

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, fax 2208-8817, correo electrónico Costa_Rica@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 calificación es BBB- (2013) según la calificadora Pacific Credit Rating.

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 Plan Activo

REGISTRO EN LA SUGESE: P19-57-A12-639 Moneda Dólares y 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: I) Contributiva: donde los Asegurados contribuyen con parte o la totalidad de la prima. II) 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: I) Sean mayores de 18 años. II) Complete el proceso de Presentación de Pruebas, (i) en caso que el solicitante sea mayor de 60 años o bien (III) 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 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.

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.

PERÍODO DE CARENANCIA: Esta póliza contempla los siguientes períodos de carencia:

Cobertura	Período de Carencia
Cobertura A, B y C	No aplica
Cobertura D	6 meses
Cobertura E	3 meses

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. Iniciaré 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: I) Si por alguna razón acreditable la característica común que comparte con el Grupo Asegurado dejará de existir. II) Fecha de la muerte o invalidez total y permanente del Asegurado. III) 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: Esta póliza contempla las siguientes coberturas:

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 y por causa directa de éste, 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. No aplica deducible.

Cobertura B Opcional: Incapacidad Total y Permanente por Accidente: Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares y certificado de cobertura, esta póliza cubre el riesgo de incapacidad total y permanente del Asegurado Individual causada por accidente.

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

Cobertura C Opcional: Gastos Médicos por Accidente: Sujeto a los términos, condiciones y exclusiones previstas, si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares y certificado de cobertura, esta póliza

cubre los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado en el Centro Médico 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 en el Centro Médico, con el especialista allí designado, el uso de los servicios hospitalarios del Centro Médico, cirugía y/o cualquier cuidado médico, medicamentos y exámenes clínicos y/o de laboratorio necesarios para la restauración de la salud del Asegurado. Después de superado el deducible, la Compañía pagará hasta el 80% del costo de los gastos médicos incurridos.

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 (según la moneda elegida por el Tomador al suscribir el seguro):

Colones	Dólares
CRC 75.000 fijos por evento	USD\$ 150 fijos por evento
CRC 50.000 fijos por evento	USD\$ 100 fijos por evento
CRC 0 (Cero Deducible)	USD\$ 0 (Cero deducible)

La opción de deducible elegida por el Tomador constará en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro. Conforme indicado anteriormente, la Compañía cubrirá única y exclusivamente el 80% de los gastos incurridos, una vez superado el deducible, por lo que el restante 20% deberá ser cubierto por el Asegurado Individual exclusivamente.

Cobertura D Opcional – Gastos Médicos por Lesiones Deportivas: Sujeto a los términos, condiciones, exclusiones y periodos de carencia previstos, si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares y certificado de cobertura, esta póliza cubre los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar al Asegurado en el Centro Médico como resultado de una Lesión Deportiva sufrida, durante el período de vigencia del contrato, hasta por la suma asegurada en esta Cobertura y por un máximo de DOS eventos por año póliza. La cobertura incluye únicamente los gastos de consulta, exámenes médicos y medicamentos para el trato de la Lesión Deportiva en el Centro Médico, hasta por el monto establecido en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, y sujeto al esquema de copago que sea elegido por el Tomador.

Beneficio: En caso que el Asegurado sufra una Lesión Deportiva objeto de cobertura, la Compañía reembolsará únicamente los gastos de consulta, exámenes médicos y medicamentos para el trato de la Lesión Deportiva en el Centro Médico, hasta por el monto establecido en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, y sujeto al esquema de copago que sea elegido por el Tomador. Este beneficio podrá ser utilizado por un máximo de DOS eventos por año póliza. Esta cobertura opera por reembolso, de forma tal que la Compañía únicamente cubrirá los gastos que hayan sido pagados para atender la Lesión Deportiva, sujeto al esquema de copago que sea elegido por el Tomador. No aplica deducible.

Conforme conste en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, el Tomador podrá elegir entre dos esquemas de copago, a saber:

- Esquema 60/40: En dicho esquema, la Compañía pagará hasta el 60% del costo de los gastos médicos incurridos en el Centro Médico, siendo que el 40% restante será pagado por el Asegurado.

Esquema 70/30: En dicho esquema, la Compañía pagará hasta el 70% del costo de los gastos médicos incurridos en el Centro Médico, siendo que el 30% restante será pagado por el Asegurado.

Cobertura E Opcional – Evaluación Deportológica: Sujeto a los términos, condiciones, exclusiones y periodos de carencia previstos, si esta cobertura es contratada conforme conste en las condiciones particulares o certificado de cobertura, esta póliza ampara los costos de la evaluación deportológica del Asegurado en la Red de Proveedores de la compañía, según el plan escogido por el Tomador y hasta por un máximo de un evento al año póliza., Se podrá elegir entre dos planes, los cuales son excluyentes entre sí, a saber:

a) Plan Evaluación Muscular

Hemograma / Plaquetas	- - Recuento de Leucocitos
	- Recuento de Eritrocitos
	- Hemoglobina y Hematocrito
	- Plaquetas
Perfil de Lípidos	- Colesterol Total
	- Colesterol HDL
	- Colesterol LDL
	- Colesterol VLDL
	- Triglicéridos
Placa de Tórax	
CPK	
Consulta Médico General	

b) Plan Evaluación Cardíaca

Hemograma / Plaquetas	- - Recuento de Leucocitos
	- Recuento de Eritrocitos
	- Hemoglobina y Hematocrito
	- Plaquetas
Perfil de Lípidos	- Colesterol Total
	- Colesterol HDL
	- Colesterol LDL
	- Colesterol VLDL
	- Triglicéridos
* Ecocardiograma (US de Corazón + Electrocardiograma) o Prueba de Esfuerzo.	
Consulta Médico General	
Consulta Traumatología o Nutrición**	

* Los Planes son excluyentes entre sí.

** La consulta con el especialista en nutrición incluye el análisis de composición corporal.

Este beneficio operará contra solicitud de la interesada quien deberá comunicarse con la Compañía al número telefónico (506) 4080-5200 de Lunes a Viernes en horas hábiles, para coordinar el servicio, y no deberá cancelar suma adicional alguna contra dicha solicitud o contra utilización del servicio. Este beneficio adicional no cubre ningún costo

u honorario que sea ajeno o adicional a la evaluación, así como ningún costo u honorario por servicios prestados por proveedores distintos a la Red de Proveedores de la Compañía. 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. Deducible: No hay.

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.
- § Cualquier tipo de accidente de tránsito, salvo en el caso que el Asegurado sea peatón herido por un accidente de tránsito.

Para las Coberturas A: La Cobertura A no cubre 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, 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:

- § La incapacidad sufrida por asegurados que a la fecha del siniestro, se encuentren pensionados(as) y/o retirados de sus oficios.
- § La incapacidad del Asegurado que no sea por causa directa de un Accidente, incluyendo pero sin limitarse a lesiones causadas por tentativa de suicidio.
- § La incapacidad del Asegurado por lesiones sufridas 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.
- § La incapacidad del Asegurado a causa de lesiones sufridas al cometer o intentar cometer un delito.

- La incapacidad del Asegurado a causa de lesiones sufridas en actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, motociclismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- La incapacidad del Asegurado a causa de lesiones sufridas al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- La incapacidad del Asegurado a causa de lesiones causadas al Asegurado por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.

Para la Cobertura C: La Cobertura C 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, 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.

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

- Lesiones o padecimientos del Asegurado que no sean causa directa de una Lesión Deportiva.
- Lesiones sufridas por el Asegurado al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- Lesiones sufridas por el Asegurado a causa de cometer o intentar cometer un delito.
- Lesiones causadas al Asegurado por el cónyuge del Asegurado, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.

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

- Exámenes, consultas, medicamentos, o cualquier tratamiento que no estén descritos en la cobertura.
- Cualquier otro tratamiento o evaluación no amparado por la cobertura.
- Cualquier tratamiento o evaluación realizado fuera de la red de proveedores

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO: 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.

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

Para la Cobertura A:

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

Para la Cobertura B:

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

Para la Cobertura C y D:

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

Para la aplicación de la Cobertura E no se requiere cumplir con presentación de documentos previos, únicamente debe solicitarse la cita conforme a al procedimiento descrito en la Cobertura.

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

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, fax 2208-8817, correo electrónico Costa_Rica@sagicor.com.
