



CONDICIONES GENERALES

ENFERMEDADES GRAVES

SECCIÓN I - ÍNDICE

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

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 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: (Enfermedad Grave). 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 TaNOM0 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.

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)

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

Condición Preexistente: Condición de la Persona Asegurada que haya sido diagnosticada por un médico, haya recibido previamente servicios, tratamiento o se haya practicado exámenes de diagnóstico, haya estado al tanto o que sus síntomas no pudieron pasar desapercibidos por el Asegurado o terceros al momento 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 anomalía sintomática, por ejemplo, los reflejos abruptos 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 integralmente con las presentes condiciones.

Enfermedad Grave: Se refiere a las siguientes condiciones o enfermedades, según la definición específica de cada una en este seguro, conforme sean diagnosticadas por un Médico Legalmente Autorizado 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 período 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)

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.

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 en este seguro, 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.

Quemaduras Mayores: son quemaduras de tercer grado en adelante, que cubren al menos el 20% de la superficie corporal, con supervivencia de al menos 30 días. (Enfermedad Grave)

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)

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, privará lo más beneficioso para el consumidor de seguros.

SECCIÓN IV - ÁMBITO DE COBERTURA

Artículo 3 - Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave (Básica)

Si la Persona Asegurada es diagnosticada con una Enfermedad Grave cubierta por primera vez, según las definiciones de este seguro, Sagicor brindará un apoyo económico equivalente a la Suma Asegurada en función del plan elegido. Finalizados 365 días naturales a partir del primer diagnóstico de la Enfermedad Grave, se dará por finalizada la cobertura del seguro.

En caso de 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 para la cobertura de Muerte.

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 4 - Muerte por causa de Enfermedad Grave (Básica)

En caso de muerte de la Persona Asegurada por una Enfermedad Grave cubierta, según las definiciones de este seguro, se indemnizará a favor de los Beneficiarios designados la Suma Asegurada en función del plan elegido. No se considera una muerte cubierta por este seguro la que ocurra luego de transcurridos 365 días naturales desde el momento del diagnóstico por primera vez de la Enfermedad Grave cubierta por este seguro.

El pago de una indemnización por muerte de la Persona Asegurada extingue el presente seguro, dando por devengada la totalidad de la prima.

- Forma de pago: un único pago a favor de los Beneficiarios designados.

Artículo 5 - Hospitalización por causa de Enfermedad Grave (Básica)

En caso que la Persona Asegurada sea hospitalizada a causa directa de la Enfermedad Grave cubierta, según las definiciones de este seguro, prescrita por un Médico Legalmente Autorizado, Sagicor pagará la suma asegurada en función del plan elegido. En caso de que la Persona Asegurada fallezca previo a la presentación de la Solicitud de Indemnización será pagado a los Beneficiarios designados en la cobertura de Muerte.

No se cubrirá las hospitalizaciones por tratamientos que no sean a causa de una Enfermedad Grave, incluyendo, pero sin limitarse a 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 por evento a favor de la Persona Asegurada, o a los Beneficiarios en caso de muerte. El pago podrá ser solicitado al finalizar la hospitalización o cada vez que acumule 5 días cubiertos.
- Deducible: 2 (dos) días de hospitalización por evento. La suma será pagadera únicamente en caso de superar dicho plazo de hospitalización.

Artículo 6 - Exclusiones generales

Este seguro no cubre bajo ninguna circunstancia eventos relacionados con:

- Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.
- Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave de la Persona Asegurada o beneficiario.

Específicamente, este seguro no cubre eventos relacionados con:

A. Cobertura: Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave

Diagnóstico de la Persona Asegurada:

- 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.

Artículo 7 - Periodo de carencia

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

Coberturas	Periodo
Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave	3 meses
Muerte por causa de Enfermedad Grave	3 meses
Hospitalización por causa de Enfermedad Grave	3 meses

Artículo 8 - 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 contratar más de una póliza de este producto hasta tener como máximo el equivalente a la suma asegurada del plan más alto de este seguro.

Artículo 9 - 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 10 - Delimitación geográfica

Este seguro cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo.

SECCIÓN V - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Artículo 11 - 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 12 - 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 el 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 13 - 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 14 - Obligaciones sobre la Prevención de LC/FT/FPAM

Prevención de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y proliferación de armas masivas (LC/FT/FPAM):

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 15 - 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 16 - 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 algún medio expresamente autorizado por Sagicor para facilidad de la Persona Asegurada.

El pago de las primas es mensual o anual según el plan elegido; por lo que las primas deberán ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato.

Artículo 17 - 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 este seguro. Se calculará la siniestralidad para un periodo mínimo de tres años de la siguiente manera:

(Indemnizaciones pagadas + indemnizaciones pendientes) / 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 - 38%	No aplica
39% - 70%	4% - 87%
71% - 85%	89% - 127%
86% - 99%	129% - 164%
100%	+ 167%

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 18 - Recargos y descuentos

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

Se contempla un descuento en caso de pago anual de la prima del seguro de 10.42%, redondeado a la centena más cercana.

Artículo 19 - 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 20 - 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 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 beneficios por Parálisis:

- Presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió a la Persona Asegurada, que deberá incluir el detalle o descripción de la parálisis sufrida.

Para la cobertura Básica Muerte por causa de una Enfermedad Grave:

- Certificado de Defunción, donde se especifique la causa del fallecimiento de la Persona Asegurada.

Para la cobertura Hospitalización por causa de Enfermedad Grave:

- Constancia de la hospitalización con fechas, en la que se detalle el diagnóstico, causa, días que permaneció el (las) Persona Asegurada(s) hospitalizado(s), debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica.

En caso que 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 21 - 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 en disposición legal.

Artículo 22 - Terminación del seguro

En adición a los casos indicados por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, este seguro finalizará por 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.
- Superados los 365 días después del primer diagnóstico de enfermedad grave cubierto.
- 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 cuál 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, cuando el seguro es anual se devolverá la prima no devengada a la fecha de cancelación del seguro.

SECCIÓN X - CONDICIONES VARIAS

Artículo 23 - 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.

Artículo 24 - Requisitos de suscripción

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

- Contar con una tarjeta de crédito, débito, cuenta vigente o medio de pago autorizado.
- 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 completamente por quien ejerza patria potestad sobre el menor

Artículo 25 - 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 26 - Modificación del 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 27 - Moneda

Todos los valores e indemnizaciones bajo este seguro son liquidables en dólares de los Estados Unidos de América o en colones costarricenses, según la moneda en la que haya adquirido este seguro.

No obstante, las obligaciones monetarias podrán efectuarse por el equivalente en colones 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 28 - 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 29 - 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 30 - 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. P20-62-A12-950.



Dersa -
Enfermedades Grave