

# SEGURO AUTOEXPEDIBLE SALUD Y DESEMPLEO

¡PRODUCTO DISEÑADO PARA PROPICIAR LA SALUD!



## SECCIÓN I – ÍNDICE

SECCIÓN I – ÍNDICE .....	1
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: Despido o Incapacidad Temporal Prolongada .....	4
Artículo 4 - Cobertura Básica: Pago por Muerte Accidental .....	5
Artículo 5 - Cobertura Básica: Gastos Médicos por Accidente .....	5
Artículo 6 - Cobertura Básica: AMS - MedicOnline Familiar .....	6
Artículo 7 - Exclusiones Generales:.....	6
Artículo 8 - Periodos de Carencia.....	8
Artículo 9 - Suma asegurada .....	8
Artículo 10 - Delimitación geográfica .....	8
Artículo 11 - Requisitos de Suscripción .....	8
SECCIÓN V – BENEFICIARIOS.....	8
Artículo 12 - Designación de Beneficiarios.....	8
SECCIÓN VI – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS .....	9
Artículo 13 - Obligaciones del Asegurado .....	9
Artículo 14 - Declaraciones falsas o fraudulentas .....	9
Artículo 15 - Obligaciones de los Beneficiarios .....	9
SECCIÓN VII – PRIMA .....	9
Artículo 16 - Prima.....	9
Artículo 17 - Prima Incorrecta .....	10
Artículo 18 - Período de Gracia .....	10
Artículo 19 - Recargos y Descuentos .....	10
SECCIÓN VIII – ATENCIÓN DE RECLAMOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA.....	10
Artículo 20 - Procesamiento de reclamos .....	10
Artículo 21 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia .....	11
Artículo 22 - Terminación de la póliza.....	11
SECCIÓN IX – CONDICIONES VARIAS.....	12
Artículo 23 - Entrega de la Póliza .....	12
Artículo 24 - Confidencialidad de la información .....	12
Artículo 25 - Derecho al Retracto .....	12
Artículo 26 - Legislación .....	12
Artículo 27 - Prescripción .....	12
Artículo 28 - Indisputabilidad de la póliza .....	12
Artículo 29 - Periodo de cobertura.....	12
Artículo 30 - Cesión del contrato.....	12
Artículo 31 - Modificaciones a la Póliza.....	12
Artículo 32 - Moneda .....	12
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 .....	13

## 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.

---

Representante Legal  
Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.

## SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES

### Artículo 1 - Definiciones

**Accidente:** Acontecimiento repentino, inesperado e inusual que se produce en un momento y lugar identificables, que causa una lesión corporal o muerte al Asegurado, y que es ajeno a su voluntad.

**AMS:** Acrónimo que para efectos de esta póliza significa Asistencia Médica Sagicare y que agrupa una serie de coberturas destinadas a propiciar la Salud de los Asegurados.

**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 la Oferta de Seguro.

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

**Asesoría Médica Digital:** Servicio de asesoría médica brindada por un médico debidamente inscrito para ejercer su profesión, según las leyes vigentes en Costa Rica.

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

**Centro Médico:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorizado por el Ministerio de Salud para el tratamiento y/o internamiento de pacientes.

**Cuota Mensual Asegurada:** Se refiere a la cuota mensual que la Aseguradora se compromete a pagar al Asegurado bajo esta póliza en caso de siniestro cubierto, según el plan elegido en la Oferta de Seguro.

**Despido:** Es la persona que ha estado empleada y su empleo termina por causas no imputables a ésta, es decir, un despido con responsabilidad patronal. Para efectos de esta definición, se entiende por despido la comunicación verbal o escrita que recibe el Asegurado de su empleador, en donde se le comunica la terminación de su relación laboral,

independientemente de si dicho despido contempla o no un plazo de preaviso. Se considerará que la persona es despedida desde el día que recibe esta comunicación. Si es un empleado copropietario de una Empresa para la cual labora, además de cumplir la condición anterior, su compañía debe haber sido declarada en quiebra en virtud de demanda de alguna persona o entidad, que no sea a su vez copropietario de la empresa.

**Empleado:** Persona que cuenta con un empleo permanente o por tiempo definido, y se encuentra asegurado ante la Caja Costarricense del Seguro Social como empleado. Para efectos de esta póliza es sinónimo de Asalariado y Empleado Permanente.

**Empleado copropietario:** Persona que es empleado y propietario o copropietario de la empresa para la cual labora, y se encuentra asegurado ante la Caja Costarricense del Seguro Social por dicha empresa.

**Empleado por tiempo definido:** Persona que se encuentra empleada bajo contrato a plazo fijo con una duración no menor a seis (6) meses consecutivos y se encuentra asegurado ante la Caja Costarricense del Seguro Social

**Familiares Directos:** Cónyuge, Conviviente, Padre, Madre, Hermanos y/o Hijos.

**Gastos Médicos:** Gastos médicos requeridos y erogados para el tratamiento del Asegurado en razón de un Accidente, lo cual incluye los costos del Centro Médico, los honorarios del médico tratante, los gastos incurridos en farmacias y/o laboratorios conforme hayan sido dictaminados por el Centro Médico y/o por el médico tratante, entre otros gastos no expresamente excluidos en esta póliza.

**Gran Área Metropolitana:** Principal área Metropolitana de Costa Rica, incluyendo a los poblados que se encuentran dentro de la zona de Paraíso de Cartago al este, San Ramón al oeste, Ciudad Colón al sur y la Cordillera Volcánica Central al norte.

**Incapacidad Temporal Prolongada:** Se produce como consecuencia de una enfermedad o accidente que ocasione que el Asegurado o Profesional Independiente sea incapaz de laborar por un espacio temporal, según haya sido dictaminado por la Caja Costarricense del Seguro Social mediante la certificación o boleta de incapacidad respectiva.

La incapacidad deberá ser mayor a 60 días continuos para ser objeto de cobertura, según certificado del médico tratante de la CCSS para Asalariados o por el Médico Tratante para Profesionales Independientes siempre que el mismo considere que el Asegurado sea incapaz de desempeñar o participar en su giro ordinario económico, según la actividad declarada en su inscripción en la Dirección General de Tributación.

**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.

**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.

**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.

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

**Proveedores de Servicio AMS:** Son los proveedores de servicios contratados por la Compañía para la prestación de los servicios de las diferentes AMS en forma directa al Asegurado. Los proveedores de servicios pueden ser consultada en la página [www.sagicor.cr/redes-de-servicios](http://www.sagicor.cr/redes-de-servicios).

**Profesional Independiente:** Persona que cotiza como profesional independiente en razón de su grupo profesional. Incluye, pero no se limita a abogados, médicos, ingenieros, entre otros, que están inscritos como tales en la Dirección General de Tributación.

**Red de Pago Directo:** Son los centros médicos y proveedores para la prestación de servicios en forma directa al Asegurado para efectos de la Cobertura Básica: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente o Pago Directo de Gastos Médicos por Accidente. La red de proveedores puede ser consultada en la página [www.sagicor.cr/redes-de-servicios](http://www.sagicor.cr/redes-de-servicios).

**Tomador:** Persona física que suscribe esta póliza.

## 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: Despido o Incapacidad Temporal Prolongada

En caso que el Asegurado sea Despedido con responsabilidad patronal o sufra una Incapacidad Temporal Prolongada luego de cumplido el Período de Carencia, esta póliza cubre el valor de la Cuota Mensual Asegurada, hasta por el máximo de meses objeto de cobertura por evento, conforme sea detallado en la Oferta de Seguro. **Las ocurrencias de los eventos aquí cubiertos son excluyentes entre sí.** El pago del beneficio será realizado directamente al Asegurado.

En caso que el Asegurado sea Despedido con responsabilidad patronal o sufra una Incapacidad Temporal Prolongada luego de cumplido el Período de Carencia, esta póliza cubre tres pagos por el equivalente a la Suma Asegurada de esta cobertura conforme sea detallado en la Oferta de Seguro.

Deducible: No hay.

Límite de eventos por año póliza: Se limita este beneficio a un máximo de un evento por año póliza, todos conjuntamente sujetos al máximo de meses objeto de cobertura.

#### Condiciones de Cobertura en caso de Despido:

- En caso de Empleado: Se otorgará cobertura únicamente si el Asegurado es despedido con responsabilidad patronal.
- En caso de Empleado por tiempo definido: Se otorgará cobertura únicamente si el contrato de trabajo es rescindido anticipadamente por el Patrono.
- En caso de Empleado Copropietario: Se otorgará cobertura únicamente si al momento de ser Despedido

la empresa de la cual es copropietario, dejase de operar por quiebra.

**Finalización de Cobertura:** El pago de la indemnización del presente contrato, será finalizado en caso de ocurrir cualquiera de las siguientes condiciones:

- En caso que el Asegurado reciba el beneficio por la totalidad de meses asegurados según detallados en la Oferta de Seguro.
- En caso que el Asegurado haya sido Despedido y obtenga un nuevo trabajo o empiece a cotizar como Profesional Independiente, en cuyo caso deberá notificar en un plazo no mayor a 3 días hábiles a la Compañía a fin que se finalice el pago de la indemnización de forma inmediata. En caso de falta de notificación, la Compañía podrá exigir al Asegurado la devolución de todo pago realizado posteriormente a la fecha en que obtuvo su empleo o empezó a cotizar como Profesional Independiente.

#### **Artículo 4 - Cobertura Básica: Pago por Muerte Accidental**

Al amparo de la presente cobertura, esta póliza indemniza el fallecimiento del Asegurado cuando es resultado directo de un Accidente, **siempre y cuando dicho fallecimiento ocurra al momento del Accidente o hasta dentro de los 365 naturales posteriores a la fecha del evento**, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado.

Para efectos aclaratorios, se deja constancia que el o los diagnósticos médicos del Accidente y sus secuelas no deben contener estimaciones o pronósticos sobre la expectativa de vida o sobrevivencia máxima del Asegurado.

**Beneficio:** En caso de muerte del Asegurado a causa de un Accidente conforme a lo antes indicado, se indemnizará la suma asegurada que conste en la Oferta de Seguro para esta cobertura mediante un pago único a favor de los Beneficiarios designados por el Asegurado, conforme al plan elegido por el Asegurado que conste en la Oferta de Seguro. **El pago de una indemnización por muerte accidental del Asegurado extingue la presente póliza y sus restantes coberturas, dando por devengada la totalidad de la prima.**

Deducible: No hay.

#### **Artículo 5 - Cobertura Básica: Gastos Médicos por Accidente**

Al amparo de la presente cobertura, esta póliza cubre los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado como resultado de un Accidente sufrido, durante el período de vigencia del contrato, hasta por la suma asegurada en esta Cobertura.

La cobertura incluye el tratamiento con el especialista, el uso de los servicios hospitalarios, cirugía y/o cualquier cuidado médico, medicamentos y exámenes clínicos y/o de laboratorio necesarios para la restauración de la salud del Asegurado.

La misma podrá ser tramitada en cualquiera de las siguientes modalidades a conveniencia del asegurado:

**Beneficio por reembolso:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente objeto de cobertura, la Compañía reembolsará hasta la suma asegurada antes indicada, los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado como resultado de un Accidente.

Esta cobertura opera por reembolso, de forma tal que la Compañía únicamente cubrirá los gastos que hayan sido pagados para atender el Accidente.

**Beneficio por pago directo:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente objeto de cobertura, la Compañía pagará, hasta la suma asegurada y directamente al proveedor de servicios de la Red de Pago Directo, los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado como resultado de un Accidente. La modalidad de pago directo aplica únicamente para servicios prestados por la Red de Pago Directo.

En caso que el Asegurado reciba atención fuera de la Red de Pago Directo, la cobertura operará por reembolso, de forma tal que la Compañía reembolsará hasta la suma asegurada, los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado como resultado de un Accidente.

**Esquemas de Copago:** El beneficio opera bajo modalidad 70/30, de forma tal que la Compañía pagará hasta el 70% del servicio, y el restante 30% deberá ser cubierto por el Asegurado a los Proveedores de Servicio de previo a la prestación del servicio en el caso de pago directo. En el caso

de reembolso, la Compañía reconocerá hasta el 70% de los Gastos Médicos incurridos y sujeto a la suma asegurada en esta Cobertura.

Deducible: No aplica.

## **Artículo 6 - Cobertura Básica: AMS - MedicOnline Familiar**

Al amparo de la presente cobertura, el Asegurado podrá beneficiarse del siguiente servicio de asistencia de beneficio médico:

**Asesoría Médica Digital:** Con solo acceder directamente a la plataforma detallada en los Proveedores de Servicio AMS y desde cualquier parte del mundo a través de un dispositivo conectado a Internet el Asegurado tendrá acceso a una Asesoría Médica Digital por Mensajería Privada Instantánea Tipo Whatsapp® donde obtendrá un detalle de la asesoría junto con la guía terapéutica u pre-diagnóstico, conforme realizado por un médico autorizado. **Este servicio no tiene límite de utilización.** Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad de copago variable, de forma tal que el Asegurado Individual deberá cancelar un monto inferior a 4,000 (cuatro mil) colones por evento a los Proveedores de Servicio AMS de previo a la prestación del servicio.

Para efectos de esta Cobertura el Asegurado podrá nombrar a hasta 4 Familiares Directos para que tengan acceso a este beneficio con las mismas condiciones y sin pagar Prima Adicional.

## **Artículo 7 - Exclusiones Generales:**

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

### **Cobertura Básica Despido o Incapacidad Temporal Prolongada:**

- Es despedido o queda Incapacitado durante el Período de Carencia.
- Sufre una Incapacidad Temporal Prolongada que no transcurre de forma consecutiva o que es una causa directa por Incapacidad por Licencia de Maternidad.
- Sufre una Incapacidad Temporal Prolongada, pero no es Asalariado ni se encuentra inscrito en la Dirección General de Tributación como Profesional Independiente.

- Desarrolla simultáneamente dos (2) o más trabajos, y pierde solo uno de ellos, aún sea con responsabilidad del patrón.
- Es Despedido y cotiza ante la Caja Costarricense del Seguro Social como trabajador independiente.
- Se encuentra empleado por tiempo definido o plazo fijo y finaliza el plazo pactado en el contrato respectivo.
- Renuncia a su trabajo, solicita su despido, se jubila o se acoge a algún proceso de movilidad laboral.
- Se encuentra en una posición interina en el puesto.
- Es despedido por su patrono sin responsabilidad patronal. En caso que el Asegurado apele dicho despido y se declare en sentencia que el despido no era procedente sin responsabilidad patronal, el beneficio de esta póliza cubrirá contra presentación de copia certificada de la sentencia en firme respectiva.
- Es despedido o queda incapacitado como resultado de terremoto, inundación y cualquier evento de carácter catastrófico; conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar.
- Es despedido a causa de una incapacidad total y permanente.
- Termina su relación laboral de mutuo acuerdo con el empleador.
- Es despedido por participar activamente en paros, disputas laborales o huelgas.
- Es despedido debido a cambios en su condición mental.
- Es despedido como consecuencia de un despido individual o colectivo anunciado por su empleador, o por cualquier medio de comunicación público, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro para el Asegurado.
- Es despedido como consecuencia de un Despido Colectivo o Masivo del Patrono, anunciado por éste de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Desempeña un cargo público como empleado estatal y/o de carrera pública de libre nombramiento y remoción en el gobierno central o descentralizado o bien desempeña un cargo público de confianza. Esta exclusión aplica también a aquellos puestos interinos cuyo nombramiento se hace con el fin de suplir a otro

trabajador en propiedad, sin importar que se den renovaciones o contrataciones con dicho Patrono, siempre y cuando dichas renovaciones o contrataciones sean con el fin de continuar con dicha suplencia.

- Sufre la suspensión temporal de su contrato de trabajo, conforme al Código de Trabajo.
- Es despedido, mientras se encuentre fuera del territorio costarricense por más de 90 días calendario. Esta exclusión no es aplicable si la causa por la cual el Asegurado deja el territorio costarricense es: (i) por trabajar en una embajada o consulado costarricense; (ii) si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.
- Si el patrono se declara en quiebra, insolvencia o concursos de acreedores, salvo en el caso del Empleado Copropietario.

#### **Cobertura Básica: Pago por Muerte Accidental**

- Muerte del Asegurado, a causa de guerra, invasión, motín, o disturbios civiles.
- Muerte del Asegurado desde o al intentar realizar un vuelo aéreo de cualquier tipo, excepto como pasajero y no como miembro de la tripulación del avión, ni teniendo ningún deber en relación con el vuelo. Esta exclusión no aplica para el caso de asegurados cuya profesión u oficio sea desempeñarse como pilotos de aviones de tipo comercial, siempre que sus autorizaciones y licencias se encuentre debidamente emitidas y vigentes.
- Muerte del Asegurado a causa de cometer o intentar cometer un delito.
- Muerte del Asegurado a causa de actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, esquí acuático y similares, paracaidismo, alpinismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- Muerte del Asegurado causado por o como resultado de conducir o viajar como pasajero en un vehículo (tierra, mar o aire) que participe en cualquier tipo de carrera, prueba de velocidad, prueba de resistencia o que dicho vehículo sea utilizado para acrobacias o trucos de conducción.
- Muerte del Asegurado ocasionada con dolo por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.

- Fallecimiento como resultado directo o indirecto de una Condición preexistente que surja o se manifieste dentro los primeros 12 meses de cobertura.
- Muerte del Asegurado que no sean causa directa de un Accidente.
- Muerte del Asegurado al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- Muerte del Asegurado que ocurra luego de transcurridos 365 días naturales desde el momento del Accidente.
- Muerte por causa de anomalías congénitas y condiciones que surjan o se originen a causa de hernias o tratamientos dentales.
- Muerte por causa de infecciones bacterianas excepto infecciones piógenas que son causadas por una herida accidental.
- Muerte ocurrida durante un asalto o robo o su tentativa, durante riñas, o por causa de violencia o actos de terceros.

#### **Cobertura Básica: Gastos Médicos por Accidente**

- Lesiones o padecimientos que surjan por causa de cualquiera de los eventos excluidos anteriormente para la Cobertura Básica: Pago por Muerte Accidental.
- Lesiones o padecimientos del Asegurado que no sean causa directa de un Accidente, incluyendo, pero sin limitarse a lesiones causadas por tentativa de suicidio.
- Accidentes sufridos por el Asegurado al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- Lesiones sufridas por el Asegurado al intentar realizar un vuelo aéreo de cualquier tipo, excepto como pasajero y no como miembro de la tripulación del avión, ni teniendo ningún deber en relación con el vuelo.
- Lesiones sufridas por el Asegurado a causa de cometer o intentar cometer un delito.
- Lesiones sufridas por el Asegurado a causa de actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, esquí acuático y similares, paracaidismo, alpinismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- Lesiones sufridas por el Asegurado causado por o como resultado de conducir o viajar como pasajero en un vehículo (tierra, mar o aire) que participe en cualquier tipo de carrera, prueba de velocidad, prueba de

resistencia o que dicho vehículo sea utilizado para acrobacias o trucos de conducción.

- Lesiones causadas al Asegurado por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.
- Lesiones por causa de anomalías congénitas y condiciones que surjan o se originen a causa de hernias o tratamientos dentales.
- Lesiones por causa de infecciones bacterianas excepto infecciones piógenas que son causadas por una herida accidental.
- Cualesquiera gastos médicos o tratamientos que no sean causa directa de un Accidente cubierto.
- Reposición de anteojos, lentes de contacto y prescripciones de los mismos, así como aparatos auditivos.
- Gastos que no califiquen como un Gasto Médico.
- Cualquier gasto en exceso de la suma asegurada por evento y por límite anual.
- Honorarios por servicios médicos brindados al asegurado por una persona con quien tenga relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado

**Cobertura Opcional: AMS - MedicOnline Familiar:**

- Costos u honorarios por servicios adicionales a los indicados en las Coberturas.
- Costos u honorarios por servicios contratados por el Asegurado sin consentimiento de la Compañía y/o a través de proveedores distintos a los Proveedores de Servicio AMS.
- Daños, perjuicios, costos, honorarios, o cualquier consecuencia producto de la desobediencia o actuación contraria del Asegurado a las indicaciones de la Compañía o de los Proveedores de Servicio de Asistencia.
- La responsabilidad civil imputable al centro médico, médico y/o personal por mal praxis o responsabilidad civil.

**Artículo 8 - Periodos de Carencia**

Esta póliza contempla los siguientes períodos de carencia:

Cobertura	Meses
Cobertura Básica Despido o Incapacidad temporal prolongada	CUATRO (4)
Pago por Muerte Accidental	No aplica
Reembolso de Gastos Médicos	DOS (2)

AMS - MedicOnline Familiar

UNO (1)

**Artículo 9 - Suma asegurada**

La suma asegurada será la elegida por el Asegurado, según las opciones de planes ofrecidos que constan en la Oferta de Seguro.

La sumatoria de los montos asegurados bajo cobertura de muerte accidental en esta póliza autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, no podrá exceder dos millones quinientos mil colones, o su equivalente en dólares.

Para controlar los montos asegurados, la Compañía cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura antes indicado.

Si eventualmente se emitiera la póliza, se le informará al Asegurado y se le devolverá el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

**Artículo 10 - Delimitación geográfica**

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

**Artículo 11 - 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 y declaración de salud.
3. Ser mayor de 18 años.

**SECCIÓN V – BENEFICIARIOS**

**Artículo 12 - Designación de Beneficiarios**

En el caso de la Cobertura Básica: Pago por Muerte Accidental, los beneficiarios de esta póliza deberán ser determinados de forma específica o genérica por el

Asegurado hasta por los límites que el mismo establezca y serán señalados en la Oferta de Seguro. 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 ASEGURADO Y BENEFICIARIOS

### Artículo 13 - 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 conexa.

### 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 estipulados en la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

### Artículo 15 - Obligaciones de los Beneficiarios

A fin de optar por los beneficios que les concede esta póliza, los Beneficiarios deberán seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, deberá colaborar con la Compañía en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio

## SECCIÓN VII – PRIMA

### Artículo 16 - Prima

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

El pago de las primas es anticipado de forma anual, sin embargo el Asegurado tiene la posibilidad de fraccionar el pago y realizarlo mensualmente; para lo cual las primas deberán ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato. 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

La frecuencia y el medio de pago de la presente póliza es el que se detalla en la Oferta de Seguro.

La tarifa puede variar según la edad del asegurado, la cual será especificada en la oferta de seguro.

Ajustes en las primas: Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación, la Compañía tiene derecho a ajustar las primas, para lo cual notificará al asegurado las nuevas primas vigentes con al menos 30 días calendario de antelación a la fecha de renovación. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará con base en factores tales como la inflación, las tasas de mortalidad, entre otros factores.

### **Artículo 17 - 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 18 - Período de Gracia**

Se permitirá un período de gracia de 60 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

### **Artículo 19 - Recargos y Descuentos**

En la presente póliza, aplicará un descuento financiero en caso del pago anual de la prima. El descuento será el equivalente aproximado a 1.25 meses de prima, conforme a las sumas que constan en la Oferta de Seguro. Esta póliza no contempla descuentos ni recargos de ningún tipo.

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

### **Artículo 20 - Procesamiento de reclamos**

Al momento de ocurrir un siniestro, el Asegurado y/o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán informar a la Compañía de su ocurrencia dentro de un plazo de siete días hábiles siguientes al mismo, sin perjuicio de lo estipulado en

la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. Dicha notificación deberá realizarse por escrito y enviada de cualquiera de las siguientes maneras; (i) físicamente a nuestras oficinas ubicadas en 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José; (ii) Por medio del fax 2208-8817, (iii) al correo electrónico [Reclamos@sagicor.com](mailto:Reclamos@sagicor.com). En cualquier momento, puede también contactar telefónicamente a la Compañía al teléfono 4080-5200.

La Compañía pagará al Asegurado o a los beneficiarios designados, la suma respectiva conforme a la cobertura que se trate, después de la provisión de:

1. Prueba satisfactoria de la ocurrencia del evento cubierto.
2. Prueba satisfactoria de la edad del Asegurado que sufre el siniestro.
3. Solicitud de indemnización del Asegurado o el (los) Beneficiario (s) en que explícitamente otorgue (n) la autorización para la consulta de expediente médico del Asegurado. Dicho formulario está disponible en el portal internet [www.sagicor.cr/descargables/](http://www.sagicor.cr/descargables/), en nuestras oficinas, o podrá ser solicitado al correo electrónico [Reclamos@sagicor.com](mailto:Reclamos@sagicor.com)

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. Asimismo, si algún documento oficial fuera emitido por una autoridad fuera de Costa Rica, el documento deberá presentarse debidamente legalizado mediante el trámite consular aplicable.

En adición a lo anterior, deberán presentarse los siguientes documentos por parte del Asegurado o (los) Beneficiario (s):

Cobertura Básica: Despido o Incapacidad Temporal Prolongada

En caso de Despido:

- En caso de Asalariados: En un plazo no mayor a 15 días naturales, el Asegurado deberá aportar a la Compañía la Solicitud de Indemnización respectiva, junto con los siguientes documentos: (i) Copias de los comprobantes de los salarios pagados en los últimos seis (6) meses, o en su defecto, constancia emitida por patrono de los últimos seis (6) meses pagados; y (ii) Carta de Despido del patrono en cuestión, donde se indique si se trata de un despido con o sin responsabilidad.

- En caso de Empleado Copropietario, deberá presentar adicionalmente una copia del expediente judicial en el cual se decretó la quiebra de la empresa.

En caso de Incapacidad Temporal Prolongada:

En un plazo no mayor a 15 días naturales, el Asegurado deberá aportar a la Compañía la Solicitud de Indemnización respectiva, junto con los siguientes documentos:

- Para Asalariados: (i) Copias de los comprobantes de los salarios pagados en los últimos seis (6) meses, o en su defecto, constancia emitida por patrono de los últimos seis (6) meses pagados; (ii) Copias de los comprobantes de los salarios pagados en los últimos seis (6) meses, o en su defecto, constancia emitida por patrono de los últimos seis (6) meses pagados; y (iii) Certificación médica o boleta de incapacidad emitida por la C.C.S.S que detalle la incapacidad temporal sufrida y los días de incapacidad otorgados.
- Para Profesionales Independientes: Certificación de Contador Público Autorizado sobre los ingresos percibidos en los últimos 6 meses; (ii) Constancia emitida por la Dirección General de Tributación, donde conste que el Asegurado está inscrito como Profesional Independiente; (iii) Certificación médica por un doctor de la República de Costa Rica, o boleta de incapacidad emitida por la C.C.S.S, que detalle la incapacidad sufrida, el período de incapacidad, y el diagnóstico de la misma; y (iv) Declaración del Asegurado adonde detalle los motivos por los que en dicho periodo no percibe remuneraciones adicionales como Profesional.

Cobertura Básica: Pago por Muerte Accidental

- Acta / Certificado de defunción, y declaración de un médico sobre la causa de la muerte.

Cobertura Básica: Gastos Médicos por Accidente

- Facturas originales a nombre del Asegurado de los gastos y honorarios médicos incurridos en el Centro Médico, así como copia de las recetas médicas firmadas por dicho médico tratante.
- Facturas originales a nombre del Asegurado de los gastos incurridos en farmacias y/o laboratorios, conforme haya sido dictaminado por el Centro Médico
- Epicrisis firmada por el médico tratante donde se detalle la causa del evento, su evolución y todos los procedimientos aplicados.

Cobertura Opcional: AMS - MedicOnline Familiar

- Para la aplicación de la Cobertura no se requiere cumplir con presentación de documentos previos, únicamente debe solicitarse el servicio respectivo conforme al procedimiento descrito en las citada Cobertura.

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 21 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia**

El seguro entrará en vigencia en la fecha que se emita la póliza, siempre y cuando se realice el pago de la prima.

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en la Oferta de Seguro y será renovado a su vencimiento, salvo que el Tomador brinde un aviso previo a la Compañía con al menos 30 días de antelación al vencimiento, todo sin perjuicio del derecho de la Compañía de ajustar las tarifas de primas conforme antes indicado.

**Artículo 22 - 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 asegurado.
2. Vencido el periodo de gracia, y no se haya pagado la prima.
3. La aseguradora compruebe declaraciones falsas.
4. Ante la muerte del Asegurado.

Durante la vigencia de esta póliza, el Asegurado podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos un mes de anticipación a la fecha de eficacia del acto. Salvo por lo especificado durante el plazo de retracto, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada. Cuando el seguro es pagado de forma mensual la prima que se haya pagado se da por devengada, cuando el seguro es anual se devolverá la prima no devengada a la fecha de cancelación del seguro.

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 23 - 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 24 - 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 25 - 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 26 - 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 27 - Prescripción**

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

### **Artículo 28 - Indisputabilidad de la póliza**

La validez de la póliza y sus coberturas será indisputable 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.

### **Artículo 29 - 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 30 - Cesión del contrato**

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

### **Artículo 31 - Modificaciones a la Póliza**

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

### **Artículo 32 - Moneda**

Todos los valores o indemnizaciones bajo esta Póliza son liquidables en colones costarricenses.

## **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 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 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 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 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José, fax 2208-8817, 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, ya que 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 G11-15-A12-751.

---

Representante Legal  
Aseguradora Sagicor de Costa Rica S.A.