contenido.
- c. Al regresar al país de residencia habitual, el Asegurado deberá presentar en las oficinas de la Compañía lo siguiente:
(I) Formulario P.I.R. (o Reclamo por pérdida de equipaje) Original, (II) Pasaporte, (III) Copia de la Oferta de Seguro, y (IV) Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma) y pasajes aéreos.

En caso de reembolso por Gastos de Alojamiento por Aislamiento:

1. Certificación médica que indique expresamente el diagnóstico positivo a COVID-19 y el periodo de días de aislamiento por cuarentena.
2. Copia de la reservación original y comprobante de ingreso de la Persona Asegurada.
3. Facturación y comprobante de pago del lugar en el que se aloja, a nombre de la Persona Asegurada y por el periodo indicado en la certificación médica.

En caso que alguno de los anteriores documentos sea presentado en un idioma distinto al español, deberá acompañarse de una traducción oficial a dicho idioma.

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

Artículo 17 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

El seguro entrará en vigencia en la fecha que inicie el Viaje, siempre y cuando se realice el pago de la prima al momento de suscribir el seguro, con un plazo mínimo de 5 días calendario y un plazo máximo de 90 días calendario. Finalizará en la fecha de finalización del Viaje o en la fecha de expiración de la póliza, según se señale en la Oferta de Seguro, lo que ocurra primero. En caso que al momento de expiración de la póliza, el Asegurado se encontrase hospitalizado por COVID-19 o en Aislamiento en el exterior, la Compañía asumirá solamente los costos que por concepto de hospitalización u hospedaje sean incurridos, dentro de los límites del respectivo beneficio de Gastos Médicos por enfermedad o accidente, excluyendo cualquier otro costo de tipo médico, de la forma siguiente (lo que ocurra primero):

- a. Hasta por un máximo de 7 días adicionales de extensión de la vigencia de la póliza en caso de cualquier accidente o enfermedad distinta de COVID-19, salvo que el médico a cargo dé el alta al Asegurado en un plazo menor, o hasta el número de días necesarios para que se dé de alta al paciente hospitalizado por COVID-19 o hasta un máximo de 14 noches de Aislamiento.
- b. Hasta que se haya agotado el monto específico de cobertura que señale la Oferta de Seguro.

En el caso de que el Tomador requiera extender la vigencia del aseguramiento, deberá enviar una solicitud escrita a la Compañía antes de la finalización de la póliza, quien autorizará la emisión de una nueva póliza en los casos en que no se haya solicitado cobertura o asistencias durante el Viaje objeto de extensión y se pague la extra prima correspondiente al plazo de extensión, y sujeto a las siguientes condiciones:

- a. En caso que la póliza hubiese finalizado, la Compañía podrá autorizar una nueva póliza, en el entendido que los primeros cinco (5) días de vigencia se considerarán como período de carencia y exención de responsabilidad de prestar servicios o beneficios al Asegurado.
- b. Cualquier nueva póliza no podrá ser utilizada bajo ningún concepto para iniciar o continuar el tratamiento y/o

asistencia de problemas que ya hubieran surgido durante la vigencia de la póliza inicial o antes de la vigencia del nuevo seguro.

- c. Toda asistencia médica tratada en la primera póliza pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia de la nueva póliza y por lo tanto no será asumida por la Compañía bajo la nueva póliza.

Artículo 18 - Terminación de la póliza

En adición a los casos indicados por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, esta póliza finalizará si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

1. Cancelación del seguro a solicitud del Tomador.
2. En caso de falta de pago de la prima.
3. La aseguradora compruebe declaraciones falsas.
4. Ante la muerte del Asegurado.
5. Al cumplirse la fecha de finalización del Viaje, el momento en que el Asegurado regrese al País de residencia habitual, o en la fecha de expiración de la póliza, lo que ocurra primero.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

SECCIÓN IX – CONDICIONES VARIAS

Artículo 19 - Entrega de la Póliza

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

Artículo 20 - Derecho al Retracto

El Tomador contará con un plazo máximo de 5 días hábiles, contados a partir de la emisión del presente seguro y siempre y cuando no haya sucedido un evento amparado según los términos de esta póliza, para revocar unilateralmente este contrato amparado al derecho de retracto, mediante comunicación formal dirigida a la Compañía, la cual entregará directamente al operador de seguros autoexpedible correspondiente o en las oficinas de la Compañía, conforme indicadas en estas condiciones generales.

La revocación del seguro regirá a partir de la fecha de tal comunicación y la Compañía dispondrá de un plazo máximo de 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recibido de dicho documento, para devolver al Tomador el 100% del monto de la

prima pagada al momento de que se expidiera el seguro, sin penalizaciones o deducciones.

La Compañía girará un cheque o realizará un depósito en la cuenta cliente que indique el Tomador.

Artículo 21 - 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 22 - 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 23 - Prescripción

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

Artículo 24 - Periodo de cobertura

El presente seguro establece su cobertura bajo la base de presentación del reclamo, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En consecuencia, este seguro sólo cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante el período de vigencia del Viaje asegurado siempre que el reclamo haya sido presentado también durante dichas fechas a través del Centro de Emergencias. No obstante, se establece los siguientes períodos de gracia: **(i) Para el caso de siniestros que ocurran durante los últimos dos días del Viaje, el Asegurado contará con un período de gracia excepcional de un máximo de dos días calendario para la presentación del reclamo.**

Artículo 25 - Cesión del contrato

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

Artículo 26 - Modificaciones a la Póliza

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

Artículo 27 - 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 venta respectivo publicado por el Banco Central de Costa Rica en la fecha de pago respectiva.

SECCIÓN X – INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES

Artículo 28 - Jurisdicción y arbitraje

En caso de reclamos o disputas, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de San José, Costa Rica. No obstante lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje de forma voluntaria e incondicional. El arbitraje será de derecho y se realizará según lo establecido en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio (CICA).

De igual forma, y por común acuerdo, las partes podrán designar otro árbitro o centro de arbitraje que consideren adecuado. El árbitro tendrá la facultad de obtener la opinión de los expertos que estime conveniente sobre cualquier asunto o cuestión que se determine.

Artículo 29 - Otras instancias de solución de controversias

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

Artículo 30 - Notificaciones

Las comunicaciones que se dirijan a Sagicor deberán realizarse por cualquier medio a continuación mencionado ya sea, i) correo electrónico a SCR_servicioalcliente@sagicor.com o ii) por escrito y enviadas a las oficinas ubicadas en Avenida Escazú, Edificio 205, 5to Piso en San Rafael de Escazú, San José.

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

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

Artículo 31 - 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 P20-64-A12-753 de fecha 20 de marzo de 2018.

Representante Legal
Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.