

Sagicor Costa Rica SCR Sociedad Anónima

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES DÓLARES

**Código de producto: P19-57-A12-601
(Versión 2)**

Fecha de registro V2: 06-may-15

Fecha de registro solicitud de seguro: 07-jul-15

Seguro Colectivo de Accidentes Personales Dólares

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 registrará por las cláusulas detalladas a continuación en este Contrato de Seguro.

SECCIÓN I - Condiciones Iniciales

Artículo 1 - Documentación contractual

Integran esta póliza las presentes condiciones generales, la solicitud del Tomador, los cuestionarios anexos a esta, las Condiciones Particulares, la adenda que se adicione a esta y cualquier declaración del Tomador o Asegurado.

Artículo 2 - 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.

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

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

Beneficiario: Persona física o jurídica que 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.

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.

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

Incapacidad Total y Permanente: La incapacidad total y permanente del Asegurado se produce como consecuencia de un Accidente que ocasione que el Asegurado sea completamente incapaz de participar en cualquier actividad lucrativa para la cual él o ella es, o se convirtiere en, razonablemente adecuada por su educación, capacitación o experiencia. Tal incapacidad total y permanente deberá ser certificada por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Noches No Disfrutadas de Hospedaje: noches contratadas de hospedaje como aquellas para las que ya tuvieron la reservación válida al momento del accidente.

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

Tomador: Persona jurídica o física que suscribe esta póliza en representación del Grupo Asegurado. El tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

Artículo 3 - Prima

En caso del pago de la modalidad no-contributiva la prima mensual es exigible al Tomador y se determina multiplicando la suma de todos los montos asegurados individuales por la tasa de prima mensual aplicable según establecida en la tabla de tarifas en las Condiciones Particulares. Bajo esta modalidad, el importe de la prima a pagar se detalla en las Condiciones Particulares.

En caso de la modalidad contributiva la prima mensual es exigible al Tomador, pero los Asegurados contribuirán para dicha prima en el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares, y se determinará multiplicando la suma asegurada individual para cada Asegurado por la tasa de prima mensual aplicable según establecida en la tabla de tarifas en las Condiciones Particulares. Bajo esta modalidad, el importe de la prima a pagar se detalla en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro correspondiente.

La tabla de tarifas se establecerá en las Condiciones Particulares en función de los elementos estadísticos, actuariales e históricos de accidentes y salud de cada subgrupo etario que conforman el Grupo Asegurado.

Frecuencia y cambios en las primas

Las primas se facturarán anualmente, pero podrá fraccionarse el pago, conforme conste en las Condiciones Particulares, a: semestral, trimestral o mensualmente, y deberán necesariamente ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato.

Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación, la Compañía tiene derecho a ajustar las tasas de las primas, para lo cual brindará una notificación de 30 días calendario de antelación a la fecha de renovación respectiva. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará con base en factores tales como la siniestralidad del grupo asegurado, la inflación, y la composición del grupo asegurado.

Artículo 4 - Modalidad de contratación

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

- Contributiva: donde los Asegurados contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
- No-contributiva: donde el Tomador paga la totalidad de la prima.

La misma debe ser detallada en las Condiciones Particulares.

Artículo 5 - Descuentos

La prima comercial se podrá ver afectada en razón del volumen del Grupo Asegurado o las proyecciones de volumen del mismo al iniciar el seguro colectivo. El porcentaje de variación de la prima comercial en caso

que las economías de escala deriven en menores costos se calculará y revelará en las Condiciones Particulares para cada caso específico y afectará directamente al pagador de la prima.

Conforme conste en las Condiciones Particulares, la Compañía podrá reconocer una comisión al Tomador por el cobro de las primas.

Artículo 6 - 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 7 - Elegibilidad

El Tomador del seguro debe velar por que las personas que sean incluidas a la póliza colectiva y que sean reportadas mensualmente cumplan con los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Completen el cuestionario médico de la Compañía.

No serán asegurables las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad antes indicados.

Artículo 8 - Edad incorrecta

Si la edad de cualquier Asegurado es errónea, se realizará un ajuste equitativo de primas bajo la póliza del seguro en caso de ser aplicable.

Artículo 9 - Obligaciones del Tomador

Registro de los Asegurados Individuales

El Tomador debe mantener un registro completo de los Asegurados Individuales miembros del Grupo Asegurado de donde se pueda deducir la edad del asegurado, el plazo de aseguramiento, la suma asegurada vigente en cualquier momento y el número total de asegurados al final del mes según se estipula en el Artículo 40- Registro e informes del Tomador.

El Tomador no es un agente para la Compañía y ninguno de sus empleados tiene autoridad para renunciar o modificar las condiciones del Contrato del Seguro.

Artículo 10 - Suma asegurada

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

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

Artículo 11 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

El seguro de cada Asegurado se hace efectivo a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguro respectivos, y el aseguramiento se mantendrá durante el plazo allí establecido, en caso de ser menor al plazo de la póliza.

Para efectos del Tomador, esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en las Condiciones Particulares. Se renovará según el Artículo 15 cada año póliza.

Artículo 12 - Requisitos de inclusión de Asegurados

Los Asegurados individuales, que cumplan con los requisitos de elegibilidad, y deseen ser incluidos en esta póliza deben presentar un comprobante de edad junto con la debida Solicitud de Inclusión. La edad podrá ser demostrada a través del certificado de nacimiento, cédula de identificación o pasaporte del Asegurado. En caso de la contratación no contributiva el Tomador podrá incluir Asegurados Individuales directamente en los Informes que envía mensualmente.

Artículo 13 - Certificado de Cobertura

La Compañía será responsable de proporcionar al Asegurado un Certificado de Cobertura con la información correspondiente del aseguramiento y de la póliza colectiva, conforme establecido por la Regulación y Normativa vigente. El Certificado de Cobertura podrá ser entregado al Asegurado por medio del Tomador. Adicionalmente el Asegurado podrá solicitar que se le entregue copia de las Condiciones Generales y Particulares que integran este seguro.

Artículo 14 - Terminación de la póliza colectiva

En adición a los casos de terminación que contempla la legislación vigente, el Tomador podrá terminar anticipadamente esta póliza por medio de un aviso con 30 días calendario de anticipación.

Será condición y requisito absolutamente indispensable para dicha terminación anticipada, que el Tomador brinde adicionalmente un preaviso a la Compañía con al menos 45 días calendario de anticipación, a fin de que la Compañía proceda a informar de dicha solicitud a los Asegurados mediante comunicado, a efecto que sus intereses no se vean afectados. El Tomador deberá brindar toda colaboración requerida por la Compañía para proceder con este comunicado; dicha colaboración no libera a la Compañía de responsabilidad ante omisiones que afecten al asegurado de buena fe.

Artículo 15 - Renovación de la póliza

La póliza se renovará automáticamente en cada aniversario de la póliza sujeta al pago de las primas requeridas. La Compañía pueda suspender temporal o permanentemente la inclusión de nuevos Asegurados en el Grupo Asegurado en el aniversario de la póliza, en caso que el volumen del Grupo Asegurado llegue a superar el volumen declarado por el tomador en la Solicitud de Seguro sobre el número esperado de asegurados individuales, para lo cual deberá comunicar su decisión con al menos 30 días calendario de antelación a dicho aniversario.

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

Artículo 16 - Período de gracia

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

Artículo 17 - Terminación de cobertura de Asegurados

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

- Si por alguna razón acreditable la característica común que comparte con el Grupo Asegurado dejaré de existir.
- Tras la cancelación de la póliza colectiva por parte del Tomador o por parte de la Compañía en caso de incumplimiento por parte del mismo según lo estipulado en esta póliza.
- Tras el vencimiento del plazo de cobertura del Asegurado individual, en caso de ser menor al plazo anual de la póliza colectiva.
- Tras la muerte del Asegurado.

- Modalidad 100%:** Bajo esta modalidad, la Compañía pagará el 100% del costo de los gastos médicos incurridos, una vez superado el deducible aplicable.
- Modalidad 80/20:** Bajo esta modalidad, la Compañía pagará hasta el 80% del costo de los gastos médicos incurridos, una vez superado el deducible aplicable, **por lo que el restante 20% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual exclusivamente.**

SECCIÓN II - Coberturas

Artículo 18 - Cobertura A Básica: Muerte Accidental:

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre el fallecimiento del Asegurado como 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 bajo esta cobertura mediante un pago único a favor de los Beneficiarios designados por el Asegurado.

Artículo 19: Cobertura B Opcional: Gastos Médicos por Accidente

Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, 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. Conforme conste en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, esta cobertura podrá contratarse en dos modalidades de suma asegurada:

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.

Beneficio

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.

Deducible: Existirán tres opciones de deducible:

- \$150 fijos por evento.
- \$100 fijos por evento.
- Cero Deducible.

La modalidad de cobertura y la opción de deducible elegida por el Tomador constará en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

Artículo 20: Cobertura C Opcional: Adelanto de Gastos Funerarios:

Si esta cobertura es contratada conforme consta en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y el Asegurado fallece a causa de un Accidente cubierto bajo la Cobertura A Básica – Muerte Accidental, la Compañía pagará un adelanto de la suma asegurada bajo dicha Cobertura Básica –, conforme sea estipulado en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, para cubrir gastos funerarios y/o de cremación del Asegurado.

Beneficio

En caso de muerte del Asegurado, a causa de un Accidente, la Compañía pagará un adelanto de la suma asegurada bajo la Cobertura A Básica – Muerte Accidental, al o los Beneficiarios del Asegurado a fin de cubrir gastos funerarios y/o de cremación. **Se deja expresa constancia que este beneficio reduce el monto de indemnización bajo la Cobertura A Básica – Muerte Accidental en la suma específica que sea adelantada bajo esta cobertura opcional.**

Artículo 21: Cobertura D Opcional: Incapacidad Total y Permanente:

Si esta cobertura es contratada conforme consta en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre el riesgo de incapacidad total y permanente del Asegurado por causa directa de un Accidente.

Beneficio

En caso de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado a causa de un Accidente, se indemnizará la suma asegurada bajo esta cobertura mediante un pago único a favor del Asegurado.

Artículo 22: Cobertura E Opcional: Muerte Accidental Conjunta:

Si esta cobertura es contratada conforme consta en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y una pareja de cónyuges o en unión de hecho, ambos asegurados bajo esta póliza, fallecen a causa del mismo Accidente cubierto bajo la Cobertura A Básica – Muerte Accidental, la Compañía incrementará en un 50% la suma asegurada bajo dicha Cobertura Básica para cada uno de los Asegurados cónyuges o en unión de hecho.

Beneficio

En caso de muerte conjunta de Asegurados cónyuges o en unión de hecho por un mismo Accidente objeto de cobertura, la Compañía indemnizará un 50% adicional de la suma asegurada bajo la Cobertura A Básica – Muerte Accidental, mediante un pago único a favor de los Beneficiarios designados por cada Asegurado.

Artículo 23: Cobertura F Opcional: Pago de Hospedaje No Disfrutado

Si esta cobertura es contratada conforme consta en las condiciones particulares o certificado de cobertura, la

Compañía cubrirá el costo que deba pagar el Asegurado por concepto de Noches No Disfrutadas de Hospedaje, cuando su estancia en un hotel sea interrumpida a causa de un Accidente cubierto por esta póliza.

Beneficio

En caso que durante su estancia en un hotel, el Asegurado sufra un Accidente que le impida disfrutar de una o más noches de estadía, la Compañía le reembolsará el costo del hospedaje de cada noche no disfrutada, con un máximo de Quinientos Dólares (USD \$500) por evento. Se deja expresa constancia que este beneficio reduce el monto de indemnización bajo la Cobertura A Básica – Muerte Accidental en la suma específica que sea indemnizada bajo esta cobertura opcional.

Artículo 24 Exclusiones generales

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia:

Para todas las Coberturas:

- **Por tratarse de una póliza que brinda cobertura ante Accidentes, esta póliza no cubre ningún padecimiento, daño, muerte, o perjuicio que surja por causa directa o indirecta de una Condición preexistentes o de un evento ajeno o diferente a un Accidente.**

Para las Coberturas A, C, E: Las Coberturas A, C, y E no cubren bajo ningún caso lo siguiente:

- **Suicidio del Asegurado que ocurra durante los primeros dos años desde que inicia la cobertura para el Asegurado.**
- **Muerte del Asegurado, a causa de guerra, invasión, motín, o disturbios civiles.**
- **Muerte del Asegurado al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.**
- **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.**
- **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, motociclismo, buceo, bungee jumping,**

vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.

- **Muerte del Asegurado ocasionada con dolo por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.**
- **Muerte del Asegurado que ocurra luego de transcurridos 365 días naturales desde el momento del Accidente.**

Para la Cobertura B: La Cobertura B no cubre bajo ningún caso lo siguiente:

- **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, motociclismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.**
- **Lesiones causadas al Asegurado por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.**

Gastos Excluidos bajo la Cobertura B: Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia los gastos incurridos por:

- **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

Para la Cobertura D: La Cobertura D no cubre bajo ningún caso lo siguiente:

- **La incapacidad sufrida por asegurados que a la fecha del siniestro, se encuentren pensionados(as) y/o retirados de sus oficios.**

Para la Cobertura F: La Cobertura F no cubre bajo ningún caso lo siguiente:

- **El costo de noches no disfrutadas de hospedaje por cualquier causa distinta a un Accidente sufrido por el Asegurado.**

SECCIÓN III - Reclamos

Artículo 25 - Procesamiento de reclamos

La Compañía pagará a Asegurado o sus beneficiarios, según sea el caso, la suma asegurada bajo cada cobertura conforme conste en el Registro del Tomador después de la provisión de:

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

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

Para las Coberturas A y C:

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

Para la Cobertura B:

- a. Facturas de los gastos médicos incurridos en el Centro Médico.
- b. Facturas de los honorarios del médico tratante, así como copia de las recetas médicas firmadas por dicho médico tratante.
- c. Facturas de los gastos incurridos en farmacias y/o laboratorios, conforme haya sido dictaminado por el Centro Médico y/o por el médico tratante.

Para la Cobertura D:

- a. Certificación de incapacidad total y permanente, expedida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).
- b. Prueba de que el Asegurado no se encontraba pensionado o retirado al momento del Accidente.

Para la Cobertura E:

- a. Certificado de matrimonio expedido por el Registro Civil. En caso de fallecimiento del Conviviente, se deberán presentar los documentos probatorios de la convivencia en caso de unión de hecho, según los requisitos establecidos para el reconocimiento de dicha unión en la normativa vigente.

Para la Cobertura F:

- a. Facturas de hospedaje.
- b. Constancia emitida por el hotel respectivo sobre las noches no disfrutadas por el Asegurado.

En caso que el Asegurado sea una persona menor de edad al momento de ocurrir cualquier siniestro cubierto bajo esta póliza, la Solicitud de Indemnización bajo esta póliza deberá ser suscrita por cualquiera de los padres del menor, o en su defecto, por la persona que ejerza la patria potestad del menor.

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.

Artículo 26 - Beneficiarios

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 Solicitud de Inclusión y/o en el Certificado de Seguro respectivo. Esta designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada a la Compañía.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la

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

Artículo 27 - Plazo para indemnizar

La Compañía resolverá 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.

Sección IV - Condiciones Finales

Artículo 28 - 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 29 - 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 30 - 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 la causa de Muerte del Asegurado o su incapacidad total y permanente, 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 31 - Indisputabilidad de la póliza

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

Artículo 32 - Rectificación de la Póliza

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

Artículo 33 - 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 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 en la declaración del riesgo se procederá conforme al artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Artículo 34 - Cesión del contrato

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

Artículo 35 - Modificaciones a la Póliza

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

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.

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Asegurado y/o Tomador se realizará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que exista evidencia de recibo, y que haya sido estipulado en la Solicitud y Condiciones Particulares de esta póliza.

Es obligación del Asegurado informar el domicilio a la Compañía para efectos de cualquier notificación. En caso de existir una modificación en el domicilio y/o medio utilizado el mismo deberá ser notificado por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el mismo en las Condiciones Particulares por medio de addendum.

Artículo 37 - Prescripción

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

Artículo 38 - Legitimación de capitales

El Tomador del seguro se compromete con La Compañía a brindar información veraz y verificable, a efecto de completar el formulario 'Conozca su Cliente'. Asimismo 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 Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Tomador del seguro dentro de los 30 días siguientes contabilizados a partir de la cancelación de la póliza.

Artículo 39 - 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 40 - Registro e informes del Tomador

El Tomador deberá mantener un registro completo de todos los miembros Asegurados que son incluidos a esta póliza. Este registro incluye:

- La edad de cada miembro Asegurado.
- El monto de cobertura elegido por cada Asegurado.
- El plazo de aseguramiento de cada Asegurado.

Los informes se proporcionan junto con las primas en la fecha de pago de la prima cada mes detallando:

- Nombre, identificación y suma asegurada por cobertura de los Asegurados.
- El número total de miembros Asegurados a final de mes.

Artículo 41 - Delimitación geográfica

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

Artículo 42 - Moneda

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares, moneda oficial de Estados Unidos de América. Toda indemnización se realizará en Dólares, moneda oficial de Estados Unidos de América.

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

Artículo 43 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas 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 P19-57-A12-601 de fecha 28 de enero del 2015

Representante Legal
Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A.

SOLICITUD DE SEGURO

COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES DÓLARES



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar y Fecha de Emisión:

| Datos Generales del Tomador del Seguro | | |
|---|-------------|------------------------------|
| Nombre Comercial: | | |
| Razón Social: | | Cédula Jurídica: |
| Fecha de constitución: | | Fecha Inicio de Actividades: |
| Domicilio: | País: | Provincia: |
| | Cantón: | Distrito: |
| Dirección Exacta: | | |
| Teléfono 1: | Teléfono 2: | Apartado Postal: |
| E-Mail / Página Web: | | Fax: |
| Descripción y características de la actividad incluyendo los productos o servicios brindados: | | |

Datos del Seguro

| | | | |
|-------------------|--|--|-------------|
| Se asegura: | <input type="checkbox"/> Por cuenta propia | <input type="checkbox"/> A favor de un tercero | |
| Vigencia Póliza: | <input type="checkbox"/> Desde: | <input type="checkbox"/> Hasta: | |
| Modalidad Póliza: | <input type="checkbox"/> No Contributiva | <input type="checkbox"/> Contributiva | Porcentaje: |
| Intermediario: | | Forma de Pago: | |

| Coberturas: | Monto Asegurado | Deducible |
|--|-----------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Básica Muerte Accidental | USD\$ | No Aplica |
| <input type="checkbox"/> Opcional Gastos Médicos por Accidente | USD\$ | *Elegido por el Tomador |
| <input type="checkbox"/> Esquema 80/20 <input type="checkbox"/> Esquema 100% | | |
| <input type="checkbox"/> Opcional Adelanto de Gastos Funerarios | USD\$ | No Aplica |
| <input type="checkbox"/> Opcional Incapacidad Total y Permanente | USD\$ | No Aplica |
| <input type="checkbox"/> Opcional Muerte Accidental Conjunta | USD\$ | No Aplica |
| <input type="checkbox"/> Opcional Pago de Hospedaje No Disfrutado | USD\$ | No Aplica |

| | | | |
|------------------------------------|-------|------------------------------|--------|
| Número de asegurados individuales: | 0 | Edad Promedio: | 0 años |
| Monto Asegurado Total: | USD\$ | Prima: (según forma de pago) | |

Actividad, Ocupación y/o Profesión de la población asegurada (seleccione la opción que predomina en sus operaciones):

Clase de Riesgo 1: Profesiones u ocupaciones de carácter básicamente intelectual, sedentarias, administrativas, de supervisión y dirección, en las cuales el trabajo físico manual es muy leve o inexistente y la actividad ejecutada en ambiente de oficina o similares.

Clase de Riesgo 2: Profesiones u ocupaciones en las cuales la exposición de los miembros es más peligrosa que la Clase 1 con un componente físico manual y/o movilización constante. Se incluyen las actividades de Supervisión de Fábricas e Ingenierías.

Clase de Riesgo 3: Profesiones u ocupaciones de carácter básicamente intelectual, sedentarias, administrativas, de supervisión y dirección, en las cuales el trabajo físico manual es muy leve o inexistente y la actividad ejecutada en ambiente de oficina o similares.

Clase de Riesgo 4: Profesiones u ocupaciones de carácter básicamente intelectual, sedentarias, administrativas, de supervisión y dirección, en las cuales el trabajo físico manual es muy leve o inexistente y la actividad ejecutada en ambiente de oficina o similares.

Detalles del Evento a amparar:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Proceso de análisis: La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. En caso de duda, el Tomador y/o el solicitante puede contactar al Departamento de Servicio al Cliente de la Compañía a los números indicados en este formulario.

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

Por ende, declaro haber recibido previo al perfeccionamiento de este contrato, en fecha _____ toda la información sobre las condiciones, coberturas, exclusiones, costos y demás términos establecidos en las Condiciones Generales del seguro, con los cuales expreso estar en total acuerdo.

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación para el trámite de siniestro puede contactar con la Aseguradora Sagicor Costa Rica, S. A. al teléfono 4080-5200, página web www.sagicor.cr o con su Intermediario 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 P19-57-A12-601 de fecha 28 de Enero del 2015.

Firma Representante / Nombre

Representante Legal

Lugar:

Fecha:

Nombre del Intermediario

Código de Intermediación

Nombre de la Compañía

SOLICITUD DE INCLUSIÓN SEGURO

COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES DÓLARES



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. El suscrito solicitante declara tener pleno conocimiento que las coberturas ofrecidas por este seguro pueden ser contratadas por su propia cuenta, a través de cualquier aseguradora o intermediario de seguros debidamente registrado ante la SUGESE y, por ende autoriza a la entidad financiera a incluirlo(a) en esta póliza colectiva.

Lugar y Fecha de Emisión:

Nombre del Tomador:

Fecha de Inclusión:

Número de Póliza:

Cédula Jurídica:

Intermediario:

| Datos Personales del Asegurado | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Nombre: | 1 ^{er} Apellido: | 2 ^{do} Apellido: |
| Nº de Identificación: | Fecha de Nacimiento: | |
| Nacionalidad: | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| Teléfono 1: | Fax o Apdo.: | |
| Teléfono 2: | Email: | |
| Domicilio | País: | Provincia: |
| | Cantón: | Distrito: |
| Dirección Exacta: | | |
| Datos del Seguro | | |
| Vigencia Póliza: | Desde: | Hasta: |
| Modalidad Póliza: | <input type="checkbox"/> No Contributiva | <input type="checkbox"/> Contributiva |
| | Porcentaje: | |
| Cobertura | Suma Asegurada | Deducible |
| <input type="checkbox"/> Básica Muerte Accidental | USD\$ | No Aplica |
| <input type="checkbox"/> Opcional Gastos Médicos por Accidente | USD\$ | *Elegido por el Tomador |
| <input type="checkbox"/> Esquema 80/20 <input type="checkbox"/> Esquema 100% | | |
| <input type="checkbox"/> Opcional Adelanto de Gastos Funerarios | USD\$ | No Aplica |
| <input type="checkbox"/> Opcional Incapacidad Total y Permanente | USD\$ | No Aplica |
| <input type="checkbox"/> Opcional Muerte Accidental Conjunta | USD\$ | No Aplica |
| <input type="checkbox"/> Opcional Pago de Hospedaje No Disfrutado | USD\$ | No Aplica |
| Forma de Pago: | Prima: (según forma de pago) | |
| Registro de Beneficiarios | Beneficiario No.1 | Beneficiario No.2 |
| Nombre Completo | | |
| No. de Identificación | | |
| Dirección Exacta | | |
| No. De Teléfono | | |
| Relación con el Asegurado | | |
| Porcentaje de Participación | | |

Proceso de análisis: La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. En caso de duda, el Tomador y/o el solicitante puede contactar al Departamento de Servicio al Cliente de la Compañía a los números indicados en este formulario.

El suscrito solicitante declara tener pleno conocimiento que las coberturas ofrecidas por este seguro pueden ser contratadas por su propia cuenta, a través de cualquier aseguradora o intermediario de seguros debidamente registrado ante la SUGESE y, por ende autoriza a la entidad financiera a incluirlo(a) en esta póliza colectiva.

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

Por ende, declaro haber recibido previo al perfeccionamiento de este contrato, en fecha _____ toda la información sobre las condiciones, coberturas, exclusiones, costos y demás términos establecidos en las Condiciones Generales del seguro, con los cuales expreso estar en total acuerdo.

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación para el trámite de siniestro puede contactar con la Aseguradora Sagicor Costa Rica, S. A. al teléfono 4080-5200, página web www.sagicor.cr o con su Intermediario 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 P19-57-A12-601 de fecha 28 de Enero de 2015.

Firma del Solicitante

Nombre:

Número de Identificación:

Lugar:

Fecha: