

SEGURO COLECTIVO MUVIT TRAVEL CONDICIONES GENERALES ÍNDICE

1.	COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	1
2.	DEFINICIONES	2
3.	BASES DEL CONTRATO.....	3
4.	ÁMBITO DE COBERTURA	3
5.	EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS	8
6.	BENEFICIARIOS	11
7.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES	11
8.	OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	12
9.	LEGITIMACIÓN DE CAPITALS	12
10.	PRIMA O TARIFA DE SEGURO.....	12
11.	PAGO DE LA PRIMA.....	12
12.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	12
13.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	12
14.	PLAZO DE RESOLUCIÓN	13
15.	VIGENCIA	14
16.	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	14
17.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO	14
18.	CONDICIONES VARIAS.....	15
19.	CONTROVERSIAS	17
20.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	17

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (la “Compañía”), se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a las prestaciones se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos y condiciones de la Póliza.



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

2. DEFINICIONES

Los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **Accidente:** Suceso involuntario, repentino y fortuito, ocurrido durante el viaje, causado violentamente por medios externos, que afecta al Asegurado, provocándole lesiones corporales determinables por un Médico. Este concepto no contempla enfermedades de ningún tipo.
2. **Asegurado:** Persona física amparada por los beneficios de la Póliza, que forma parte del grupo asegurable del Tomador y es el titular del interés objeto del seguro, se adhiere a la Póliza y es a favor de quien se emite el Certificado de Seguro.
3. **Beneficiarios:** Persona designada por el Asegurado en el Certificado de Seguro, a quien cuando corresponda, se le realizará el pago del beneficio estipulado en la presente Póliza.
4. **Condición Preexistente:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia que existía antes de la contratación de la Póliza. Incluye aquellas sobre las cuales se presentaron síntomas, se recibió tratamiento o cuidado, así como las diagnosticadas o en proceso de diagnóstico al momento de contratar la Póliza.
5. **Emergencia:** Suceso inesperado que pone en riesgo la vida o integridad física del asegurado, demandando atención médica inmediata para preservar su salud.
6. **Enfermedad:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado durante el Viaje, causada independientemente de hechos accidentales.
7. **Equipaje Registrado:** Equipaje que el Asegurado ha registrado en una Línea de Transporte comercial de pasajeros, dejándolo bajo su custodia y a cambio ha recibido un comprobante para su devolución.
8. **Gasto:** Costo **Usual, Razonable y Acostumbrado** incurrido por el Asegurado para el tratamiento, insumo y servicio médico necesario para su atención médica u otros servicios, los cuales no deben exceder el costo promedio de un tratamiento similar, insumo o servicio ofrecido en el mismo territorio en el que el gasto haya sido incurrido.
9. **Hospital:** Establecimiento legalmente autorizado para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un Médico acreditado como tal.
10. **Hotel:** Establecimiento comercial destinado a alojar huéspedes.
11. **Línea de Transporte:** Empresa autorizada para prestar servicio de transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios fijos mediante vehículos de tipo aéreo, marítimo o terrestre.
12. **Médico:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en el país donde se preste el servicio médico y capacitado e idóneo para la prestación del servicio médico o quirúrgico que se requiere.
13. **Pasajero:** Persona que hace uso de un medio de transporte público de personas y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo del pasaje correspondiente para recibir el servicio de transporte de personas.
14. **Residencia Habitual:** País o ciudad donde el Asegurado vive permanentemente, declarado como tal en el Certificado de Seguro.
15. **Robo:** Apropiación de objetos ajenos, sin la debida autorización utilizando fuerza sobre las cosas o violencia sobre las personas.
16. **Tomador:** Persona natural o jurídica con la cual la Compañía celebra la Póliza con el fin de asegurar a un grupo de personas. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
17. **Viaje:** Desplazamiento temporal del Asegurado fuera de su Residencia Habitual, efectuado con fines personales, laborales o turísticos. El territorio cubierto será el especificado en el Certificado de Seguro.

3. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión / Certificado de Seguro del Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

La Compañía ofrece al Asegurado protección bajo las coberturas descritas a continuación, siempre y cuando el objeto de las coberturas ocurra mientras el Asegurado se encuentre realizando un Viaje que no supere los quince (15) días de duración y se realice durante la vigencia del aseguramiento individual.

4.1. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL DURANTE EL VIAJE

Si un Asegurado sufre la muerte durante la vigencia del aseguramiento individual, como resultado directo y exclusivo de un Accidente ocurrido durante el Viaje, la Compañía pagará a los Beneficiarios la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro para esta cobertura.

4.2. COBERTURA BÁSICA DE DESMEMBRAMIENTO

Si un Asegurado sufre la pérdida total de un miembro u órgano como resultado directo y exclusivo de un Accidente ocurrido durante el Viaje, la Compañía pagará el porcentaje que corresponda de la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro, según lo indicado en la Tabla de Indemnización de esta cobertura.

Para que esta cobertura opere será necesario que:

- La pérdida total del miembro u órgano ocurra dentro de la vigencia del aseguramiento individual; y
- La pérdida total del miembro u órgano se encuentre establecida en la siguiente Tabla de Indemnización:

Pérdida de órganos o miembros	% de la suma asegurada que será indemnizado
Pérdida total de ambas manos	100%
Pérdida total de ambos pies	100%
Pérdida total de ambos ojos	100%
Pérdida total conjunta de una mano y la visión de un ojo o un pie y la visión de un ojo	100%
Pérdida total de una mano y un pie	100%
Pérdida total de una mano o un pie	50%
Pérdida total de la visión de un ojo	30%
Pérdida total del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida total del dedo índice de cualquier mano	10%

Únicamente se cubrirán la Pérdida Total de los miembros u órganos establecidos en la Tabla de Indemnización de esta cobertura de Desmembramiento durante el Viaje

Se entiende por:

- Pérdida total de la mano, su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.
- Pérdida total del pie, su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- Pérdida total de la visión de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo.
- Pérdida total del pulgar o índice, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas en cada dedo.

4.3. COBERTURA BÁSICA DE BENEFICIOS MÉDICOS Y DENTALES

4.3.1. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Cuando el Asegurado sufra un Accidente o Enfermedad durante el Viaje, la Compañía cubrirá los siguientes Gastos médicos en que incurra el Asegurado, siempre que hayan sido recomendados por el Médico tratante:

- a. Gastos por honorarios médicos y/o quirúrgicos.
- b. Gastos de internación hospitalaria y el uso de quirófano (habitación privada estándar).
- c. Gastos de anestesiastas, exámenes, o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio, indispensables para el tratamiento médico del Asegurado.
- d. Gastos por enfermera, máximo tres (3) turnos por día, durante treinta (30) días naturales.
- e. Gastos por servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) del monto contratado.

Para que esta cobertura opere será necesario que:

- a. El Accidente o Enfermedad ocurran o se manifiesten dentro de la vigencia del aseguramiento individual; y
- b. El Accidente y/o Enfermedad y los Gastos sean reportados a la Compañía.

La indemnización de esta cobertura operará, a criterio de la Compañía, por medio de uno de los siguientes sistemas:

- a. Reembolso de los Gastos, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro, en el evento que el Asegurado los asuma directamente.
- b. Pago directo de los Gastos, al prestador del servicio médico designado por la Compañía, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro.

4.3.2. GASTOS ODONTOLÓGICOS DE EMERGENCIA

Cuando el Asegurado sufra un Accidente durante el Viaje, la Compañía, cubrirá los siguientes Gastos en que incurra el Asegurado por concepto de atención odontológica de Emergencia requerida durante el Viaje para el tratamiento del dolor y/o infección odontológica, y/o extracción de la pieza dentaria que, sufra el Asegurado en su dentadura natural, siempre que la misma haya sido reportada a la Compañía previamente.

Para que esta cobertura opere será necesario que:

- a. El Accidente ocurra dentro de la vigencia del aseguramiento individual; y
- b. El Accidente y los Gastos sean reportados a la Compañía.

La indemnización de esta cobertura operará, a criterio de la Compañía, por medio de uno de los siguientes sistemas:

- a. Reembolso de los Gastos, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro, en el evento que el Asegurado los asuma directamente.
- b. Pago directo de los Gastos, al prestador del servicio médico designado por la Compañía, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro.

La presente cobertura no ampara los tratamientos de coronas y/o prótesis temporales o definitivas, así como cualquier tratamiento estético.

4.3.3. GASTOS POR MEDICAMENTOS

Si durante el Viaje el Asegurado sufre una Emergencia, producto de un Accidente o Enfermedad, que no requiere hospitalización, la Compañía cubrirá los Gastos en los que incurra el Asegurado durante el Viaje por concepto de medicamentos prescritos por el Médico tratante.

Para que esta cobertura opere será necesario que:

- a. El Accidente o Enfermedad ocurra o se manifieste dentro de la vigencia del aseguramiento individual; y
- b. El Accidente y/o Enfermedad y los Gastos sean reportados a la Compañía.

La indemnización de esta cobertura operará, a criterio de la Compañía, por medio uno de los siguientes sistemas:

- a. Reembolso de los Gastos, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro, en el evento que el Asegurado los asuma directamente.

- b. Pago directo de los Gastos, al prestador del servicio médico designado por la Compañía, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro.

4.3.4. GASTOS DE TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Si durante el Viaje el Asegurado sufre una Emergencia, producto de un Accidente o Enfermedad, la Compañía cubrirá los Gastos en que incurra el Asegurado por concepto traslado médico en transporte terrestre, marítimo o aéreo a un Hospital, siempre que la Emergencia ponga en peligro su vida y no cuente con los medios necesarios para trasladarse a recibir la atención médica.

La Compañía amparará únicamente los Gastos por transporte y tratamiento médico incluyendo, servicios y Médicos en que se incurran por el traslado médico, desde el lugar donde ocurrió el Accidente o la Enfermedad hasta el Hospital más cercano y que cuente con los medios necesarios para proporcionarle la atención adecuada al Asegurado.

Los Gastos por transporte deberán ser autorizados por un Médico, utilizando la vía más corta y directa posible. El transporte deberá cumplir con la regulación y normativa aplicable al tipo del medio de transporte que realiza el traslado.

La indemnización de esta cobertura operará, a criterio de la Compañía, por medio de uno de los siguientes sistemas:

- a. Reembolso de los Gastos, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro, en el evento que el Asegurado los asuma directamente.
- b. Pago directo de los Gastos, al prestador del servicio de transporte designado por la Compañía, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro.

4.3.5. GASTOS DE REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

Si el Asegurado fallece durante el Viaje y fuera de su Residencia Habitual a consecuencia de un Accidente, la Compañía cubrirá los siguientes gastos para la repatriación de los restos mortales:

- a. Los Gastos por embalsamamiento, cremación y ataúd.
- b. Los Gastos por transportación de los restos mortales del Asegurado a su Residencia Habitual.
- c. Los Gastos médicos y legales para poder transportar los restos mortales del Asegurado a su lugar de Residencia Habitual.

La indemnización de esta cobertura operará, a criterio de la Compañía, por medio de uno de los siguientes sistemas:

- a. Reembolso de los Gastos, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro, en el evento que el Asegurado los asuma directamente.
- b. Pago directo de los Gastos, al prestador del servicio designado por la Compañía, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro.

4.3.6. GASTO DE TIQUETE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR POR HOSPITALIZACIÓN

Si el Asegurado sufre un Accidente o Enfermedad durante el Viaje y a consecuencia de ello debe permanecer hospitalizado en el lugar de destino del Viaje por un periodo superior a ocho (8) días naturales, la Compañía reembolsará, hasta el monto de suma asegurada, el costo de un tiquete de ida y vuelta en clase económica, sujeto a disponibilidad de espacio, para un familiar o persona designada por el mismo Asegurado para que le brinde compañía durante la hospitalización.

El tiquete podrá ser en transporte aéreo, terrestre, marítimo u otro medio apropiado según los criterios de la Compañía.

4.3.7. GASTOS DE HOSPEDAJE PARA UN FAMILIAR POR HOSPITALIZACIÓN

Si el Asegurado sufre un Accidente o Enfermedad durante el Viaje y a consecuencia de ello debe permanecer hospitalizado en el lugar de destino del Viaje por un periodo superior a ocho (8) días naturales, la Compañía reembolsará, hasta el monto de suma asegurada contratada, los Gastos de hospedaje en un Hotel para un familiar o persona designada por el mismo Asegurado para que le brinde compañía durante la hospitalización.

Los Gastos de hospedaje a cubrirse están limitados al costo por noche de hospedaje, excluyendo gastos de restaurante, lavandería, telefonía, minibar, alimentación tomada en la habitación, transporte u otro tipo de gasto.

4.3.8. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA EN EL VIAJE

A. GASTOS DE HOSPEDAJE EN HOTEL POR ACCIDENTE O EMERGENCIA MÉDICA

En caso de que el Asegurado sufra durante el Viaje un Accidente o Emergencia y requiera, a criterio del Médico tratante, la estancia o recuperación en el lugar de destino del Viaje, pero fuera de un Hospital, y no siendo médicamente posible que el Asegurado pueda continuar su Viaje o regresar a su Residencia Habitual, la Compañía, cubrirá los Gastos de hospedaje hasta el monto de suma asegurada contratada.

Esta cobertura operará siempre que:

- a. Se haya presentado a la Compañía un dictamen médico extendido por el Médico tratante del Asegurado, en donde se establezca o determine la necesidad médica de su estancia o recuperación en la localidad en donde se encuentre el Hospital del cual el Asegurado haya sido dado de alta después del Accidente o Emergencia; y
- b. Que el Asegurado haya permanecido hospitalizado por más de cinco (5) días hábiles continuos e ininterrumpidos, antes de requerir la recuperación fuera del Hospital.

Esta cobertura no ampara cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su Residencia Habitual y la Compañía considere que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.

B. GASTOS DE HOSPEDAJE EN EL VIAJE POR COVID-19

Si durante el Viaje el Asegurado es diagnosticado positivo de COVID-19, y por recomendación médica no puede regresar a su Residencia Habitual en la fecha de finalización del Viaje establecida en el Certificado de Seguro, la Compañía cubrirá los Gastos de hospedaje que se generen mientras el Asegurado permanezca convaleciente posterior a la fecha de finalización del Viaje sin poder regresar a su Residencia Habitual.

La indemnización de esta Cobertura de Gastos de Hotel por Convalecencia en el Viaje, tanto para la cobertura 4.3.8.A como para la cobertura 4.3.8.B, operarán por medio de uno de los siguientes sistemas:

- a. Pago directo de los Gastos de hospedaje del Asegurado en un Hotel disponible en la localidad en donde se encuentre el Hospital del cual el Asegurado haya sido dado de alta después del Accidente o Emergencia.
- b. Reembolso de los Gastos de hospedaje en que haya incurrido el Asegurado, mientras el Asegurado se haya encontrado en recuperación.

Los Gastos de Hotel por Convalecencia en el Viaje, tanto para la cobertura 4.3.8.A como para la cobertura 4.3.8.B, están limitados al costo por noche de hospedaje, excluyendo gastos de restaurante, lavandería, telefonía, minibar, alimentación tomada en la habitación, transporte u otro tipo de gasto.

4.3.9. TRASLADO DE MENORES DE QUINCE (15) AÑOS

En caso de que el Asegurado se encuentre viajando con un hijo menor de quince (15) años y que producto de un Accidente o Emergencia presentados durante el Viaje, el Asegurado sea hospitalizado por un periodo superior a ocho (8) días naturales o fallezca, la Compañía cubrirá bajo reembolso y autorización, hasta la suma asegurada contratada, el costo del tiquete de avión en clase económica, sujeto a disponibilidad, para que el menor de quince (15) años, regrese a su Residencia Habitual. La cobertura del tiquete aplicará solo en el caso que el tiquete de regreso original del menor de quince (15) años no le permitiera el cambio gratuito de fecha.

Adicionalmente la Compañía se hará cargo de lo siguiente:

- a. Acompañamiento del menor de quince (15) años hasta el aeropuerto.
- b. Asesoría en las formalidades de embarque del menor de quince (15) años, sujetas a la reglamentación de las autoridades de emigración o inmigración de cada país.

- c. Coordinación con la aerolínea para que el menor de quince (15) años pueda viajar en condición de menor de edad no acompañado.
- d. Proporcionar a los familiares del menor de quince (15) años la información relativa a su retorno.

4.4. COBERTURA BÁSICA DE CANCELACIONES Y CAMBIOS DE VIAJE

4.4.1. GASTOS POR DEMORA DE VIAJE

Si el transporte del Asegurado es demorado por la Línea de Transporte, la Compañía cubrirá por reembolso los Gastos en que incurra el Asegurado por concepto de comidas y hospedaje.

Los Gastos se reembolsarán, cuando la demora del Viaje por parte de la Línea de Transporte sea por un tiempo mayor o igual a doce (12) horas contadas desde la fecha y hora programada de partida.

Esta cobertura aplicará siempre y cuando:

- a. La demora sea originada a causa de una huelga o problema laboral de los trabajadores de la Línea de Transporte.
- b. La demora sea ocasionada por fallas en el equipo de la Línea de Transporte.
- c. La demora se deba a un clima extremo.
- d. La Línea de Transporte certifique por escrito las causas que originaron la demora y la duración de ésta.
- e. El transporte haya sido contratado con una línea de transporte con itinerarios fijos.

Esta cobertura no tendrá efecto si la demora del transporte se debe a causas que se hayan hecho públicas por cualquier medio, o que sean del conocimiento del Asegurado antes de contratar la Póliza o veinticuatro (24) horas previas a la hora fijada para la salida del transporte.

4.4.2. GASTOS POR CANCELACIÓN O INTERRUPCIÓN DE VIAJE

La Compañía amparará lo siguiente, por las causas indicadas en la presente cobertura:

1. La cancelación anticipada de un Viaje no iniciado del Asegurado y que haya pagado en su totalidad, cuando dicha cancelación tome lugar con al menos ocho (8) días naturales de anticipación a la fecha de inicio del Viaje establecida en el Certificado de Seguro.
2. La interrupción de un Viaje ya iniciado que deba suspenderse para retornar a la Residencia Habitual del Asegurado antes de la fecha de finalización del Viaje.

En caso de cancelación anticipada, la Compañía, bajo su autorización, reembolsará los Gastos personales de Hotel y boleto de transporte que el Asegurado haya pagado, siempre y cuando estos no hayan sido utilizados y no sean reembolsables.

En cuanto a la interrupción de Viaje, la Compañía, autorizará y reembolsará el costo del Viaje del Asegurado a su lugar de Residencia Habitual.

La cancelación o interrupción del Viaje se cubrirá únicamente por las siguientes causas:

- a. Accidente o Enfermedad grave del Asegurado, que tenga carácter de Emergencia y motive la internación o inhiba la deambulaci3n, generando un estado de postraci3n en el Asegurado y por lo tanto imposibilite la iniciaci3n y/o continuaci3n del Viaje.
- b. Muerte o internaci3n hospitalaria por m3s de tres (3) d3as por Accidente o Enfermedad, la cual debe ser en forma repentina y de manera aguda, del c3nyuge, padres, hermanos o hijos del Asegurado. La enumeraci3n es taxativa y no enunciativa.
- c. Cuando el Asegurado haya sido declarado en cuarentena en forma fehaciente y por escrito, por autoridad sanitaria competente con posterioridad a la contrataci3n del Viaje, siempre y cuando no sea consecuencia de una epidemia y/o pandemia declarada por la Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS) o el organismo que lo represente, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquier pa3s, localidad o regiones afectadas, a excepci3n del virus del COVID-19.

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Viaje haya sido contratado con una Línea de Transporte.

4.5. COBERTURA BÁSICA DE EQUIPAJE

4.5.1. GASTOS POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE

La Compañía indemnizará al Asegurado si su Equipaje Registrado se pierde al ser robado o extraviado mientras el Asegurado es un Pasajero en una Línea de Transporte con itinerarios fijos. Para que esta cobertura opere el Equipaje Registrado debió haber sido entregado por el Asegurado a la Línea de Transporte antes del inicio del transporte.

La indemnización será igual al valor de reposición de su Equipaje Registrado y su contenido, hasta cubrir la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro.

No se considera pérdida de Equipaje Registrado la confiscación o expropiación del mismo por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.

Esta cobertura estará limitada a un (1) evento por Viaje. El periodo de espera para dictaminar la pérdida de Equipaje Registrado será de quince (15) días naturales contados a partir de sus últimas noticias, las cuales debieron ocurrir durante la vigencia de la Póliza.

4.5.2. GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE

En caso de que la entrega, por parte de Línea de Transporte, del Equipaje Registrado se retrase por un periodo mayor a veinticuatro (24) horas, contadas a partir del momento en que el Asegurado llega a su destino indicado en su ticket de Viaje, la Compañía reembolsará al Asegurado, previa presentación de los comprobantes originales, los Gastos incurridos en artículos de aseo personal y vestimenta, durante el lapso de demora en la entrega de su Equipaje Registrado, hasta la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro.

Esta cobertura aplicará siempre y cuando:

- a. El Asegurado viaje como Pasajero de una Línea de Transporte con itinerarios fijos.
- b. El Equipaje Registrado haya sido entregado por el Asegurado a la Línea de Transporte antes de inicio del transporte.

Esta cobertura estará limitada a un (1) evento por Viaje.

4.6. COBERTURA BÁSICA DE ASISTENCIA TELEDOTOR

El Asegurado tendrá acceso a una Central de Asistencia Médica, a través de la aplicación tecnológica (App) llamada Teledotor, por medio de la cual se podrá poner en contacto con un médico general a través de videollamada o chat, para que, ante cualquier consulta médica, le pueda brindar orientación médica sobre:

- a. La utilización de medicamentos para la prevención de automedicación,
- b. Síntomas o molestias que le estén aquejando al Asegurado,
- c. Temas farmacéuticos e interpretación de exámenes de laboratorio,
- d. En general brindar recomendaciones médicas.

Todo lo anterior se realizará guardando un historial clínico del Asegurado bajo estrictas medidas de confidencialidad en la protección de los datos.

Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo cual el médico no diagnosticará o recetará vía la aplicación.

Es responsabilidad del Asegurado descargar la aplicación de Teledotor para poder utilizar el servicio, el cual se prestará únicamente mientras el Asegurado permanezca de Viaje.

5. EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS

5.1. EXCLUSIONES

5.1.1. EXCLUSIONES GENERALES

La Compañía no pagará indemnización bajo cualquier cobertura de la Póliza, cuando sea atribuible directa o indirectamente, por o a consecuencia de alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

- a. Aviación privada en calidad de tripulante, piloto, mecánico en vuelo o pasajero, en taxis aéreos y/o aeronaves que no pertenezcan a líneas aéreas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros con itinerarios fijos.
- b. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- c. Piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave (servicio comercial y privado).
- d. El Asegurado viaje como conductor o pasajero de motocicletas cuando este no sea su medio de transporte habitual, y/o vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres.
- e. Realización de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, motonáutica y cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- f. Siempre que el pago de la cobertura, el beneficio o la reclamación que ofrece esta Póliza constituya una infracción de las resoluciones de las Naciones Unidas o las sanciones económicas y comerciales, las leyes o regulaciones locales, la Unión Europea, el Reino Unido, o los Estados Unidos de América.
- g. Cualquier evento que surja o sea a consecuencia directa o indirecta de prohibiciones, regulaciones o intervenciones por parte de las autoridades de Gobierno. Tampoco gozará de cobertura si la autoridad de Gobierno emite una advertencia de no viajar al lugar de destino, a excepción de las advertencias de no viajar por COVID-19.
- h. Evento que surja o sea a consecuencia directa o indirecta de la propagación de una Enfermedad contagiosa o virus que afecte al Asegurado a consecuencia de Enfermedades epidémicas o que provengan directa o indirectamente de una pandemia que haya sido declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el organismo que lo represente, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquier país, localidad o regiones afectadas, a excepción de COVID-19.

Para todas las coberturas a excepción de la Cobertura Básica de Equipaje, la Compañía no pagará indemnización, cuando sea atribuible directa o indirectamente, por o a consecuencia de alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

- a. Condiciones Preexistentes.
- b. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- c. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
- d. Lesiones autoinfligidas o intento de suicidio, sean o no cometidas en estado de enajenación mental.
- e. Muerte o lesiones sufridas por culpa, impericia o negligencia graves del Asegurado como consecuencia de estar en estado alcohólico o por el uso de estimulantes, estupefacientes o cualquier droga ya sea legal o ilegal, excepto si fueron prescritas por un Médico.
- f. Enfermedades mentales.

5.1.2. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- a. La Cobertura de Muerte Accidental Durante el Viaje no cubrirá infecciones o envenenamientos de cualquier origen, excepto cuando se demuestre que fue por causa accidental durante el Viaje.
- b. La Cobertura Básica de Beneficios Médicos y Dentales no cubrirá:
 - 1. Tratamientos programados con anticipación a la fecha en que se inicia la vigencia del aseguramiento individual.
 - 2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nervioso, neurosis psicosis, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un Accidente ocurrido durante el Viaje.
 - 3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que las afecciones surjan a consecuencia de un Accidente ocurrido durante el Viaje.
 - 4. Afecciones de la columna vertebral, hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente ocurrido durante el Viaje.
 - 5. Anomalías congénitas y condiciones que resulten o surjan de las mismas.
 - 6. Diagnóstico y tratamiento de acné.
 - 7. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos el deterioro de la visión o de la audición sea causado por Accidente ocurrido durante el Viaje.

8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter, estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un Accidente ocurrido durante el Viaje.
 9. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
 10. Tratamientos dentales, alveolares, o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente ocurrido durante el Viaje y que originen lesiones en dientes naturales.
 11. Enfermedades de transmisión sexual.
 12. Costos de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.
 13. Exámenes médicos generales, para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.
 14. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH positivo.
 15. Cualquier Gasto que no sea usual, razonable o acostumbrado en el lugar y momento en que se incurre en dicho Gasto.
 16. Intervención quirúrgica o tratamiento de carácter preventivo.
 17. Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.
- c. La Cobertura Básica de Equipaje, no cubrirá:
1. La pérdida de: Animales; Automóviles o equipos y/o partes de automóvil; Cualquier vehículo de transporte y sus accesorios (excepto bicicletas cuando se registre como equipaje); Menaje de casa; Anteojos o lentes de contacto; Dientes postizos o puentes dentales; Audífonos; Miembros proteicos; Instrumentos musicales; Dinero o títulos mobiliarios; Billetes; Dinero; Documentos; Artículos perecederos o de consumo; Instrumentos musicales; Radios y bienes similares; Objetos de arte; Equipo electrónico.
 2. Pérdidas o hurtos parciales de cualquier tipo.
 3. Rotura o daños del Equipaje Registrado.
 4. Desgaste natural o deterioro gradual.
 5. Destrucción o expropiación por cualquier Gobierno, aduanas o agencias del Gobierno.
 6. Daños ocasionados por contaminación, insectos o plagas.
 7. Rotura de cualquier tipo de cámaras.

5.2. SUMA ASEGURADA

Las sumas aseguradas que amparará la Compañía para cada cobertura se encuentran detalladas en el Certificado de Seguro de cada Asegurado, de acuerdo con el plan contratado. La responsabilidad máxima de la Compañía en ningún caso excederá la suma asegurada establecida para cada una de las coberturas según el detalle del Certificado de Seguro.

5.3. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para efectuar la disputabilidad de esta Póliza, será de dos (2) años, contados a partir de la contratación o bien a partir de cualquier aumento de suma asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

5.4. PERIODO DE COBERTURA

El presente seguro ampara exclusivamente los siniestros que ocurran durante un Viaje, siempre y cuando dicho Viaje se realice dentro del período de vigencia del aseguramiento individual descrito en el Certificado Individual de Cobertura.

En los casos en que la vigencia del aseguramiento individual sea de un (1) año, el Asegurado podrá hacer uso de las coberturas contratadas únicamente para un evento que ocurra durante un (1) Viaje que realice dentro de dicho período anual, sin importar la cantidad de viajes que efectúe. La Póliza quedará sin efecto una vez que el Asegurado haya hecho uso de cualquiera de las coberturas.

5.5. TERRITORIALIDAD

Las Coberturas sólo se aplicarán respecto de hechos ocurridos en el país declarado como destino de Viaje en el Certificado de Seguro.

6. BENEFICIARIOS

El Asegurado será el único Beneficiario para todas las coberturas de la Póliza excepto para la Cobertura Básica de Muerte Accidental en la cual el Asegurado designará a uno o más Beneficiarios. Tal designación la hará el Asegurado al momento de adherirse a la Póliza y estos quedarán descritos en el Certificado de Seguro.

Cuando no se designe Beneficiarios, o la designación se torne ineficaz o el seguro se quede sin Beneficiarios por cualquier causa, se considerarán Beneficiarios a los herederos legales establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad se deben nombrar estos y no sus tutores o representantes legales. Las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares Si se nombra en el seguro como representante a un mayor de edad, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad.

7. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador y Asegurado, tendrán las obligaciones descritas a continuación, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza o el aseguramiento individual en caso de que el Tomador o el Asegurado incumpla con alguna obligación.

7.1. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

- a. Pagar la prima correspondiente por la totalidad de Asegurados que conforman el grupo asegurado dentro de los plazos establecidos.
- b. Cumplir con la entrega de información para el Registro de Asegurados, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes.
- c. Colaborar con la Compañía para facilitar la comunicación con los Asegurados y llevar a cabo las gestiones necesarias durante el procedimiento en caso de siniestro.
- d. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo y para la presentación de reclamos.
- e. Cuando exista un intermediario de seguros, el Tomador tiene la obligación de informar a los asegurados sobre su participación. Si se trata de una sociedad corredora de seguros, debe especificar si proporciona asesoramiento con honorarios que serán asumidos por el Tomador, y proporcionar una descripción detallada de sus obligaciones y responsabilidades.
- f. En caso de que la inclusión del Asegurado en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador deberá especificar a los Asegurados de manera clara y precisa si la contratación de la Póliza es obligatoria u opcional para los miembros del grupo asegurable.
- g. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan a el Asegurado.

Si el Tomador incumple alguna de las funciones descritas y esto causa un daño al Asegurado, estará obligado a resarcir los daños y perjuicios ocasionados. La Compañía podrá asumir inicialmente la indemnización por la pérdida al Asegurado; en ese caso, el Tomador deberá reembolsar a la Compañía el monto indemnizado.

7.2. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a. Realizar el aporte económico correspondiente para el pago de la prima, cuando se establezca bajo la modalidad contributiva.
- b. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo y en la presentación de siniestros.
- c. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

8. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

En caso de omisión y/o inexactitud en la que incurra el Tomador o el Asegurado, se procederá según lo establecido en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

9. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador y Asegurado se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario "Conozca a su Cliente" el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso de que el Tomador incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador o al Asegurado, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del seguro.

10. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La prima o tarifa de seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Seguro y para su determinación, serán calculadas según el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado verificándola con la fecha de nacimiento indicada en el Certificado de Seguro. La compañía podrá ajustar el valor de la prima cuando el Asegurado supere el grupo etario como se muestra a continuación:

Grupo Etario	Ajuste que se aplica sobre la prima del grupo etario anterior
De 76 años a más.	Hasta un 200%

No se trata de un recargo en la prima si no tarifas niveladas por grupo etario.

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la Póliza, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de renovación. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la tarifa del seguro.

11. PAGO DE LA PRIMA

Si la modalidad del pago de la prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como Contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la prima que será asumida por el Tomador y la proporción del aporte económico que el Asegurado deberá realizar al Tomador para el pago de la prima; esta proporción estará indicada en el Certificado de Seguro, el pago de la prima será de pago anticipado, por lo que el Asegurado deberá realizar el aporte económico al Tomador en su totalidad al momento de adherirse al seguro. Si la modalidad del pago se establece como no contributiva, el Tomador pagará la totalidad de la prima.

Sin perjuicio de la modalidad de pago de la prima, la responsabilidad del pago total de la prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador.

12. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En la presente Póliza bajo ningún caso se aceptarán cancelaciones, modificaciones ni devoluciones de prima.

13. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

En caso de que el Asegurado necesite reportar un evento o requiera conocer el estado de reclamos presentados, deberá comunicarse al siguiente número **(+506) 4404-4293 o por WhatsApp al +54 (911) 2472-6164**.

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deber ser notificado a la Compañía de forma inmediata.

Documentación e Información que se debe presentar en caso de reclamo:

1. Entrega del formulario de reclamación suministrado por la Compañía completo y firmado.
2. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.

Para la **Cobertura Básica de Muerte Accidental, la Cobertura Básica de Desmembramiento durante el Viaje, la Cobertura Básica de Beneficios Médicos y Dentales y la Cobertura Básica de Cancelaciones y Cambios de Viaje**, además de los documentos señalados anteriormente deberá presentar:

3. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde se dio el evento, en caso de fallecimiento.
4. Historia Clínica.
5. Expediente Médico del Hospital donde fue tratado.
6. Recetas médicas emitidas por el Médico tratante.
7. Demostrar fehacientemente que la causa del evento fue accidental o de Enfermedad no preexistente.
8. Resultados de pruebas médicas.
9. Facturas electrónicas o facturas proforma con detalle de los Gastos médicos o dentales sobre los que se solicita el pago o reembolso.

Adicionalmente para la **Cobertura Básica de Cancelaciones y Cambios de Viaje** se deberá presentar:

1. Los originales extendidos a nombre del Asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los contratos de Viaje, pasajes, vales de hotelaría u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción.
2. Carta explicativa con las razones de la interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el Asegurado celebró el contrato de Viaje, en la devolución de los valores pagados o adeudados.

Para la **Cobertura Básica de Equipaje**, además de los documentos señalados anteriormente deberá presentar:

1. Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales, en caso de que aplique.
2. Informe comprobante de la pérdida emitido por el Transporte Público Autorizado responsable ("Property Irregularity Report" o "PIR") o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del Equipaje Registrado extraviado, o la declaración por ítem contenido en el Equipaje Registrado.
3. Boleto original del registro del equipaje.
4. Denuncia presentada ante autoridades competentes por el Robo de los bienes propiedad del Asegurado.
5. Documento de identidad cuando el viaje es en el país, o copia del Pasaporte si se trata de un viaje fuera del territorio de Costa Rica.
6. Copia de tiquete de transporte.

Cualquier documento emitido en el extranjero deben entregarse con la certificación consular o el trámite de apostilla respectiva.

La Compañía podrá requerir información adicional que estime pertinente.

14. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la cláusula Procedimiento en caso de Reclamación o Siniestro.

En caso de que la Compañía acepte el reclamo presentado, la indemnización o prestación del servicio se realizará en un plazo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de aceptación del reclamo.

15. VIGENCIA

15.1. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

El periodo de vigencia de la Póliza Colectiva será anual (doce meses), la cual inicia y termina en las fechas y horas indicadas en la Solicitud de Seguro. La Póliza es renovable anual y automáticamente por periodos iguales de manera indefinida, salvo alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento o que el Tomador se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial.

15.2. VIGENCIA DEL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL

La vigencia de cada aseguramiento individual se establece en el Certificado de Seguro y comenzará a partir de la fecha en que se completa el Certificado de Seguro.

Para la **Cobertura Básica de Cancelaciones y Cambios de Viaje**, el inicio de vigencia será ocho (8) días posteriores al inicio del viaje y terminará en el momento en que inicia el Viaje cubierto.

16. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza se dará por terminada cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- A solicitud expresa del Tomador.
- Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- Cuando exista mora en el pago de la prima y se proceda conforme a lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.
- Por encontrarse el Tomador en alguna de las situaciones contempladas en la sección Limitación por Sanciones de estas condiciones.

En caso de que se lleve a cabo la terminación anticipada de la Póliza, el Tomador le comunicará a los Asegurados con treinta (30) días de anticipación a la terminación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados al medio que el Asegurado exprese en el Certificado de Seguro.

17. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura para cada Asegurado terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable.
- Fallecimiento del Asegurado.
- El Tomador solicite la baja del Asegurado.
- La Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- Por encontrarse el Asegurado o Beneficiario en alguna de las situaciones descritas en la sección Limitación por Sanciones de estas condiciones.

En cualquiera de los casos anteriores, la Compañía se obliga a notificar al Asegurado la terminación de su aseguramiento individual al medio que el Asegurado exprese en el Certificado de Seguro a fin de que tenga la posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

18. CONDICIONES VARIAS

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Esta Póliza es un seguro colectivo, con coberturas básicas, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción. La Póliza operará bajo modalidad contributiva o no contributiva según se indique en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Seguro.

B. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados, todas aquellas personas que residen en Costa Rica y que sean parte del grupo asegurable del Tomador.

C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DEL TOMADOR

La Solicitud del Seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Compañía deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Compañía no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Compañía deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. Si el Tomador no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso de que el Tomador ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

D. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de esta Póliza serán expresados en la moneda que se indique en el Certificado de Seguro, dólares de los Estados Unidos de América o colones costarricenses.

En caso de que el seguro sea contratado en dólares, se realizará al de cambio de venta vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que se efectúe. Cuando el pago no se haga en una institución financiera, se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

E. COMISIÓN DEL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Por la gestión y administración de la Póliza, la Compañía podrá reconocer una comisión al Tomador o al Intermediario de Seguro que constará en el Certificado de Seguro, para conocimiento del Asegurado. Cuando corresponda, esta comisión incluirá todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de la Póliza, aún los costos indirectos en los casos donde los miembros del grupo asegurable decidan optar por otro seguro.

F. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al grupo asegurable y desee formar parte del grupo de Asegurados deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de solicitud de inclusión como Asegurado.

G. CERTIFICADO DE SEGURO

La Compañía emitirá un Certificado de Seguro que el Tomador entregará al Asegurado como constancia de adhesión al seguro, indicando las fechas de inicio de la vigencia del aseguramiento individual y la suma asegurada para cada cobertura.

H. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador, la Compañía llevará un registro de Asegurados que trasladará al Tomador *en cada renovación*, en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, coberturas, sumas aseguradas, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, así como el número de Certificado de Seguro que le corresponde. El Tomador será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el reporte de Asegurados con la siguiente información:

- a. La lista de los nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como

Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada y demás requisitos establecidos por la solicitud de inclusión.

- b. La lista de los Asegurados para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

I. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL

La Aseguradora y el Tomador informarán al Asegurado las modificaciones que correspondan con un plazo de treinta (30) días naturales previos a la fecha de efectividad de la modificación.

En el mismo plazo y previo a la fecha de efectividad de la terminación, la Compañía y el Tomador informarán al Asegurado la terminación de la Póliza o el aseguramiento individual.

En ambos casos, la notificación se efectuará por el medio que el Asegurado exprese en el Certificado de Seguro.

J. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada a la Compañía tanto por el Tomador como por el Asegurado será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte del Asegurado en lo que refiere a su información personal, o ante requerimiento de la autoridad competente.

K. TRASPASO O CESIÓN

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que, de sus derechos sobre el seguro, haga el Asegurado o Tomador.

L. LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento al terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales incluyendo pero sin limitar la generalidad de los anterior; los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas a eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentren o sean mencionados en una de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o pertenezcan a países incluidos en dichas listas y /o cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento al terrorismo, guerras y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masivas.

En consecuencia, la materialización de alguna de las situaciones anteriormente descritas faculta a la Compañía para dar por terminada la Póliza, o el aseguramiento individual cuando corresponda, de forma inmediata sin responsabilidad alguna.

M. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta Póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

N. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de un Certificado de Seguro, según el caso, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del interesado. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

O. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

En caso de que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza.

19. CONTROVERSIAS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses, de conformidad con la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N. 7727 del 09 de setiembre de 1997. En caso de optar por un arbitraje, las partes conforme a las reglas estipuladas en la citada Ley escogerán o designarán al Tribunal Arbitral, pudiendo recurrir a cualquier centro dedicado a la administración de este tipo de procedimiento que elegirán de común acuerdo.

20. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador en la Solicitud de Seguro y cada Asegurado en el Certificado de Seguro según sea el caso. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en el Certificado de Seguro de la Póliza por medio de Anexo.

En caso de que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las consultas sobre las condiciones de esta Póliza podrán ser atendidas a través del número telefónico (+506) 2503-2700, el correo servicio@assanet.com, o el sitio web www.assanet.cr al cual pueden acceder tanto el Tomador, el Asegurado, como los miembros del grupo asegurable para recibir la información y asesoría que necesiten.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 bajo el registro número P19-57-A05-1084 de fecha 13 de julio de 2023 con fecha de actualización 12 de noviembre del 2025.