

Información Previa a la Celebración del Contrato de Seguros

INFORMACIÓN SOBRE LA ENTIDAD ASEGURADORA

ENTIDAD ASEGURADORA: Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A. (en adelante "Sagicor" o "Compañía"), con cédula jurídica 3-101-640739, debidamente autorizada por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) bajo la licencia A12, conforme puede ser verificado en la dirección www.sugese.fi.cr

OPCIONES DE COMUNICACIÓN: Nuestras oficinas se encuentran ubicadas en San José, Escazú, Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405; y podemos ser contactados también al teléfono 4080-5200, o por medio del correo electrónico SCR_servicioalcliente@sagicor.com. Nuestra página web está disponible bajo la dirección www.sagicor.cr

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: La información que sea suministrada SAGICOR queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, por lo que SAGICOR protegerá y tratará la información personal del Tomador y/o Asegurado cliente con base en los deberes y obligaciones que contempla la legislación vigente.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Sin perjuicio de las instancias y procedimientos que establece la legislación vigente, en caso que el Tomador/Asegurado tenga alguna consulta, queja o reclamo, puede optar por las siguientes vías:

- Consulta Telefónica: El Tomador/Asegurado puede contactar a nuestro Departamento de Servicio al cliente al teléfono antes indicado.
- Queja formal escrita: El Tomador/Asegurado puede presentar un reclamo escrito en nuestras oficinas, en la dirección antes indicada.
- Jurisdicción y Arbitraje: En caso de reclamos o disputas, serán competentes 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).
- Respuesta Oportuna: El Tomador/Asegurado tiene el derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten personalmente, o por medio de su representante legal, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales a partir de la presentación de la documentación respectiva.

CALIFICACIÓN DE RIESGO: La Compañía posee calificación de riesgo crBBB- emitida por la entidad PCR (Pacific Credit Rating) en el mes de marzo del 2017.

RED DE PROVEEDORES: La red de proveedores de servicios auxiliares de la Compañía, en caso de ser aplicable al producto, puede ser consultada en www.sagicor.cr

INFORMACIÓN SOBRE EL PRODUCTO

NOMBRE DEL PRODUCTO: Seguro Colectivo Sagicare

REGISTRO EN LA SUGESE: P14-26-A12-671 (Dólares – Colones)

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.

REQUISITOS PARA EL ASEGURAMIENTO: 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:

- Sean mayores de de 2 años, en entendido que en caso de los menores de edad, su solicitud de aseguramiento deberá ser firmada por quien ejerza la patria potestad sobre el menor.
- Los mayores de edad deberán cumplir con la condición de ser Activo/a laboralmente en la fecha de inicio de su cobertura individual; i.e. "La persona tiene un trabajo o fuente de ingresos para la cual es capaz de realizar sus labores diarias normales, mental y físicamente". Complete el proceso de Presentación de Pruebas, (i) en caso que el solicitante sea mayor de 55 años o bien (ii) en cualquier caso en que el solicitante requiera un monto de cobertura mayor al Límite de Aceptación de Riesgos Sin Pruebas.

No serán asegurables las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad antes indicados o se nieguen a completar el proceso de Presentación de Pruebas, cuando les resulte aplicable.

PRIMA: En caso del pago de la modalidad no-contributiva la prima es exigible al Tomador y se determina multiplicando la suma de todos los montos asegurados individuales por la tasa de prima 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 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 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

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. No existirá recargo por fraccionamiento.

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.

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

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en las Condiciones Particulares.

PERÍODO 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.

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

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

- Si por alguna razón acreditable la característica común que comparte con el Grupo Asegurado dejaré de existir.
- Fecha de la muerte o invalidez total y permanente del Asegurado.
- 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.

COBERTURAS DISPONIBLES Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS: Esta póliza contempla las siguientes coberturas y exclusiones específicas:

Cobertura Básica: Muerte

Esta póliza cubre el fallecimiento por cualquier causa no excluida; sujeto a las exclusiones generales de esta póliza.

Beneficio: En caso de muerte del Asegurado Individual bajo circunstancias amparadas en este contrato de seguro se pagará un beneficio mediante un pago único a favor de los Beneficiarios designados. El mismo será igual al a la suma asegurada que conste en la Solicitud de Inclusión y en el Certificado de Seguro.

Deducible: No hay.

Cobertura Opcional: Pago Adicional por Muerte Accidental

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura y, sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza indemniza el doble de la suma asegurada en la Cobertura A Básica: Muerte, si el fallecimiento del Asegurado 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 Solicitud de Inclusión y en el Certificado de Seguro para esta cobertura mediante un pago único a favor de los Beneficiarios designados por el Asegurado.

Deducible: No hay.

Cobertura Opcional: Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave

La Compañía indemnizará la suma asegurada de esta cobertura si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado es diagnosticado de padecer, por primera vez, una Enfermedad Grave conforme definida en este contrato.

Beneficio: En caso de ser el Asegurado diagnosticado con una Enfermedad Grave por primera vez y durante la vigencia de esta póliza, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en un único pago.

Deducible: No hay.

Cobertura Opcional: Adelanto por Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave

La Compañía indemnizará la suma asegurada de esta cobertura si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado es diagnosticado de padecer, por primera vez, una Enfermedad Grave conforme definida en este contrato.

Beneficio: En caso de ser el Asegurado diagnosticado con una Enfermedad Grave por primera vez y durante la vigencia de esta póliza, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en un único pago. Se deja expresa constancia que este beneficio reduce el monto de indemnización bajo la Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa. Esta Cobertura de ninguna forma podrá exceder el Monto Contratado para la Cobertura Básica.

Deducible: No hay.

Cobertura Opcional: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, esta póliza cubre el reembolso de 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.

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.

Esquemas de Copago: Esta cobertura operará según el esquema de copago elegido por el Tomador según las opciones elegibles en la Solicitud de Seguro, y que conste en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

Deducible: En todos los casos bajo esta cobertura, se aplicará el deducible elegido por el Tomador según las opciones elegibles en la Solicitud de Seguro, y que se determine en las Condiciones Particulares y en Certificado de Seguro.

Cobertura Opcional: Pago Directo de Gastos Médicos por Accidente

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y 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.

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 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: Esta cobertura operará según el esquema de copago elegido por el Tomador según las opciones elegibles en la Solicitud de Seguro, y que conste en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

Deducible: En todos los casos bajo esta cobertura, se aplicará el deducible elegido por el Tomador según las opciones elegibles en la Solicitud de Seguro, y que se determine en las Condiciones Particulares y en Certificado de Seguro.

Cobertura Opcional: AMS - Prevención y Diagnóstico

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones o certificado de cobertura, y sujeto a los términos particulares, condiciones y exclusiones previstas, el Asegurado podrá beneficiarse de los siguientes servicios de asistencia de beneficio médico:

1. Consulta Física con Médico General: A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará una cita de consulta con un médico general que atienda al Asegurado. Este servicio se limita al máximo de SEIS (6) citas por año póliza, no acumulables. Asimismo, 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 Individual a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.
2. Exámenes de Laboratorio: En caso de ser referido por el médico general señalado en el punto 1 anterior durante las consultas objeto de cobertura, la Compañía coordinará la realización de Exámenes de Laboratorio que haya referido dicho Médico, conforme a la lista de exámenes elegibles que se detalla en esta póliza. Este servicio se limita al máximo de DIEZ (10) Exámenes de Laboratorio por año póliza, no acumulables. Asimismo, 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 Individual a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.
3. Examen de Rayos X o Examen de Ultrasonido: En caso de ser referido por el médico general señalado en el punto 1 anterior durante alguna de las consultas objeto de cobertura, la Compañía coordinará la realización de un examen de rayos X o un examen de Ultrasonido según haya determinado dicho médico. Este servicio se limita a un máximo de un (1) examen de rayos X o un (1) examen de Ultrasonido por año póliza, no acumulables, según escoja el asegurado. Asimismo, 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 Individual a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.
4. Examen de Electrocardiograma: En caso de ser referido por el médico general señalado en el punto 1 anterior durante alguna de las consultas objeto de cobertura, la Compañía coordinará la prestación del servicio para realizarse un examen de electrocardiograma. Este servicio se limita a un máximo de una (1) elección de servicio por año póliza, no acumulables. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad 50/50,

de forma tal que la Compañía pagará hasta el 50% del servicio, y el restante 50% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.

5. **Examen de Vista:** A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará la prestación del servicio para realizarse un Examen de Vista. Este servicio se limita a un máximo de un (1) servicio por año póliza, no acumulables. Este servicio no conlleva pago de suma alguna a los Proveedores de Servicio de Asistencia de previo a la prestación del servicio.

Los beneficios de esta cobertura operarán contra solicitud del Asegurado, quien deberá comunicarse a la línea telefónica número 4080-5200, para la solicitud del servicio, en el cual se le indicará al Asegurado el monto de copago aplicable al servicio. En caso que obtenida la cita de evaluación, el Asegurado deba cancelar o reprogramar la misma, deberá informar a la Compañía con al menos 48 horas de antelación, caso contrario, se tendrá por utilizada la cita para efectos de los límites de uso antes indicados.

Cobertura Opcional: AMS - Salud y Bienestar

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, el Asegurado podrá beneficiarse de los siguientes servicios de asistencia de beneficio médico:

1. **Consulta con Nutricionista:** A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará una cita de consulta con un nutricionista que atienda al Asegurado. Este servicio se limita al máximo de SEIS (6) citas no acumulables por año póliza que incluyen UNA (1) un Valoración Nutricional. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad copago 70/30, de forma tal que la Compañía pagará hasta el 70% del servicio, y el restante 30% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual a los Proveedores de Servicio AMS de previo a la prestación del servicio.
2. **Mensualidad de Entreno:** El Asegurado podrá asistir a sesiones ilimitadas de entreno en aquellos Centros de Entrenamiento que formen parte de los Proveedores de Servicio AMS. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad copago 70/30, de forma tal que la Compañía pagará hasta el 70% del servicio, y el restante 30% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual a los Proveedores de Servicio AMS de previo a la prestación del servicio.

Los beneficios de esta cobertura operarán contra solicitud del Asegurado, quien deberá comunicarse a la línea telefónica número 4080-5200, para la solicitud del servicio. El Asegurado, deberá informar a la Compañía con al menos 48 horas de antelación cualquier cancelación o reprogramación, caso contrario, se tendrá por utilizada la cita para efectos de los límites de uso antes indicados.

Cobertura Opcional: AMS - MedicOnline Familiar

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, el Asegurado podrá beneficiarse del siguiente servicio de asistencia de beneficio médico:

1. **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®, 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 menor a 4000 (cuatro mil) colones, de forma tal que el Asegurado Individual deberá cancelar el monto 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.

Cobertura Opcional: AMS - Especialidades Médicas

Si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones o certificado de cobertura, y sujeto a los términos particulares, condiciones y exclusiones previstas, el Asegurado podrá beneficiarse de los siguientes servicios de asistencia de beneficio médico:

1. Consulta Física con Médico Especialista: A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará una cita de consulta con un médico especialista en ginecología, urología, ortopedia o gastroenterología y que forme parte de los Proveedores de Servicio AMS que atienda al Asegurado. Este servicio se limita al máximo de CINCO (5) citas por año póliza, no acumulables. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad de copago fijo, de forma tal que el Asegurado Individual deberá cancelar el monto de 25,000 (veinticinco mil) colones por evento a los Proveedores de Servicio AMS de previo a la prestación del servicio.
2. Exámenes Médicos de Género: A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará con los Proveedores de Servicio AMS para la realización de alguno de los siguientes: Mamografía con o sin ultrasonido; Papanicolaou por monocapa; o Examen Prostático con Tacto Rectal. Este servicio se limita al máximo de UN (1) Examen de Genero por año póliza, no acumulable. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad de copago fijo, de forma tal que el Asegurado Individual deberá cancelar el monto de 12,500 (doce mil quinientos) colones por evento elegido, o 20,000 (veinte mil) colones en el caso de mamografía con ultrasonido, a los Proveedores de Servicio AMS de previo a la prestación del servicio.
3. Exámenes de Diagnóstico Básico de Laboratorio: A solicitud del Asegurado, la Compañía coordinará la realización de un Paquete de Exámenes con los Proveedores de Servicio AMS que incluye un Hemograma Completo, el Perfil de Lípidos y la Glicemia. Este servicio se limita al máximo de DOS (2) Exámenes de Laboratorio por año póliza, no acumulables. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad de copago fijo, de forma tal que el Asegurado Individual deberá cancelar el monto de 12,500 (doce mil quinientos) colones por evento a los Proveedores de Servicio AMS de previo a la prestación del servicio.
4. Examen de Rayos X o Examen de Ultrasonido: En caso de ser referido por el médico especialista señalado en el punto 1 anterior durante alguna de las consultas objeto de cobertura, la Compañía coordinará con los Proveedores de Servicio AMS la realización de un examen de rayos X o un examen de Ultrasonido según haya determinado dicho médico. Este servicio se limita a un máximo de DOS (2) eventos por año póliza, no acumulables, independientemente de los exámenes que se realicen. Asimismo, el beneficio opera bajo modalidad de copago fijo, de forma tal que el Asegurado Individual deberá cancelar el monto de 15,000 (quince mil) colones por evento elegido a los Proveedores de Servicio AMS de previo a la prestación del servicio.

Cobertura Opcional: Desempleo o Incapacidad Temporal

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 un único pago por el equivalente a la Suma Asegurada de esta cobertura conforme sea detallado en las Condiciones Particulares.

Deducible: No hay.

Cobertura Opcional: Desempleo o Incapacidad Temporal Más Respaldo

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 las Condiciones Particulares.

Deducible: No hay.

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

Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa

- 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 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.

Cobertura Opcional: Pago Adicional por Muerte Accidental

- Muerte a causa de cualquiera de las exclusiones indicadas anteriormente para la Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa.
- 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 Opcional: Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave y Cobertura Opcional: Adelanto por Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave

- La(s) Enfermedad(es) Grave(s) que sea diagnosticada durante el Período de Carencia.
- Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.
- El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su Cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico especialista.
- Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- El cáncer por expansión metastásica o recurrencia. Asimismo, se excluyen los siguientes tumores: (i) Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre; (ii) Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet; (iii) Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow; (iv) Micro-carcinoma papilar de la tiroides; (v) Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaNoMo o con una clasificación menor; (vi) Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ, el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.
- El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana.
- Coma y/o parálisis que resulte directa o indirectamente a causa del uso de drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- La ceguera causada por glaucoma diagnosticado y no tratado.

Cobertura Opcional: Reembolso por Gastos Médicos por Accidente; y Cobertura Opcional: Pago Directo por Gastos Médicos por Accidente

- Lesiones o padecimientos que surjan por causa de cualquiera de los eventos excluidos anteriormente para la Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa y/o para la Cobertura Opcional: Pago Adicional 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 - Prevención y Diagnóstico; Cobertura Opcional: AMS - Salud y Bienestar; Cobertura Opcional: AMS - MedicOnline Familiar; y Cobertura Opcional: AMS - Especialidades Médicas

- 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 malpraxis o responsabilidad civil.

Cobertura Opcional: Desempleo o Incapacidad Temporal; y Cobertura Opcional: Desempleo o Incapacidad Temporal Más Respaldo

- Es Despedido o queda Incapacitado durante el Período de Carencia.
- 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.
- 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 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.
- Desarrolla simultáneamente dos (2) o más trabajos, y pierde solo uno de ellos, aún sea con responsabilidad del patrón.
- Sufre la suspensión temporal de su contrato de trabajo, conforme al Código de Trabajo.
- Si el patrono se declara en quiebra, insolvencia o concursos de acreedores.
- La Incapacidad Temporal no transcurre de forma consecutiva.
- La Incapacidad Temporal no es expedida por la CCSS.
- Si la Incapacidad es por Licencia de Maternidad.

PERIODOS DE CARENCIA: Esta póliza contempla los siguientes períodos de carencia:

| Cobertura | Meses |
|---|--------------|
| Muerte por Cualquier Causa | TRES (3) |
| Pago Adicional por Muerte Accidental | No aplica |
| Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave | TRES (3) |
| Adelanto por Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave | TRES (3) |
| Incapacidad Total y Permanente por Accidente | No aplica |
| Reembolso de Gastos Médicos por Accidente | DOS (2) |
| Pago Directo de Gastos Médicos por Accidente | DOS (2) |
| AMS - Prevención y Diagnóstico | DOS (2) |
| AMS - Salud y Bienestar | DOS (2) |
| AMS - MedicOnline Familiar | No aplica |
| AMS - Visita Médica Domiciliaria | DOS (2) |
| AMS - Especialidades Médicas | SEIS (6) |
| Desempleo o Incapacidad Temporal | CUATRO (4) |
| Desempleo o Incapacidad Temporal Más Respaldo | CUATRO (4) |

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

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 la siguientes maneras; (i) físicamente a nuestras oficinas ubicadas en 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José; (ii) al correo electrónico

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:

- Prueba satisfactoria de la ocurrencia del evento cubierto.
- 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. Dicho formulario está disponible en el portal internet www.sagicor.cr/descargables/, en nuestras oficinas, o podrá ser solicitado al correo electrónico Reclamos@sagicor.com

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

Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa y Cobertura Opcional: Pago Adicional por Muerte Accidental; Acta / Certificado de defunción, y declaración de un médico sobre la causa de la muerte.

Cobertura Opcional: Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave y Cobertura Opcional: Adelanto por Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave

- Presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir: (i) estudios clínicos, (ii) estudios radiológicos, (iii) estudios histológicos, y/o de laboratorio" (iv) fecha específica del primer diagnóstico de la enfermedad grave.
- En el caso de parálisis, se deberá presentar un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir el detalle o descripción de la parálisis sufrida.

Cobertura Opcional: Reembolso por Gastos Médicos por Accidente; y Cobertura Opcional: Pago Directo por 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 - Prevención y Diagnóstico; Cobertura Opcional: AMS - Salud y Bienestar; Cobertura Opcional: AMS - MedicOnline Familiar; y Cobertura Opcional: AMS - Especialidades Médicas

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

Cobertura Opcional: Desempleo o Incapacidad Temporal; y Cobertura Opcional: Desempleo o Incapacidad Temporal Más Respaldo

- En caso de Despido, 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) Constancia emitida por la C.C.S.S., donde indique que el Asegurado ha estado cotizando para ese régimen, durante los últimos seis (6) meses y se señale su salario reportado; 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 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: (i) Certificación médica por un doctor de la República de Costa Rica que detalle la incapacidad sufrida, el período de incapacidad, y el diagnóstico de la misma; (ii) declaración del Asegurado de que percibe ingresos mensuales superiores a la Suma Asegurada Mensual.

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.

INDISPUTABILIDAD: 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.

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

Para efectos de reclamos por siniestros, se le recuerda que nuestras oficinas se encuentran ubicadas en San José, Escazú, Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405; y podemos ser contactados también al teléfono 4080-5200, o por medio del correo electrónico SCR_servicioalcliente@sagicor.com.

LO QUE REALMENTE CUENTA
EN LA VIDA ES LO QUE HACEMOS
POR LOS DEMÁS



102 Avenida Escazú, torre 2, piso 4, suite 405, San Rafael, Escazú.
Tel. +506 4080-5200 Web. www.sagicor.cr

