

INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

INFORMACIÓN SOBRE LA ENTIDAD ASEGURADORA:

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

Opciones de comunicación: Nuestras oficinas se encuentran ubicadas en San José, Escazú, Avenida Escazú, Torre 205, Piso 5; y podemos ser contactados también al teléfono 4080-5200, fax 2208-8817, correo electrónico Costa_Rica@sagicor.com . Nuestra página web está disponible bajo la dirección www.sagicor.cr

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

Procedimiento de quejas y resolución de conflictos: Sin perjuicio de las instancias y procedimientos que establece la legislación vigente, en caso que el Tomador/Asegurado tenga alguna consulta, queja o reclamo, puede optar por las siguientes vías:

- **Consulta Telefónica:** El Tomador/Asegurado puede contactar a nuestro Departamento de Servicio al cliente al teléfono antes indicado.
- **Queja formal escrita:** El Tomador/Asegurado puede presentar un reclamo escrito en nuestras oficinas, en la dirección antes indicada.
- **Jurisdicción y Arbitraje:** En caso de reclamos o disputas, serán competentes los Tribunales de San José, Costa Rica. No obstante lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje de forma voluntaria e incondicional. El arbitraje será de derecho y se realizará según lo establecido en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio (CICA).
- **Respuesta Oportuna:** El Tomador/Asegurado tiene el derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten personalmente, o por medio de su representante legal, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales a partir de la presentación de la documentación respectiva.

Calificación de riesgo: Según la última calificación de riesgo emitida en diciembre 2017 Aseguradora Sagicor tiene una calificación BBB.

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

INFORMACIÓN SOBRE EL PRODUCTO:

Nombre del producto: Kinergy.

Modalidad de contratación:

Este seguro colectivo constituye una modalidad de seguro contratado por cuenta de un tercero y cuenta con la posibilidad de contratarse bajo las siguientes modalidades:

- Contributiva: Los Colaboradores contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
- No-contributiva: La Empresa paga la totalidad de la prima.

La misma debe ser detallada en las Condiciones Particulares. En el caso de modalidad contributiva, Sagicor podrá reconocer una comisión al Tomador por su gestión de cobro y administración de la póliza.

Requisitos para el aseguramiento:

La Empresa debe velar por que las personas que sean incluidas a la póliza colectiva:

- Pago y Recaudo de Prima: La Empresa deberá pagar a Sagicor la totalidad de la prima convenida conforme a los plazos estipulados en esta póliza. En el caso de modalidad contributiva, la Empresa realizará la gestión de recaudo respectivo de la porción correspondiente a los Colaborador.
- Registro de los Colaboradores: La Empresa debe mantener un registro completo de los Colaboradores miembros del Grupo Asegurado de donde se pueda deducir la edad del Colaborador, el monto original del seguro en la fecha de vigencia de la cobertura, la suma asegurada vigente en cualquier momento y el número total de Colaboradores al final del mes.
- Informes: La empresa aportará un reporte mensual con los datos de los nuevos ingresos y exclusiones del producto.
- Elegibilidad: La Empresa debe velar por que todos los Colaboradores cuenten con una característica pre-establecida común (por ejemplo un Equipo, Rango Salarial o, idealmente a todos sus colaboradores). Se requiere una cantidad mínima de 19 Colaboradores por Empresa que cumplan con el requisito de elegibilidad para contratar la Póliza Kinergy.

Prima:

La Prima se determinará por plan por mes por persona para cada Empresa; la misma constará en la Solicitud de Seguro y en el Certificado de Seguro. Las empresas tendrán acceso a planes de cobertura según la cantidad de Colaboradores, del mismo modo la prima mensual será determinada según la cantidad de Colaboradores asegurados. En caso de la modalidad contributiva la prima es exigible a la Empresa, pero los Colaboradores contribuirán para dicha prima en el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares.

- Frecuencia: Las primas se facturarán mensualmente y no existirá recargo por fraccionamiento.
- Inclusiones y Exclusiones: Las primas por mes por persona se cobrarán y devengarán mes completo si la fecha de ingreso o inclusión es anterior al día 15 de cada mes; de lo contrario se

cobrarán y devengarán mes completo a partir del mes siguiente. De la misma forma las exclusiones realizadas a partir del 15 de cada mes se tomarán por cobradas y devengadas en su totalidad; y de lo contrario si se excluyen antes de dicha fecha no se cobrará ninguna suma.

- **Período de Gracia:** Se permitirá un período de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.
- **Ajustes en las primas:** Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación, Sagicor tiene derecho a ajustar las primas por plan por mes por persona, para lo cual brindará una notificación de al menos 30 días antes de la fecha de renovación respectiva. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará con base a un análisis actuarial realizado por Sagicor en función de la siniestralidad del grupo asegurado, y la composición del grupo asegurado. Para estos efectos la siniestralidad se determinará dividiendo la suma de los siniestros pagados y costos directos de beneficios de este producto; entre las primas debidamente pagadas netos de cualquier impuesto aplicable. Se deja constancia que Sagicor no aplicará ajustes individuales a un Colaborador en particular.
- **Impuesto al Valor Agregado:** La prima por plan por mes por persona es neta del Impuesto de Valor Agregado, cuando aplique.

FRECUENCIA

Período de gracia: Se permitirá un período de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

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

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

Periodos de carencia: Esta póliza contempla los siguientes períodos de carencia:

Cobertura	Días
Protección ante Muerte por Cualquier Causa	90
Protección Extra ante Muerte Accidental	0
Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave	90
Protección ante Incapacidad Total y Permanente por Accidente	90
Atención Médica Privada Inmediata y de Calidad	15
Medicina Privada ante Accidentes	15
Dentistas	15
Oculistas	15
Centros de Entrenamiento	15
Salud Nutricional	15
Salud Emocional	15
Apoyo económico por hospitalización (Opcional)	90

Periodo de cobertura:

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

Causas de extinción:

Salvo en los casos de terminación anticipada que permite la ley, esta póliza continuará en vigencia durante su plazo. No obstante, la *Empresa* podrá terminar anticipadamente esta póliza o bien de previo a su renovación, por medio de un aviso con al menos 30 días calendario de anticipación. Será condición y requisito absolutamente indispensable para dicha terminación anticipada o no renovación, que la *Empresa* brinde adicionalmente un preaviso a Sagicor con al menos 45 días calendario de anticipación, a fin de que Sagicor proceda a informar de dicha solicitud a los Asegurados mediante un comunicado, a efecto que sus intereses no se vean afectados. La *Empresa* deberá brindar toda colaboración requerida por Sagicor para proceder con este comunicado.

Terminación de cobertura de asegurados individuales:

En relación a los *Colaboradores* que sean incluidos en la póliza colectiva se dará por finalizada la cobertura de forma inmediata cuando se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si por alguna razón el *Colaborador* deja de laborar en la *Empresa* o por alguna razón la característica común que comparte con el *Grupo Asegurado* dejara de existir.
- Fecha de la muerte o invalidez total y permanente del Asegurado.
- Tras la terminación de la póliza colectiva por cualquier causa.

COBERTURAS DISPONIBLES Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS:

Esta póliza contempla las siguientes coberturas y exclusiones específicas:

Cobertura Básica:

Protección ante Muerte por Cualquier Causa (Básica)

En caso que el *Colaborador* muera por una causa no excluida, Sagicor girará a sus *Beneficiario(s)* la Suma Asegurada para esta cobertura.

- Forma de Pago: Un único pago a cada uno de los *Beneficiario(s)* por el porcentaje o monto que les corresponda.
- Copago: No hay, los *Beneficiario(s)* reciben el 100% del monto de Suma Asegurada.

Atención Médica Privada Inmediata y de Calidad (Básica)

Sin necesidad de ocurrencia de un evento en particular el *Colaborador* tendrá acceso a los siguientes beneficios de atención médica privada inmediata y de calidad; solicitando los mismos a través de nuestros canales de atención al Teléfono +506 4080.0776, Whatsapp +506 6060.0776 o Facebook.com/SagicorSeguros.

Atención Médica con Médico General

Asesoría Médica Telefónica: A solicitud del *Colaborador*, Sagicor brindará Asesoría Médica Telefónica por un Médico debidamente inscrito ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

- Límite de Utilización: Ilimitado.
- Copago: No hay

Visita Médica: A solicitud del *Colaborador*, un Médico General de nuestra *Red de Servicios* lo visitará en su lugar de trabajo, hogar o adonde le sea más conveniente. Esta cobertura le ofrece al *Colaborador* los siguientes servicios médicos:

- Aplicación de la primera dosis de medicamentos durante la visita médica.
- Traslado en Ambulancia: Si el médico lo requiere según el diagnóstico el mismo solicitará una Unidad de Soporte Avanzado.
- Límite de Utilización: Ilimitado.
- Copago: Por cada consulta se cancela CRC 5,000 (cinco mil colones).
- Beneficio Familiar: Para efectos de la Visita Médica el *Colaborador* podrá nombrar hasta 3 (tres) *Familiares Directos* que tendrán acceso a este beneficio con las mismas condiciones y sin pagar *Prima* Adicional.

Cita Médico General en Consultorio: A solicitud del *Colaborador*, Sagicor coordinará con un Médico General de nuestra *Red de servicios* una cita en su consultorio.

- Límite de Utilización: 12 citas por año póliza.
- Copago: El *colaborador* paga el 30% del costo total de la consulta y Sagicor se encargará del resto.

Atención Médica con Especialistas

Cita con Médico Especialista: A solicitud del *Colaborador*, Sagicor coordinará una cita con un médico especialista de nuestra *red de servicios*, según sea requerido en las siguientes especialidades: Cardiología, Urología, Ginecología, Ortopedia y Gastroenterología.

- Límite de Utilización: Seis (6) citas no acumulables por *año póliza* independientemente del profesional seleccionado para cada caso.
- Copago: El *colaborador* paga el 30% del costo total de la consulta y Sagicor se encargará del resto.
- Cancelación o reprogramación: En caso que el *Colaborador* deba cancelar o reprogramar la misma cita, deberá informar a Sagicor con al menos 24 horas de antelación, caso contrario, se tendrá por utilizada la cita para efectos de los límites de uso antes indicados.

Exámenes Diagnosticados

Exámenes de Laboratorio: En caso de ser referido por un Médico de la *Red de Servicio* (Artículo 8), Sagicor coordinará la realización de Exámenes de Laboratorio que haya referido dicho Médico, conforme a la lista de exámenes elegibles que se detalla en www.kinergycr.com.

- Límite de Utilización: DIEZ (10) Exámenes de Laboratorio por *año póliza*, no acumulables.
- Copago: El *Colaborador* paga el 30% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Examen de Rayos X: En caso de ser referido por un Médico de la *Red de Servicio* (Artículo 8), Sagicor coordinará la realización de un examen de rayos X.

- Límite de Utilización: UN (1) examen de Rayos X por *año póliza*, no acumulables, según escoja el *Colaborador*.
- Copago: El *Colaborador* paga el 30% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Examen de Ultrasonido: En caso de ser referido por un Médico de la *Red de Servicio* (Artículo 8), Sagicor coordinará la realización de un examen de un Ultrasonido.

- Límite de Utilización: UN (1) examen de Ultrasonido por *año póliza*, no acumulables, según escoja el *Colaborador*.
- Copago: El *Colaborador* paga el 30% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Examen de Electrocardiograma: En caso de ser referido por un Médico de la *Red de Servicio* (Artículo 8), Sagicor coordinará la realización de un examen de electrocardiograma.

- Límite de Utilización: UN (1) electrocardiograma por *año póliza*, no acumulables
- Copago: El *Colaborador* paga el 50% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Medicina Privada ante Accidentes (Básica)

Gastos Médicos por Accidente

En caso de que el *Colaborador* sufra un *Accidente*, Sagicor reembolsará hasta el 80% de los *Gastos Médicos* directamente derivados del mismo, en cualquier *Centro Médico* del país. La protección incluye el tratamiento con el especialista, el uso de los servicios hospitalarios, cirugía y/o cualquier cuidado médico, medicamentos, exámenes clínicos y exámenes de laboratorio diagnosticados como necesarios para la restauración de la salud del *Colaborador*.

- Forma de Pago: Un único pago a nombre del *Colaborador*.
- Copago: Sagicor cubre por reembolso hasta el 80% de los *Gastos Médicos*, sujeto al máximo previsto de la Suma Asegurada por evento cubierto.

Fisioterapia

Esta Cobertura le brinda acceso al *Colaboradora* (seis) 6 sesiones de Fisioterapia, en caso que el Médico tratante así lo diagnostique luego de la ocurrencia de un *Accidente* cubierto por la Póliza Kinergy.

- Límite de Utilización: Seis (6) citas por *Accidente* cubierto.
- Copago: El *Colaborador* paga el 50% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Cobertura Opcional:

Protección Extra ante Muerte Accidental (Opcional)

En caso que el *Colaborador* muera a causa de un *Accidente* no excluido, Sagicor girará a sus *Beneficiario(s)* la Suma Asegurada para esta cobertura. Esto, siempre y cuando la muerte del *Colaborador* sea resultado directo de un *Accidente* no excluido y la muerte ocurra al momento del *Accidente* o hasta dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha del evento, independientemente de que el *Año Póliza* hubiera terminado.

- Forma de Pago: Un único pago a cada uno de los *Beneficiario(s)* por el porcentaje o monto que les corresponda.
- Copago: No hay, el/los *beneficiario(s)* reciben el 100% del monto de Suma Asegurada.

Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave (Opcional)

En caso que el *Colaborador* sea diagnosticado de padecer una *Enfermedad Grave* por primera vez, Sagicor brindará un apoyo económico equivalente a la Suma Asegurada para esta cobertura. *Accidente Cerebrovascular*

- *Cáncer*
- *Ceguera*
- *Coma*
- *Esclerosis múltiple*
- *Infarto al Miocardio*
- *Insuficiencia Renal*
- *Parálisis*
- *Pérdida del habla o mudéz*
- *Sordera*

- Forma de Pago: Un único pago a nombre del *Colaborador*.
- Copago: No hay, el *Colaborador* recibirá el 100% del monto de Suma Asegurada y lo podrá usar a su libre disposición.

Protección ante Incapacidad Total y Permanente por Accidente (Opcional)

En caso que el *Colaborador* sufra una Incapacidad Total y Permanente por causa directa de un *Accidente*, Sagicor brindará un apoyo económico equivalente a la Suma Asegurada para esta cobertura.

- Forma de Pago: Un único pago a nombre del *Colaborador*, quien lo podrá usar a su libre disposición.
- Deducible: No hay.

Apoyo económico por hospitalización (Opcional)

En caso que el *Colaborador* sea hospitalizado por un periodo superior a 3 días consecutivos, Sagicor brindará un apoyo económico de \$50 por día adicional.

- Forma de Pago: Un único pago a nombre del *Colaborador*, 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 consecutivos, por evento y un máximo de noventa (90) días por *año póliza*.

Dentistas (Opcional)

Sin necesidad de ocurrencia de un evento en particular el *Colaborador* tendrá acceso a los siguientes beneficios; solicitando los mismos a través de nuestros canales de atención al Teléfono +506 4080.0776, Whatsapp +506 6060.0776 o Facebook.com/SagicorSeguros.

Limpieza Dental

A solicitud del *Colaborador*, Sagicor coordinará con un Dentista de la *Red de servicios* la cita en su consultorio.

- Límite de Utilización: Dos (2) citas no acumulables por *año póliza*.
- Copago: El *Colaborador* paga el 0% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Emergencias Dentales

A solicitud del *Colaborador*, Sagicor coordinará con un Dentista de la *Red de servicios* la revisión de una *emergencia dental* en su consultorio.

- Límite de Utilización: Ilimitado

- Copago: El *Colaborador* paga el 30% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Oculistas (Opcional)

Sin necesidad de ocurrencia de un evento en particular el *Colaborador* tendrá acceso a los siguientes beneficios; solicitando los mismos a través de nuestros canales de atención al Teléfono +506 4080.0776, Whatsapp +506 6060.0776 o Facebook.com/SagicorSeguros.

Revisión Oftalmológica

A solicitud del *Colaborador*, Sagicor coordinará con un Oculista de la *red de servicios* una cita en de revisión en su consultorio.

- Límite de Utilización: Una (1) citas no acumulables por *año póliza*.
- Copago: El *Colaborador* paga el 0% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Emergencias Oftalmológicas

A solicitud del *Colaborador*, Sagicor coordinará con un Oculista de la *red de servicios* la revisión de una *emergencia oftalmológica* en su consultorio.

- Límite de Utilización: Ilimitado
- Copago: El *Colaborador* paga el 30% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Centros de Entrenamiento (Opcional)

Sin necesidad de ocurrencia de un evento en particular el *Colaborador* tendrá acceso a ahorrar el 50% del costo de su mensualidad ordinaria en un *Centro de Entrenamiento* dentro la *Red de Servicios*; solicitando los mismos a través de nuestros canales de atención al Teléfono +506 4080.0776, Whatsapp +506 6060.0776 o Facebook.com/SagicorSeguros.

- Límite de Utilización: UNA (1) mensualidad cubierta no acumulable por mes calendario y un total de DOCE (12) máximo por *año póliza*.
- Copago: El *Colaborador* paga el 50% del costo total del examen y Sagicor se encargará del resto.

Salud Nutricional (Opcional)

Sin necesidad de ocurrencia de un evento en particular el *Colaborador* tendrá acceso a los siguientes beneficios de Nutrición; solicitando los mismos a través de nuestros canales de atención al Teléfono +506 4080.0776, Whatsapp +506 6060.0776 o Facebook.com/SagicorSeguros.

Consultas telefónicas con Nutricionista:

A solicitud del *Colaborador*, Sagicor brindará Asesoría Telefónica con un Nutricionista.

- Límite de Utilización: Ilimitado.
- Copago: No hay

Cita con Nutricionista:

A solicitud del *Colaborador*, Sagicor coordinará con un Nutricionista de nuestra *red de servicios* una cita en su consultorio.

- Límite de Utilización: UNA (1) cita no acumulable por mes calendario y un total de DOCE (12) máximo por *año póliza*.
- Copago: El *colaborador* paga el 30% del costo total de la consulta y Sagicor se encargará del resto.

Salud Emocional (Opcional)

Sin necesidad de ocurrencia de un evento en particular el *Colaborador* tendrá acceso a ahorrar el 50% del costo de su cita con un Psicólogo o *Programador Neuro-Lingüístico* certificado dentro de la *Red de Servicios*; solicitando los mismos a través de nuestros canales de atención al Teléfono +506 4080.0776, Whatsapp +506 6060.0776 o Facebook.com/SagikorSeguros.

- Límite de Utilización: Seis (6) citas no acumulables por *año póliza* independientemente del profesional seleccionado para cada caso.
- Copago: El *Colaborador* paga el 50% del costo total de la consulta y Sagikor se encargará del resto.

EXCLUSIONES GENERALES:

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia eventos ocurridos antes del inicio del periodo de cobertura, y para cada cobertura en cuestión, las siguientes:

Cobertura: Protección por Muerte por Cualquier Causa

- Suicidio del *Colaborador* que ocurra durante los primeros dos años desde que inicia la cobertura para el *Colaborador*.
- Muerte del *Colaborador* a causa de cometer o intentar cometer un delito.
- Muerte del *Colaborador* a causa de actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, esquí acuático y similares, paracaidismo, alpinismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- Muerte del *Colaborador* ocasionada con dolo por el cónyuge del *Colaborador*, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.
- Muerte como resultado directo o indirecto de una Condición preexistente que surja o se manifieste dentro los primeros 12 meses de cobertura.
- Muerte del *Colaborador* como causa directa de un *Accidente* que ocurra fuera del periodo de cobertura.
- Muerte del *Colaborador*, a causa de guerra, invasión, motín, o disturbios civiles.
- Muerte del *Colaborador* causado por o como resultado de conducir o viajar como pasajero en un vehículo (tierra, mar o aire) que participe en cualquier tipo de carrera, prueba de velocidad, prueba de resistencia o que dicho vehículo sea utilizado para acrobacias o trucos de conducción.

Cobertura: Protección Extra ante Muerte Accidental

- Muerte a causa de cualquiera de las exclusiones indicadas anteriormente para la Cobertura: Protección por Muerte por Cualquier Causa.
- Muerte del *Colaborador* que no sean causa directa de un *Accidente*.
- Muerte del *Colaborador* como causa directa de un *Accidente* que ocurra fuera del periodo de cobertura.
- Muerte del *Colaborador* al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- Muerte del *Colaborador* que ocurra luego de transcurridos 365 días naturales desde el momento del *Accidente*.
- Muerte por causa de anomalías congénitas y condiciones que surjan o se originen a causa de hernias o tratamientos dentales.
- Muerte por causa de infecciones bacterianas excepto infecciones piógenas que son causadas por una herida accidental.

- Muerte ocurrida durante un asalto o robo o su tentativa, durante riñas, o por causa de violencia o actos de terceros.

Cobertura: Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave (Opcional)

- La(s) Enfermedad(es) Grave(s) que sean diagnosticadas por primera vez antes de haber adquirido la cobertura y que hubiera transcurrido el Período de Carencia.
- Los *gastos médicos* originados por servicios y/o prestaciones médicas.
- El diagnóstico efectuado por el mismo *Colaborador*, su Cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico especialista.
- Si el *cáncer* está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- El *cáncer* por expansión metastásica o recurrencia. Asimismo, se excluyen los siguientes tumores: (i) Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre; (ii) Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet; (iii) Melanomas y todos los *cánceres* de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow; (iv) Micro-carcinoma papilar de la tiroides; (v) *Cáncer* papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaN0M0 o con una clasificación menor; (vi) Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ, el *cáncer* donde no se haya roto la pared del epitelio basal.
- El *cáncer* in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana.
- *Coma y/o parálisis* que resulte directa o indirectamente a causa del uso de drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- La *ceguera* causada por glaucoma diagnosticado y no tratado.

Cobertura: Protección ante Incapacidad Total y Permanente por Accidente (Opcional)

- La incapacidad sufrida por el *Colaborador* que a la fecha del siniestro, se encuentren pensionados(as) y/o retirados de sus oficios.
- La incapacidad continua y/o generada por una enfermedad, padecimiento, o hecho pre existente a la inclusión del *Colaborador* en la póliza, incluyendo la agravación de padecimientos preexistentes.

Cobertura: Apoyo económico por hospitalización (Opcional)

- Las reclamaciones por daños derivados de actos intencionales o dolosos del Asegurado, incluyendo pero sin limitarse tentativa de suicidio, lesiones auto infligidas, uso de drogas o alcohol, que ocurran durante los primeros dos años desde que inicia la cobertura para el *Colaborador*.
- Hospitalización de cualquier naturaleza que no sea prescrita por un Médico legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- Tratamientos u hospitalizaciones que no sean a causa de enfermedad o accidente, incluyendo pero sin limitarse a convalecencia por tratamientos estéticos, tratamiento por adicciones, tratamientos o cirugías dentales, padecimientos de nariz o senos paranasales.
- Lesión o enfermedad causada por: insurrección o guerra, declarada o no, o a consecuencia de motín, huelga o conmoción civil, por la utilización de armas nucleares o de destrucción masiva, armas químicas, armas de destrucción biológica, terrorismo.

Cobertura: Atención Médica Privada Inmediata y de Calidad (Básica)

- Costos u honorarios por servicios adicionales a los indicados en las Coberturas.
- Costos u honorarios por servicios contratados por el *Colaborador* sin consentimiento de Sagicor y/o a través de proveedores distintos a los Proveedores de Servicio.
- Daños, perjuicios, costos, honorarios, o cualquier consecuencia producto de la desobediencia o actuación contraria del *Colaborador* a las indicaciones de Sagicor o de los Proveedores de Servicio.
- La responsabilidad civil imputable al *centro médico*, médico y/o personal por malpraxis o responsabilidad civil.

Cobertura: Medicina Privada ante Accidentes

- Lesiones o padecimientos del *Colaborador* que no sean causa directa de un *Accidente*, incluyendo pero sin limitarse a lesiones causadas por tentativa de suicidio.
- *Accidentes* sufridos por el *Colaborador* al estar bajo la influencia de alcohol o cualquier droga o estupefaciente.
- Lesiones sufridas por el *Colaborador* fuera del periodo de cobertura.
- Lesiones sufridas por el *Colaborador* a causa de cometer o intentar cometer un delito.
- Lesiones sufridas por el *Colaborador* a causa de actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, esquí acuático y similares, paracaidismo, alpinismo, buceo, bungee jumping, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, boxeo, lucha libre, tiro, tauromaquia.
- Lesiones causadas al *Colaborador* por el cónyuge del *Colaborador*, o cualquiera de sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.
- Lesiones por causa de infecciones bacterianas excepto infecciones piógenas que son causadas por una herida accidental.
- Cualesquiera *gastos médicos* o tratamientos que no sean causa directa de un *Accidente* cubierto.
- Reposición de anteojos, lentes de contacto y prescripciones de los mismos, así como aparatos auditivos.
- Cualquier gasto en exceso de la suma asegurada por evento y por límite anual.
- Honorarios por servicios médicos brindados al *Colaborador* por una persona con quien tenga relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado.
- Lesiones por causa de anomalías congénitas y condiciones que surjan o se originen a causa de hernias o tratamientos dentales.

Exclusiones para efectos de las Coberturas: Dentistas, Oculistas, Salud Nutricional y Centros de Entrenamiento

- Costos u honorarios por servicios adicionales a los indicados en las Coberturas.
- Costos u honorarios por servicios contratados por el *Colaborador* sin consentimiento de Sagicor y/o a través de proveedores distintos a los Proveedores de Servicio.
- Daños, perjuicios, costos, honorarios, o cualquier consecuencia producto de la desobediencia o actuación contraria del *Colaborador* a las indicaciones de Sagicor o de los Proveedores de Servicio.
- La responsabilidad civil imputable al *centro médico*, médico y/o personal por malpraxis o responsabilidad civil.

Exclusiones adicionales para efectos de la Cobertura: Nutrición

- Costos, productos o servicios adicionales al Costo de la Consulta ordinaria, del Centro de Nutrición elegido dentro de la Red de servicio. Cualquier tipo de factura emitida por una persona física o por un comercio no autorizado, siendo que esta cobertura opera únicamente para un Centro de Nutrición que forme parte de la *Red de Servicio*.

Exclusiones adicionales para efectos de la Cobertura: Centros de Entrenamiento

- Costos u honorarios por servicios adicionales a la Mensualidad Básica, ordinaria del *Centro de Entrenamiento* elegido, tales como, pero sin limitarse a Personal Trainer o Entrenador Personal, Paquetes Adicionales, promociones, paquetes de clases ajenas a la mensualidad básica u otros. Cualquier tipo de factura emitida por una persona física o por un comercio no autorizado, siendo que esta cobertura opera únicamente para un *Centro de Entrenamiento* que forme parte de la *Red de Servicio*.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

Desde Sagicor nos comprometemos a gestionar las Solicitudes de Indemnización y Solicitudes de Servicio, no solo dentro de los plazos establecidos de ley, si no que de forma atenta y ágil. Al margen de lo estipulado en este artículo te recomendamos utilizar nuestros canales de atención y servicio para aclarar cualquier duda al respecto de estos procesos.

Solicitudes de Indemnización de parte del Beneficiario

En caso de ocurrencia del siguiente riesgo cubierto (Protección ante Muerte por Cualquier Causa; Protección Extra ante Muerte por *Accidente*) por esta póliza, el o sus *Beneficiario(s)*, según sea el caso, deberán presentar ante Sagicor los siguientes documentos:

- Copia de su identificación
- Formulario de Solicitud de Indemnización aplicable a dicho riesgo

Adicionalmente se deberán presentar los requisitos específicos según la cobertura correspondiente:

Coberturas: Protección ante Muerte por Cualquier Causa; Protección Extra ante Muerte por *Accidente*

- Acta de defunción, Certificado de Defunción o declaración de un médico sobre la causa de la muerte.

Solicitudes de Indemnización de parte del Colaborador

En caso de ocurrencia de los riesgos cubiertos por esta póliza, el *Colaborador* deberá presentar ante Sagicor los siguientes documentos:

- Copia de su identificación
- Formulario de Solicitud de Indemnización aplicable a dicho riesgo

Adicionalmente se deberán presentar los requisitos específicos según la cobertura correspondiente:

Cobertura: Protección ante Primer Diagnóstico de una *Enfermedad Grave*

- Informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al *Colaborador* indicando la fecha de primer diagnóstico.
- Estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio que soporten el diagnóstico en cuestión.

- Informe firmado por el médico especialista que diagnosticó al *Colaborador*, con su criterio sobre la aplicación de esta cobertura según la definición de la misma.

Cobertura: Protección ante *Incapacidad Total y Permanente por Accidente*

- Certificación de incapacidad total y permanente, expedida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).
- Prueba de que el *Colaborador* no se encontraba pensionado o retirado al momento del *Accidente*.
- Informe firmado por el médico que diagnosticó al *Colaborador*, con su criterio sobre la aplicación de esta cobertura según la definición de la misma.

Cobertura: Medicina Privada por Accidentes

- Factura(s) de *Gastos Médicos* incurridos en el *Centro Médico* incluyendo los Honorarios de médico(s) tratante(s), *Gastos Médicos* incurridos en farmacias y/o laboratorios, conforme haya sido dictaminado según corresponda.
- Recetas médicas firmadas por el médico tratante.
- En caso de requerir el servicio de fisioterapia, se deberá presentar la referencia médica firmada por el médico, explícitamente refiriendo el servicio de fisioterapia y la cantidad de sesiones requeridas.

Solicitudes de Beneficios de parte del Colaborador

Coberturas: Atención Médica Privada, Dentistas, Oculistas, Mensualidades de Entrenamiento, Nutricionistas, Apoyo Emocional

- Para la aplicación de las Coberturas no se requiere cumplir con presentación de documentos previos, únicamente debe solicitarse el servicio respectivo conforme antes indicado.

Todo reclamo bajo esta póliza deberá comunicarse de las siguientes manera: (i) físicamente a nuestras oficinas ubicadas en Avenida Escazú, Torre 205, Piso 5 en San Rafael de Escazú, San José; (ii) al correo Reclamos@sagicor.com; (iii) en la línea de Servicio al Cliente al 4080-0776, a nuestro Whatsapp +506 6060-0776 o por correo SCR_Servicioalcliente@sagicor.com.

Nota sobre documentos de soporte para la Resolución de Solicitudes de Indemnización: En caso que sea requerido, si alguno de los anteriores documentos es presentado en un idioma distinto al español Sagicor podrá solicitar una traducción oficial a dicho idioma. Asimismo, si algún documento oficial fuera emitido por una autoridad fuera de Costa Rica, el documento deberá presentarse debidamente legalizado mediante el trámite consular aplicable.

Indisputabilidad: La validez de la póliza y sus coberturas será indisputable después de haber estado en vigor durante un período de dos (2) años, excepto por falta de pago de la prima o en presencia de un fraude.

Beneficiarios: Los beneficiarios se comprometen a seguir y respetar el proceso indemnizatorio detallado en este documento, y colaborar con Sagicor en la inspección y demás diligencias que requiera la Resolución de su Solicitud de Indemnización.

Para efectos de reclamos por siniestros, se le recuerda que nuestras oficinas se encuentran ubicadas en San José, Escazú, Avenida Escazú, Torre 205, Piso 5; y podemos ser contactados también al teléfono 4080-5200, fax 2208-8817, correo electrónico Costa_Rica@sagicor.com.
