

Condiciones Generales

Inspira

SECCIÓN I - ÍNDICE

SECCIÓN II - COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
SECCIÓN III -CONDICIONES INICIALES	4
Artículo 1 - Definiciones	4
Artículo 2 - Documentación contractual	7
SECCIÓN IV - ÁMBITO DE COBERTURA	7
Artículo 3 - Medicina Privada ante Accidentes (Básica).....	7
Artículo 4 - Atención Médica Familiar Privada en el Hogar (Opcional)	7
Artículo 5 - Atención Médica Privada con Especialistas (Opcional)	8
Artículo 6 - Protección ante el Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave (Opcional)	8
Artículo 7 - Apoyo Económico por Hospitalización (Opcional).....	8
Artículo 8 - Atención Médica Privada Plus (Opcional).....	8
Artículo 9 - Salud Nutricional (Opcional).....	9
Artículo 10 - Pediatría (Opcional).....	10
Artículo 11 - Centros de Entrenamiento (Opcional).....	10
Artículo 12 - Exclusiones generales.....	10
Artículo 13 - Periodo de carencia.....	11
Artículo 14 - Suma asegurada	11
Artículo 15 - Periodo de cobertura.....	11
Artículo 16 - Delimitación geográfica.....	11
SECCIÓN V - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	11
Artículo 17 - Beneficiarios del seguro.....	11
SECCIÓN VI - OBLIGACIONES DEL TOMADOR, PERSONA ASEGURADA Y BENEFICIARIOS	12
Artículo 18 - Obligaciones del Tomador/Persona Asegurada.....	12
Artículo 19 - Obligaciones de los Beneficiarios	12
Artículo 20 - Obligaciones sobre la Prevención de LC/FT/FPAM	12
Artículo 21 - Declaraciones falsas o fraudulentas.....	12
SECCIÓN VII -PRIMA	13
Artículo 22 - Prima.....	13
Artículo 23 - Ajuste de primas.....	13
Artículo 24 - Recargos y descuentos	13
Artículo 25 - Periodo de gracia	13
SECCIÓN VIII -ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN Y USO DE SERVICIOS	14
Artículo 26 - Uso de coberturas de servicio.....	14
Artículo 27 - Procesamiento de solicitudes de indemnización.....	14
SECCIÓN IX - VIGENCIA DEL SEGURO	15
Artículo 28 - Inicio del seguro y fecha de vigencia	15
Artículo 29 - Terminación del seguro	15
SECCIÓN X -CONDICIONES VARIAS	15
Artículo 30 - Confidencialidad de la información.....	15
Artículo 31 - Requisitos de suscripción	15
Artículo 32 - Entrega del seguro	16
Artículo 33 - Modificación al seguro.....	16
Artículo 34 - Moneda.....	16
SECCIÓN XI - INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	16
Artículo 35 - Jurisdicción, arbitraje y otras instancias de solución de controversias	16
Artículo 36 - Valoración por peritos	16
SECCIÓN XII -COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	16
Artículo 37 - Notificaciones	16
SECCIÓN XIII -REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	17

SECCIÓN II - COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASEGURADORA SAGICOR COSTA RICA S.A. (denominada en adelante "Sagicor"), 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 este seguro. La misma regirá por las cláusulas detalladas a continuación en este Contrato de Seguro.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este caso, declaro y establezco el compromiso contractual de Sagicor de cumplir con los términos y condiciones de este seguro.



Representante Legal
Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A.

SECCIÓN III - CONDICIONES INICIALES

Artículo 1 - Definiciones

Accidente: Acontecimiento repentino, inesperado, inusual y que es ajeno a la voluntad de la Persona Asegurada, que ocurre en un momento y lugar identificable, y causa lesión física o muerte del mismo.

Accidente cerebrovascular (ACV): Accidente cerebrovascular, según dictaminado por un médico, de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes por más de 15 días. Están incluidos en la cobertura los accidentes cerebrovasculares producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal. (Enfermedad Grave)

Año Póliza: El periodo comprendido entre el día de emisión o prórroga del seguro y las 11:59 de la noche del último día de vigencia que conste en la Propuesta de Seguro.

Beneficiario: Persona o personas elegidas por la Persona Asegurada para recibir un eventual pago por una muerte cubierta por este seguro. La selección del Beneficiario se realizará en la Propuesta de Seguro y/o en Formulario de Actualización de Beneficiarios.

Cáncer: Se refiere a la presencia de un tumor que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal circundante y a distancia. Debe existir toda la evidencia médica que documente sustancialmente el diagnóstico de cáncer. Para efectos de la definición de cáncer no se considera el Cáncer por expansión metastásica o recurrencia, ni el cáncer relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva al ser provocado por una causa externa. No se incluye dentro de la cobertura los siguientes tumores:

- Leucemia (diferente a la leucemia linfocítica crónica) si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
- Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.
- 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.
- Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
- Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaNOMO o con una clasificación menor.
- Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ, el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.
- Tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana.

(Enfermedad Grave).

Cáncer por expansión metastásica o recurrencia: es un cáncer que se ha propagado desde la parte del cuerpo donde comenzó (el sitio primario donde se detectó el cáncer) a otras partes del cuerpo.

Ceguera: Se refiere a la pérdida permanente de la vista en ambos ojos, según lo confirmado por un oftalmólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión. La agudeza visual corregida ha de ser inferior a 20/200 en ambos ojos, o el campo de visión deberá ser inferior a 20 grados en ambos ojos. La ceguera causada por glaucoma diagnosticado y no tratado no se contempla para los efectos de esta definición al ser una condición desatendida por la Persona Asegurada. (Enfermedad Grave)

Centro de Entrenamiento: Establecimiento comercial, dedicado a la práctica de deportes o ejercicios y que cuente con los permisos y patentes para operar como tal dentro de nuestra Red de Proveedores.

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

Coma: Se refiere un estado de inconsciencia sin reacción a los estímulos externos o la respuesta a las necesidades internas por un periodo ininterrumpido de cuatro días. (Enfermedad Grave)

Condición Preexistente: Es toda aquella enfermedad o condición física o mental para la cual el Persona Asegurada haya sido diagnosticada por un médico, recibido previamente servicios, tratamiento o sobre la cual se ha revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por la Persona Asegurada o terceros antes de iniciar el seguro.

Daño Cerebral por Traumatismo: Muerte del tejido cerebral debido a una lesión traumática, provocando déficit neurológico permanente con la persistencia de los síntomas clínicos. No se incluye dentro de este concepto, los siguientes:

- Anomalías detectadas en el cerebro u otras exploraciones sin síntomas clínicos relacionados de forma definitiva.
 - Los signos neurológicos que ocurren sin anormalidad sintomática, por ejemplo, los reflejos abrupos sin otros síntomas.
 - Los síntomas de origen psicológicos o psiquiátrico.
 - Lesión traumática en la cabeza por el uso de alcohol u otras drogas.
- (Enfermedad Grave)

DERSA: Documento Estandarizado y Resumido de Seguro Autoexpedible. Es el documento que sintetiza las condiciones generales del seguro autoexpedible, el cual debe leerse íntegramente con las presentes condiciones.

Enfermedad Grave: Se refiere a las siguientes condiciones o enfermedades, conforme sean diagnosticadas por un Médico Legalmente Autorizado el cual es especialista debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión:

- Cáncer
- Accidente Cerebrovascular
- Insuficiencia Renal Crónica
- Infarto al Miocardio
- Ceguera
- Coma
- Esclerosis Múltiple
- Parálisis
- Pérdida del Habla o Mudez
- Sordera
- Quemaduras Mayores
- Daño Cerebral por Traumatismo

Esclerosis múltiple: Se refiere un diagnóstico por un neurólogo de esclerosis múltiple definitiva, caracterizado por anomalías neurológicas que persisten durante un periodo continuo de al menos seis meses o con evidencia de dos episodios separados clínicamente documentados. Múltiples áreas de desmielinización deben ser confirmadas en el diagnóstico médico respectivo mediante resonancia magnética u otras técnicas de imagen utilizadas comúnmente en la profesión médica para diagnosticar la esclerosis múltiple. (Enfermedad Grave)

Familiares Afiliados: Cónyuge o pareja conviviente, hermanos e hijos de la Persona Asegurada que vivan en la misma residencia.

Horario de Atención: Horario indicado en la página web sagicor.cr

Infarto al Miocardio: Se refiere a la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los dos siguientes criterios: (i) Cambios agudos en el electrocardiograma; y (ii) Elevación de las enzimas cardíacas. (Enfermedad Grave)

Insuficiencia Renal Crónica: Etapa de la insuficiencia renal en la que se presenta una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la necesidad de iniciar un proceso de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis y/o trasplante renal. (Enfermedad Grave)

Médico Legalmente Autorizado: Cualquier médico autorizado internacionalmente o debidamente colegiado en el Colegio respectivo, siempre y cuando no sea familiar de hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad de la Persona Asegurada.

Mensualidad Básica: mensualidad ordinaria del Centro de Entrenamiento elegido, la cual no incluye los costos adicionales de Entrenador Personal, paquetes adicionales, promociones, paquetes de clases, y cualquier otro costo adicional a la mensualidad del Centro.

Parálisis: Se refiere a la pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades por un período continuo de noventa días siguientes al acontecimiento desencadenante, tiempo durante el cual no se presente ningún signo de mejora. (Enfermedad Grave)

Pérdida del Habla o Mudez: Se refiere a la pérdida total e irreversible de la capacidad de hablar como resultado de una lesión física o enfermedad que debe establecerse por un período continuo de por lo menos 180 días según confirmado por un otorrinolaringólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión. (Enfermedad Grave)

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

Persona Asegurada: Persona física que suscribe este seguro. Para los efectos de este seguro es el equivalente al Tomador.

Prima: El precio por persona para obtener acceso a este seguro.

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

Red de Proveedores: Son los proveedores contratados por Sagicor para la prestación de los servicios, los cuales pueden ser consultados en la página sagicor.cr.

Sordera: Se refiere a la pérdida permanente de la audición en ambos oídos con un umbral de audición de más de 90 decibeles según confirmado por un otorrinolaringólogo practicante con licencia para ejercer en dicha profesión. (Enfermedad grave)

Zona de Cobertura: Ubicación geográfica donde el Proveedor de Asistencia brindará las coberturas de las presentes condiciones generales, siempre que exista libre acceso, según previa coordinación.

Artículo 2 - Documentación contractual

Integran este seguro las presentes Condiciones Generales, la Propuesta de Seguro y el DERSA, los cuales expresan los derechos y obligaciones de la Persona Asegurada y Sagicor. En caso de contradicción entre las Condiciones Generales, el DERSA y cualquier otro documento del seguro, prevalecerá lo más beneficioso para el consumidor de seguros.

SECCIÓN IV - ÁMBITO DE COBERTURA

Artículo 3 - Medicina Privada ante Accidentes (Básica)

En caso de un Accidente cubierto por este seguro, se cubrirán por cada evento los Gastos Médicos incurridos para atender y tratar a la Persona Asegurada hasta el límite de cobertura según el plan elegido (de un mismo Accidente). Se incluye el tratamiento con especialista, el uso de los servicios hospitalarios, cirugía, medicamentos, exámenes clínicos y exámenes de laboratorio diagnosticados como necesarios para la restauración de la salud de la Persona Asegurada.

- Forma de Pago: Un único pago a favor de la Persona Asegurada por reembolso.
- Copago: la Persona Asegurada cubrirá el 20% del gasto médico incurrido.

En el caso de honorarios médicos, este seguro cubre solamente los gastos incurridos por honorarios médicos brindados a la Persona Asegurada por un Médico Legalmente Autorizado.

Artículo 4 - Atención Médica Familiar Privada en el Hogar (Opcional)

Sin necesidad de ocurrencia de un evento en particular la Persona Asegurada tendrá acceso a los siguientes beneficios de acuerdo con los Horarios de Atención:

1. Orientación Médica Telefónica

A solicitud de la Persona Asegurada, nuestro Proveedor de Asistencia brindará orientación telefónica con un Médico de nuestra red, debidamente inscrito ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

- Límite de Utilización: Ilimitado, sujeto a disponibilidad de médicos en nuestro Proveedor de Asistencia.
- Copago: No hay.

2. Visita Médica:

Un Médico General de nuestro Proveedor de Asistencia lo visitará en su lugar de trabajo, hogar o adonde le sea más conveniente dentro de la Zona de Cobertura. Esta cobertura incluye los siguientes servicios médicos:

- Aplicación de la primera dosis de medicamentos durante la visita médica.
- Traslado en Ambulancia: Si el médico lo requiere según su diagnóstico, solicitará una Unidad de Soporte Avanzado, sujeto a la Zona de Cobertura.
- Límite de Utilización: Ilimitado, sujeto a disponibilidad de médicos en nuestra Red de Proveedores.
- Copago: Por cada consulta se cancelan CRC 5,000 (cinco mil colones) más IVA aplicable.
- Beneficio Familiar: Para efectos de la Visita Médica la Persona Asegurada podrá nombrar en la Propuesta de Seguro hasta 3 Familiares Afiliados que tendrán acceso a este beneficio con las mismas condiciones y sin pagar Prima Adicional.

Artículo 5 - Atención Médica Privada con Especialistas (Opcional)

A solicitud de la Persona Asegurada dentro de los Horarios de Atención, Sagicor coordinará una cita con un médico especialista de nuestra red de Proveedores, según sea requerido en las siguientes especialidades: Cardiología, Urología, Ginecología, Ortopedia y Gastroenterología.

- Límite de Utilización: 6 (seis) citas no acumulables por Año Póliza independientemente de la especialidad seleccionada, sujeto a la disponibilidad de la Red Proveedores.
- Copago: La Persona Asegurada paga el 30% del costo total de la consulta.

Artículo 6 - Proyección ante el Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave (Opcional)

Si la Persona Asegurada es diagnosticada con una Enfermedad Grave por primera vez, según la definición específica de cada una en este seguro, Sagicor brindará un apoyo económico equivalente a la Suma Asegurada en función del plan elegido.

En caso que la Persona Asegurada fallezca previo al momento de presentación de la solicitud de indemnización este beneficio será pagado a favor de los Beneficiarios designados.

Esta cobertura está sujeta a que los diagnósticos o cirugías sean realizadas por un Médico Legalmente Autorizado y realizadas en instituciones legalmente autorizadas por el Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados fuera del territorio nacional, el Médico Legalmente Autorizado y centros de atención en que se origine el diagnóstico debe contar con las acreditaciones correspondientes.

- Forma de pago: Un único pago a favor de la Persona Asegurada, o bien a favor de los Beneficiarios en caso de muerte.

Artículo 7 - Apoyo Económico por Hospitalización (Opcional)

Apoyo económico en caso de hospitalización de la Persona Asegurada en un centro médico según el plan elegido, una vez superado un periodo de 3 días consecutivos y debido a un diagnóstico realizado por un Médico Legalmente Autorizado.

No se cubrirá las hospitalizaciones por convalecencia por tratamientos estéticos, tratamiento por adicciones, tratamientos o cirugías dentales, padecimientos de nariz o senos paranasales.

Esta cobertura opera por un máximo de 45 días consecutivos por evento y hasta 90 días acumulados por Persona Asegurada durante el Año Póliza.

- Forma de Pago: Un único pago a nombre de la Persona Asegurada de ₡25,000 por día, el cual podrá ser solicitado al finalizar la hospitalización o cada vez que acumule 5 días cubiertos.
- Límite de utilización: Esta cobertura opera por un máximo de cuarenta y cinco (45) días por Año Póliza.

Artículo 8 - Atención Médica Privada Plus (Opcional)

1. Atención Médica con Médico General:

A solicitud de la Persona Asegurada dentro de los Horarios de Atención, Sagicor coordinará con un Médico General de nuestra Red de Proveedores una cita.

- Límite de Utilización: 6 (seis) citas por Año Póliza, sujeto a la disponibilidad de nuestra Red de Proveedores.
- Copago: La Persona Asegurada paga el 30% del costo total de la consulta.

2. Exámenes Diagnosticados:

En caso de que la Persona Asegurada sea referida por un Médico Legalmente Autorizado podrá optar por utilizar los siguientes exámenes:

A. Exámenes de Laboratorio:

A solicitud de la Persona Asegurada dentro de los Horarios de Atención, Sagicor coordinará la cita para la realización de Exámenes de Laboratorio en el lugar que le sea más cómodo de nuestra Red de Proveedores.

- Límite de Utilización: Hasta 10 (Diez) Exámenes de Laboratorio no acumulables por Año Póliza.
- Copago: La Persona Asegurada paga el 30% del costo total del examen.

B. Examen de Rayos X:

A solicitud de la Persona Asegurada dentro de los Horarios de Atención, Sagicor coordinará la realización de un examen de rayos X en el lugar que le sea más cómodo de nuestra Red de Proveedores.

- Límite de Utilización: 1 (un) examen de Rayos X no acumulable por Año Póliza.
- Copago: La Persona Asegurada paga el 30% del costo total del examen.

C. Examen de Ultrasonido:

A solicitud de la Persona Asegurada dentro de los Horarios de Atención, Sagicor coordinará la realización de un examen de Ultrasonido en el lugar que le sea más cómodo de nuestra Red de Proveedores.

- Límite de Utilización: 1 (un) examen de Ultrasonido no acumulable por Año Póliza.
- Copago: La Persona Asegurada paga el 30% del costo total del examen.

D. Examen de Electrocardiograma:

A solicitud de la Persona Asegurada dentro de los Horarios de Atención, Sagicor coordinará la realización de un examen de electrocardiograma en el lugar que le sea más cómodo de nuestra Red de Proveedores.

- Límite de Utilización: 1 (un) electrocardiograma no acumulable por Año Póliza.
- Copago: La Persona Asegurada paga el 50% del costo total del examen.

Artículo 9 - Salud Nutricional (Opcional)

La Persona Asegurada tendrá acceso a los siguientes beneficios de Nutrición:

1. Consultas telefónicas con Nutricionista:

A solicitud de la Persona Asegurada dentro del Horario de Atención, Sagicor coordinará la orientación telefónica, de máximo 15 minutos, con un Nutricionista de nuestra red, debidamente inscrito ante el Colegio de Profesionales en Nutrición de Costa Rica.

- Límite de Utilización: Ilimitado, sujeto a disponibilidad en nuestra Red de Proveedores.

2. Cita con Nutricionista:

A solicitud de la Persona Asegurada dentro de los Horarios de Atención, Sagicor coordinará con un Nutricionista de nuestra Red de Proveedores.

- Límite de Utilización: 1 (una) cita no acumulable por mes calendario y un total de 6 (seis) máximo por Año Póliza.
- Copago: La Persona Asegurada paga el 30% del costo total de la consulta.

Artículo 10 -Pediatria (Opcional)

Sagicor coordinará una cita con un médico Pediatra para su hijo o hija según haya sido contratado individualmente, y detallado en la Propuesta de Seguro. Este beneficio será aplicable hasta una edad máxima de 11 años y 364 días.

- Límite de Utilización: Hasta 3 (tres) citas no acumulables por hijo o hija individualmente por año póliza, con un máximo de 1 (una) cita por mes calendario. Sujeto a disponibilidad de médicos en nuestra Red de Proveedores.
- Copago: La Persona Asegurada paga el 30% del costo total de la consulta ordinaria.

Artículo 11 -Centros de Entrenamiento (Opcional)

A solicitud de la Persona Asegurada dentro del Horario de Atención, Sagicor le brindará un código de acceso para el Centro de Entrenamiento de la Red de Proveedores según el plan elegido, en el cual podrá ahorrar el 50% del costo de su Mensualidad Básica.

- Límite de Utilización: 1 (un) código de acceso no acumulable por mes calendario y un total de 12 (doce) por Año Póliza.
- Copago: La Persona Asegurada paga el restante 50% del costo total de la Mensualidad Básica. Asimismo, la Persona Asegurada deberá cubrir la matrícula en caso aplicable.

El acceso a cada Centro de Entrenamiento puede estar sujeto a las políticas individuales de cada uno. Para tener información sobre la disponibilidad de un Centro en particular deberá consultarse en nuestros canales de atención.

Artículo 12 -Exclusiones generales

Este seguro no cubre bajo ninguna circunstancia eventos relacionados con:

- Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave de la Persona Asegurada o Beneficiario.
- Causado por intentar cometer, por cometer o como resultado de actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte de la Persona Asegurada o Familiares Afiliados.
- Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
- Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.
- Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.

A. Protección ante el Primer Diagnóstico de una Enfermedad Grave

- Como resultado directo o indirecto de una Condición preexistente que surja o se manifieste dentro los primeros 12 meses de cobertura.
- Acción premeditada, intencional o por culpa grave de la Persona Asegurada que resulte directa o indirectamente a causa del uso de drogas, estupefacientes y/o alcohol.

B. Coberturas: Atención Médica Privada Familiar en el Hogar, Atención Médica con Especialista, Atención Médica Privada Plus, Salud Nutricional, Pediatría y Centros de Entrenamiento

- Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave de la Persona Asegurada o Familiares Afiliados. Incluyendo, pero no limitándose a las siguientes situaciones:
 - Los servicios que se haya contratado sin previo consentimiento del Proveedor de Servicio o que haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y riesgo y que no forman parte de la Red de Proveedores.
 - Daños, perjuicios, costos, honorarios, o cualquier consecuencia producto de la desobediencia o actuación contraria de la Persona Asegurada a las indicaciones de Sagicor o de los Proveedores de Servicio.

Artículo 13 -Periodo de carencia

Este seguro contempla los siguientes Periodos de Carencia a partir de la inclusión del Persona Asegurada:

Coberturas	Periodo
Medicina Privada ante Accidente	1 mes
Atención Médica Privada Familiar en el Hogar	15 días
Atención Médica Privada con Especialista	2 meses
Protección ante el Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave	3 meses
Apoyo Económico por Hospitalización	3 meses
Atención Médica Privada Plus	2 meses
Salud Nutricional	2 meses
Pediatría	2 meses
Centros de Entrenamiento	3 meses

Artículo 14 -Suma asegurada

La suma asegurada será la elegida por la Persona Asegurada, según las opciones de planes ofrecidos que constan en la Propuesta de Seguro. Cada Persona Asegurada puede tener como máximo un seguro vigente de este producto con Sagicor.

Artículo 15 -Periodo de cobertura

El presente seguro establece su cobertura bajo la base de ocurrencia del riesgo cubierto, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En consecuencia, este seguro sólo cubrirá indemnizaciones por siniestros acaecidos durante la vigencia de este seguro, aún si la solicitud de indemnización se presenta después de vencido el seguro. Todo sin perjuicio de los términos de cobertura pactados y los plazos legales de prescripción.

Artículo 16 -Delimitación geográfica

Las coberturas de Médica Privada ante Accidentes, Protección ante el Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave, Apoyo Económico por Hospitalización y Orientación Médica cubre en cualquier parte del mundo.

Las coberturas de Atención Médica Privada Familiar en el Hogar, Atención Médica con Especialista, Atención Médica Privada Plus, citas de Salud Nutricional, Pediatría y Centros de Entrenamiento cubren únicamente dentro de la República de Costa Rica, según Zona de Cobertura.

SECCIÓN V - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Artículo 17 -Beneficiarios del seguro

Los Beneficiarios de este seguro deberán ser determinados de forma específica o genérica por la Persona Asegurada hasta por los límites que el mismo establezca y serán señalados en la Propuesta de Seguro.

Toda designación podrá ser modificada por la Persona Asegurada durante la vigencia del seguro, mediante la presentación de nota debidamente firmada o grabación de llamada por medio de los canales de Servicio al Cliente de Sagicor.

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. 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 y le concede el derecho de disponer de la suma asegurada.

SECCIÓN VI - OBLIGACIONES DEL TOMADOR, PERSONA ASEGURADA Y BENEFICIARIOS

Artículo 18 -Obligaciones del Tomador/Persona Asegurada

En adición a otras obligaciones indicadas en las presentes Condiciones Generales o en la normativa vigente, la Persona Asegurada asume las siguientes obligaciones:

- a) **Pago de Prima:** la Persona Asegurada tendrá la obligación de realizar el pago oportuno de la prima convenida.
- b) **Proceso Indemnizatorio:** La Persona Asegurada tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales, y notificar a Sagicor de cualquier cambio.
- c) **Prueba de Siniestro:** La Persona Asegurada tendrá el deber de demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro, según la cobertura aplicable. Asimismo, deberá colaborar con Sagicor en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio.
- d) **Cumplimiento Jurídico:** Finalmente, deberá observar y cumplir sus obligaciones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y normativa conexas.

Artículo 19 -Obligaciones de los Beneficiarios

A fin de optar por los beneficios que les concede este seguro, los Beneficiarios deberán seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, deberá colaborar con Sagicor en la presentación de pruebas del evento, inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio.

Artículo 20 -Obligaciones sobre la Prevención de LC/FT/FPADM

Prevención de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y financiamiento a la proliferación de armas de destrucción masiva (LC/FT/FPADM): El Tomador se compromete con Sagicor a brindar información veraz y verificable en la Propuesta de Seguro. La Persona Asegurada y el Beneficiario suministrarán los documentos e información necesaria que se soliciten al momento del pago de indemnizaciones. En caso contrario, Sagicor se reserva el derecho de emitir o cancelar, incluso podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la información solicitada. En el caso de la cancelación del seguro, se devolverán las primas no devengadas dentro de los 20 días naturales siguientes posteriores a su notificación.

Artículo 21 -Declaraciones falsas o fraudulentas

Se extinguirá la obligación de indemnizar por parte de Sagicor si se demuestran declaraciones falsas o fraudulentas realizadas por el Tomador o por la Persona Asegurada, con dolo o culpa grave, cuando tal declaración le hubiera dado derecho a Sagicor a excluir, restringir o reducir esa obligación de conformidad con este seguro. En caso de reticencia o falsedad por parte del Tomador o de la Persona Asegurada en la declaración del riesgo se procederá conforme a lo estipulado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

SECCIÓN VII - PRIMA

Artículo 22 -Prima

Es el precio para este seguro. El mismo se establece en la Propuesta de Seguro e incluye el Impuesto al Valor Agregado (IVA) y deberá ser pagado en el momento de contratación del seguro con una tarjeta de crédito, débito, cuenta bancaria o medio de pago autorizado directamente por Sagicor para facilidad de la Persona Asegurada.

El pago de las primas es mensual; por lo que las primas deberán ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato.

Artículo 23 -Ajuste de primas

En caso de prórroga automática, Sagicor realizará un análisis actuarial de las primas recibidas y los siniestros pagados, a fin de determinar si procede o no una modificación de la tarifa con base en la siniestralidad de la cartera asegurada bajo este seguro. Se calculará la siniestralidad para un periodo mínimo de tres años de la siguiente manera:

$(\text{Indemnizaciones pagadas} + \text{indemnizaciones pendientes}) / \text{Primas pagadas}$

Para efectos de lo aquí dispuesto, según la siniestralidad del producto se podrá realizar un recargo a la prima según la siguiente tabla:

Siniestralidad	Porcentaje de recargo
0 - 42%	No aplica
43 - 70%	2% - 67%
71% - 85%	70% - 104%
86% - 99%	106% - 137%
100%	+ 140%

Las modificaciones indicadas en esta cláusula deberán ser comunicadas a la Persona Asegurada con treinta (30) días de anticipación a la fecha del vencimiento de la vigencia en curso.

Prima Incorrecta: Si la edad de la Persona Asegurada es detallada erróneamente al solicitar el seguro, se realizará un ajuste equitativo de primas en el seguro, en caso de ser aplicable.

Sagicor solamente realiza una distinción etaria de prima al momento de la suscripción, por lo tanto, no se realiza ajuste de primas a un seguro vigente en relación a la edad.

Artículo 24 -Recargos y descuentos

La suscripción del presente seguro, no contempla recargos de ningún tipo en su emisión.

Artículo 25 -Periodo de gracia

Se permitirá un periodo de gracia de 90 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual el seguro se mantendrá en pleno vigor.

SECCIÓN VIII - ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN Y USO DE SERVICIOS

Artículo 26 -Uso de coberturas de servicio

Para las coberturas Atención Médica Privada Familiar en el Hogar, Atención Médica con Especialista, Atención Médica Privada Plus, Salud Nutricional, Pediatría y Centros de Entrenamiento:

- Debe solicitarse el servicio respectivo mediante nuestros canales de atención de forma telefónica o por medio de mensaje al WhatsApp al +506 4000-0914 según el Horario de Atención.

Artículo 27 -Procesamiento de solicitudes de indemnización

Al momento de ocurrir un siniestro, la Persona Asegurada o el Beneficiario, deberá informar lo antes posible a Sagicor de su ocurrencia a fin de apoyarle en los trámites respectivos. La atención de reclamos es de diez (10) días hábiles o menos contados a partir del momento en que se reciba la totalidad de requisitos establecidos en el contrato por parte de la instancia autorizada por la aseguradora para la recepción de los mismos, e igualmente que el mismo plazo correrá para brindar la prestación correspondiente a partir de la aceptación del reclamo. Dichos plazos no podrán suspenderse, salvo el caso en el que la Persona Asegurada o el Beneficiario no presente la totalidad de requisitos solicitados.

Toda Solicitud de Indemnización deberá realizarse por escrito y ser enviada a través de alguna de las siguientes maneras: (i) al correo Reclamos@sagicor.com; o (ii) físicamente a nuestras oficinas ubicadas en Avenida Escazú, Edificio 205, Piso 5 en San Rafael de Escazú, San José. En cualquier momento, puede también contactar a la línea de Servicio al Cliente y WhatsApp al +506 4000-0914 o por correo Servicioalcliente@sagicor.com para recibir asesoría sobre este proceso.

Sagicor pagará a la Persona Asegurada o a los Beneficiarios designados la suma asegurada aplicable después de proveer la siguiente información:

- Identificación de la Persona Asegurada.
- Formulario de Indemnización, firmado por la Persona Asegurada o el Beneficiario según corresponda. Dicho formulario está disponible en el portal internet www.sagicor.cr/solicitudes-de-indemnizacion/, o podrá ser solicitado al correo electrónico Reclamos@sagicor.com.

Asimismo, deberán presentarse los siguientes documentos por parte de la Persona Asegurada o (los) Beneficiario(s):

Para la cobertura Medicina Privada ante Accidente:

- Epicrisis médica donde se detalle el evento ocurrido.
- Facturas a nombre de la Persona Asegurada de los gastos del Centro Médico, honorarios médicos, medicamentos, exámenes clínicos, o cualquier otro servicio médico utilizado a causa del Accidente.
- Copia de las recetas médicas firmadas por el médico tratante.

Para la cobertura de Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave:

Presentación de un informe escrito con el diagnóstico del Médico Legalmente Autorizado que asistió a la Persona Asegurada, el informe deberá incluir:

- Estudios clínicos.
- Estudios radiológicos.
- Estudios histológicos, y/o de laboratorio.
- Epicrisis con fecha del primer diagnóstico.

En caso de se requiera algún documento adicional que facilite el proceso de indemnización Sagicor solicitaría a la Persona Asegurada o a los Beneficiarios designados dicha información requerida.

SECCIÓN IX - VIGENCIA DEL SEGURO

Artículo 28 -Inicio del seguro y fecha de vigencia

El seguro entrará en vigencia a partir de la fecha indicada en la Propuesta de Seguro y será prorrogado automáticamente cada Año Póliza.

Sagicor no podrá dar por terminado este seguro de forma anticipada, salvo con base disposición legal.

Artículo 29 -Terminación del seguro

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

- En caso de Muerte de la Persona Asegurada.
- Cancelación del seguro a solicitud de la Persona Asegurada.
- Vencido el periodo de gracia, y no se haya pagado la prima.
- Sagicor compruebe declaraciones falsas o se encuentre incluido en alguna de las listas de sanciones económicas emitidas por Office of Foreign Assets Control (OFAC) del Departamento de Tesoro de los Estados Unidos y/o de las Naciones Unidas.

La Persona Asegurada podrá solicitar a Sagicor la cancelación de su seguro, la cual será tramitada al finalizar el último periodo facturado. Cuando el seguro sea pagado de forma mensual la prima que se haya pagado se da por devengada a la fecha de cancelación del seguro.

SECCIÓN X - CONDICIONES VARIAS

Artículo 30 -Confidencialidad de la información

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 Persona Asegurada con base en los deberes y obligaciones que contempla la legislación vigente.

Sagicor es una compañía que se dedica a la actividad aseguradora y será la destinataria de información brindada. Esta información será almacenada en una base de datos de carácter interna, a la cual tienen acceso los colaboradores de Sagicor y se comparte únicamente los datos necesarios con los socios comerciales a los que Sagicor autorice para brindarle los servicios de este seguro. Esta información será utilizada para ofrecerle beneficios adicionales y enviarle información relacionada al seguro adquirido con Sagicor.

Artículo 31 -Requisitos de suscripción

Para adquirir este seguro la Persona Asegurada deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Contar con una tarjeta de crédito, débito, cuenta bancaria o medio de pago autorizado por Sagicor.
- Completar el formulario Propuesta de Seguro y declaración de salud.
- Ser mayor de 2 años y, en caso de ser menor de edad, su Propuesta de Seguro deberá ser completada y firmada por quien ejerza patria potestad sobre el menor.

Artículo 32 -Entrega del seguro

Sagicor enviará a la Persona Asegurada su Propuesta de Seguro al medio de comunicación suministrado o bien se entregará físicamente al momento de su compra. Las Condiciones Generales y Dersa podrán ser solicitados digitales o físicamente al Operador de Seguros Autoexpedibles. También podrá acceder a la Información previa del contrato de seguro y las Condiciones Generales por medio de nuestra página web www.sagicor.cr.

Artículo 33 -Modificación al seguro

La modificación del seguro no será efectiva sin la firma del Representante Legal de Sagicor. La Persona Asegurada podrá solicitar las modificaciones de datos personales en el momento que lo desee, mediante comunicación a Sagicor.

Artículo 34 -Moneda

Las indemnizaciones de este seguro son liquidables en dólares de los Estados Unidos de América y las primas bajo este seguro con liquidables en colones costarricenses.

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

SECCIÓN XI - INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Artículo 35 -Jurisdicción, arbitraje y otras instancias de solución de controversias

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 u otro medio de solución alterna de controversias.

Adicionalmente, el consumidor de seguros, de conformidad con la normativa vigente, puede presentar sus reclamaciones o quejas: (i) en las oficinas de Sagicor o por correo electrónico a servicioalcliente@sagicor.com; (ii) en el Centro de Defensa del Asegurado (www.cda.cr); (iii) presentando una queja en las oficinas de la SUGESE (www.sugese.fi.cr); o inclusive (iv) en la Comisión Nacional de Consumidor. Lo anterior conforme a las competencias específicas de dichas entidades que estipula la normativa vigente.

Artículo 36 -Valoración por peritos

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del monto de la indemnización o la validez del criterio médico que dicte una Enfermedad Grave o causa de Muerte, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes siguiendo las condiciones estipuladas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

SECCIÓN XII - COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Artículo 37 -Notificaciones

Las comunicaciones que se dirijan a Sagicor deberán realizarse por escrito directamente y enviadas a las oficinas ubicadas en Avenida Escazú, Edificio 205, 5to Piso en San Rafael de Escazú, San José, o correo electrónico servicioalcliente@sagicor.com.

SECCIÓN XIII - REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

Registro en SUGESE No. P20-76-A12-983.



Dersa - Inspira
V2.docx