



**SEGURO COLECTIVO DAVIDA
PROTECCIÓN CANCER**

DAVIVIENDA SEGUROS (COSTA RICA) S.A

**SEGURO COLECTIVO DAVIDA
PROTECCIÓN CANCER**

CONDICIONES GENERALES

Contenido

CONDICIÓN 1°.-	DEFINICIONES.....	5
CONDICIÓN 2°.-	TÉRMINOS DEL CONTRATO	9
CONDICIÓN 3°.-	COBERTURAS	9
3°.1.	Cobertura – Primer Diagnóstico de Cáncer:	9
3°.2.	Cobertura – Beneficio Adicional por Cáncer in situ:.....	9
3°.3.	Cobertura – Beneficio Adicional por Cáncer Específico:.....	9
3°.4.	Cobertura – Beneficio Adicional por Hospitalización:.....	10
3°.5.	Cobertura – Beneficio Adicional por Muerte:	10
3°.6.	Cobertura – Plan de Asistencias:.....	10
CONDICIÓN 4°.-	SUMA ASEGURADA	10
CONDICIÓN 5°.-	PERÍODO DE CARENCIA	11
CONDICIÓN 6°.-	EXCLUSIONES.....	11
CONDICIÓN 7°.-	PERÍODO DE COBERTURA Y DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.	12
CONDICIÓN 8°.-	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.	13
CONDICIÓN 9°.-	OBLIGACIONES DEL ASEGURADO, BENEFICIARIO Y DEL TOMADOR	13
9°.1.	EL ASEGURADO	13
9°.2.	EL BENEFICIARIO	14
9°.3.	EL TOMADOR	14
CONDICIÓN 10°.-	PRIMA.....	15
10°.1.	Cálculo de la prima	15
10°.2.	Fraccionamiento, Periodicidad y Pago De Primas.....	15
10°.3.	Medios de pago	16
10°.4.	Prima Devengada	16
10°.5.	Descuentos Y Recargos	16
CONDICIÓN 11°.-	TRÁMITE DE RECLAMACIÓN Y SOLICITUD DE ASISTENCIAS	17
11°.1.	Aviso de Siniestro	17
11°.2.	Solicitud de Asistencias	17
CONDICIÓN 12°.-	OBLIGACIÓN DE DAR RESPUESTA OPORTUNA AL RECLAMO E INDEMNIZAR. 17	
CONDICIÓN 13°.-	VIGENCIA	18
CONDICIÓN 14°.-	PRÓRROGA O RENOVACIÓN	18
CONDICIÓN 15°.-	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	18
CONDICIONES VARIAS		19

Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A. C.J. No 3-101-609202 Dirección: San Jose, Escazú, Edificio Meridiano, 6to Piso. Teléfono Rojo: 2287-1111, www.davivienda.cr Email: costarica_aseguradora@davivienda.cr - 2

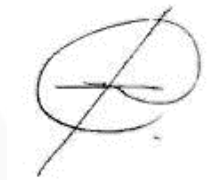
CONDICIÓN 16°.- DERECHO DE RETRACTO.....	19
CONDICIÓN 17°.- REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.....	19
CONDICIÓN 18°.- INCLUSIÓN AUTOMÁTICA	20
CONDICIÓN 19°.- MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	20
CONDICIÓN 20°.- RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	20
CONDICIÓN 21°.- PRESCRIPCIÓN.....	21
CONDICIÓN 22°.- TRASPASO.....	22
CONDICIÓN 23°.- MONEDA	22
CONDICIÓN 24°.- PROTECCIÓN DE DATOS	22
CONDICIÓN 25°.- LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	23
CONDICIÓN 26°.- INSTANCIA DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR DE SEGUROS	23
CONDICIÓN 27°.- LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN	23
CONDICIÓN 28°.- NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	23
CONDICIÓN 29°.- DECLARACIÓN DE REGISTRO DEL PRODUCTO	23
ANEXO A – PLAN DE ASISTENCIAS: APOYO ONCOLÓGICO	25

Compromiso de Aseguramiento

Davivienda (Seguros) Costa Rica S.A., entidad aseguradora debidamente constituida bajo el número de cédula jurídica 3-101-609202, en adelante denominada DAVIVIENDA SEGUROS, acuerda expedir la presente póliza de Seguro de conformidad con las CONDICIONES GENERALES que se establecen a continuación, así como el certificado de seguro el cual forma parte integral de la póliza.

DAVIVIENDA SEGUROS se compromete a pagar al ASEGURADO, la suma asegurada de acuerdo con la opción establecida en el certificado de seguro para cada una de las coberturas contempladas, siempre que el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza. DAVIVIENDA SEGUROS se compromete contractualmente a cumplir con los términos y condiciones de esta póliza.

Esta póliza rige a partir de la fecha de emisión.



Roy Cole Benavides
Gerente General
Davivienda (Seguros) Costa Rica S.A

CONDICIÓN 1º.- DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños involuntarios materiales y/o corporales a un ASEGURADO, causado única y directamente por una causa externa, violenta, imprevista, fortuita y evidente.
2. **ASEGURADO:** Persona física que cumple con las condiciones de asegurabilidad y que en sí misma está expuesta al riesgo y que se identifica como tal en el certificado de seguro. Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la póliza y a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este contrato.
3. **ASEGURADO:** Persona natural que sea suscriptor y/o cliente de EL CLIENTE y que haya contratado el Programa de Asistencia.
4. **BENEFICIARIO:** Para la cobertura de muerte, es la persona designada por el ASEGURADO a cuyo favor se girarán los pagos a los que se obligue DAVIVIENDA SEGUROS en virtud del siniestro cubierto por esta póliza. Para el resto de coberturas la condición de BENEFICIARIO recaerá sobre el mismo ASEGURADO.
5. **BENEFICIARIOS:** Son beneficiarios del ASEGURADO, su cónyuge o compañero permanente, sus hijos menores de dieciocho (18) años que vivan permanentemente en el mismo Domicilio y bajo la dependencia económica del ASEGURADO. Los Beneficiarios podrán gozar de los Servicios del Programa de Asistencia de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en presente Anexo.
6. **CALL CENTER:** Es la administradora de servicios de asistencia a la que el ASEGURADO debe comunicarse en caso de requerir algún servicio de la Cobertura de Servicios de Asistencia. El CALL CENTER será contactado por los siguientes medios (506) 4119 0023. La red de proveedores de servicios podrá ser consultada por el ASEGURADO a través del CALL CENTER.
7. **CÁNCER:** Para el propósito de las condiciones de esta póliza, el Cáncer significa la presencia de una enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histológica o citología. El cáncer debe haber progresado a una clasificación TNM T2N0M0, o alguna clasificación equivalente. No serán cubiertos los tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ o melanoma in situ, así como el no-melanoma de piel, a menos que exista evidencia de metástasis. Quedan cubiertos bajo esta definición leucemia y linfoma.
8. **CÁNCER ESPECÍFICO:** Se entenderá como los siguientes tipos de cáncer: (A) Cáncer de Próstata en el caso de personas de sexo masculino al nacimiento, y (B) Cáncer de Mama, Cáncer de Cervix, y Cáncer de Ovario, vaginal o de vulva, en el caso de personas de sexo femenino al nacimiento.

9. **CÁNCER IN-SITU:** El Carcinoma in-situ se define como cualquier lesión preinvasiva localizada y comprobada histológicamente, en el que las células cancerígenas no hayan penetrado aun en la membrana basal o invadido (en el sentido de infiltración y/o destrucción activa) los tejidos circundantes o estroma.
10. **CENTRO MÉDICO:** Todo establecimiento médico ubicado en la República de Costa Rica y autorizado por el Ministerio de Salud para el tratamiento y/o internamiento de pacientes.
11. **COORDINACIÓN:** Actividad administrativa provista por ADDIUVA, que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de combinar los recursos disponibles para atender cualquier Situación de Asistencia.
12. **DEFUNCIÓN:** Desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida.
13. **DIAGNOSTICO CLINICO:** El informe realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un Examen de Anatomía patológica que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.
14. **DIAGNOSTICO DE CANCER:** Debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba patológica.
15. **DOMICILIO:** Es el lugar de uso habitacional y habitual del ASEGURADO dentro del territorio nacional, el cual ha sido registrado en la base de datos de ADDIUVA.
16. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Todo proceso fisiopatológico que reconozca un origen o etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del Programa de Asistencia y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, Resonancia Nuclear Magnética, Cateterismo, etc.).
17. **ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:** Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
 18. En los que se haya realizado un diagnóstico medico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la póliza.
 19. Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la póliza.

20. Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
21. El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, estos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.
22. EVENTO: Es una situación reportada inmediatamente por el ASEGURADO que dé derecho a la prestación de uno de los servicios, de acuerdo a los términos y condiciones que se refiere el presente documento.
23. FALLECIDO: Dejar de vivir, morir.
24. FORMOLIZACIÓN: Es la aplicación de formol a un cadáver para retrasar la descomposición final del cuerpo.
25. FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE: Formulario en el que consta la información y documentos requeridos que debe presentar el BENEFICIARIO y/o ASEGURADO a DAVIVIENDA SEGUROS al momento de presentar una reclamación relacionada con las COBERTURAS de esta póliza. Dicho formulario podrá ser obtenido por el ASEGURADO en la página web www.davivienda.cr
26. FUNERARIA: Agencia de entierros, encargada de la conducción y entierro de difuntos.
27. INDEMNIZACIÓN: Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta póliza.
28. LRCS: Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
29. MANTENIMIENTO: Conjunto de operaciones y cuidados continuos necesarios para que las instalaciones propias del Domicilio o el vehículo puedan seguir funcionando adecuadamente.
30. MEDICO: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.
31. MEDICO ESPECIALISTA: Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar diagnósticos o prescribir tratamientos para enfermedades que se especifican dentro de esta póliza.
32. PADECIMIENTO O ENFERMEDAD CONGENITA: Se entiende como congénito el padecimiento o enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero materno.

33. PERIODO DE CARENANCIA: Es el período de tiempo que debe transcurrir o de espera desde el inicio de incorporación del ASEGURADO a la colectividad asegurada, durante el cual el ASEGURADO no estará cubierto.
34. PLAN CONTRATADO: Plan de cobertura elegido por el ASEGURADOR al adherirse a la póliza colectiva.
35. PROGRAMA DE ASISTENCIA: Conjunto de Servicios de Asistencia que ASEGURADO tiene derecho a solicitar y recibir de ADDIUVA.
36. PRUEBAS PATOLOGICAS: Todos aquellos documentos que contengan resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, que pueden ser tomados como evidencia bajo los términos de esta póliza. La documentación debe estar debidamente fechada y firmada por médico legalmente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, osteopatía o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.
37. SERVICIOS: Es la asistencia que se le brinda al ASEGURADO de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente anexo.
38. SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho o acto del hombre, accidente, avería o falla que se presente en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el presente Anexo, que den derecho a la prestación de los Servicios. Es el hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental, que ponga en riesgo la integridad física del ASEGURADO, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de asistencia, reportado a ADDIUVA en un tiempo máximo de veinticuatro (24) horas siguientes a su ocurrencia.
39. SUMA ASEGURADA: Corresponde al valor máximo al que se compromete DAVIVIENDA SEGUROS para cada una de las coberturas de esta póliza, conforme conste en el certificado de seguro según el PLAN CONTRATADO.
40. TOMADOR: Es el contratante del seguro y se identifica como tal en las CONDICIONES PARTICULARES.
41. VIGENCIA: Es el periodo en el cual DAVIVIENDA SEGUROS se compromete mediante el pago de la PRIMA, a brindar cobertura sobre el bien asegurado de conformidad con las condiciones particulares y certificado de seguro.

CONDICIÓN 2º.- TÉRMINOS DEL CONTRATO

El presente contrato de seguro es de adhesión y se regirá según los términos dispuestos en ese orden de prelación, por:

- LAS CONDICIONES PARTICULARES
- EL CERTIFICADO DE SEGURO
- LAS CONDICIONES GENERALES
- LA SOLICITUD DE SEGURO

CONDICIÓN 3º.- COBERTURAS

La presente póliza cuenta con diversos planes de aseguramiento, en los cuales se incluyen de forma predispuesta una o varias de las coberturas que se indican en las presente condiciones generales. De esta manera, el ASEGURADO podrá elegir el PLAN CONTRATADO en la solicitud de aseguramiento entre los planes disponibles y gozar de cada una de las coberturas allí contenidas, sujeto a los límites y suma asegurada indicada en el PLAN CONTRATADO.

3º.1. Cobertura – Primer Diagnóstico de Cáncer:

DAVIVIENDA SEGUROS pagará la SUMA ASEGURADA que estipule el PLAN CONTRATADO, si el ASEGURADO es diagnosticado con un CÁNCER cubierto, de acuerdo a la definición estipulada en esta póliza, y dicho DIAGNÓSTICO DE CÁNCER es realizado por primera vez durante la vigencia de la póliza y después de haber transcurrido el PERÍODO DE CARENCIA. Este beneficio será pagadero únicamente en caso de que el ASEGURADO sobreviva al diagnóstico por un periodo de 28 días.

3º.2. Cobertura – Beneficio Adicional por Cáncer in situ:

DAVIVIENDA SEGUROS pagará la SUMA ASEGURADA que estipule el PLAN CONTRATADO, si el ASEGURADO es diagnosticado con un CÁNCER IN SITU, de acuerdo a la definición estipulada en esta póliza, y dicho DIAGNÓSTICO DE CÁNCER es realizado por primera vez durante la vigencia de la póliza y después de haber transcurrido el PERÍODO DE CARENCIA. Este beneficio será pagadero únicamente en caso de que el ASEGURADO sobreviva al diagnóstico por un periodo de 28 días.

3º.3. Cobertura – Beneficio Adicional por Cáncer Específico:

DAVIVIENDA SEGUROS pagará la SUMA ASEGURADA que estipule el PLAN CONTRATADO, si el ASEGURADO es diagnosticado con un CÁNCER ESPECÍFICO, de acuerdo a la definición estipulada en esta póliza, y dicho DIAGNÓSTICO DE CÁNCER es realizado por primera vez durante la vigencia de la póliza y después de haber transcurrido el PERÍODO DE CARENCIA. Este beneficio será pagadero únicamente en caso de que el ASEGURADO sobreviva al diagnóstico por un periodo de 28 días.

3º.4. Cobertura – Beneficio Adicional por Hospitalización:

DAVIVIENDA SEGUROS pagará una renta diaria de DOSCIENTOS DÓLARES en los planes contratados en moneda dólares, y CIEN MIL COLONES en los planes contratados en moneda colones, en caso que el ASEGURADO sea hospitalizado en un CENTRO MÉDICO tras un primer DIAGNÓSTICO DE CÁNCER y antes de su recuperación.

Limitaciones: Este beneficio será pagadero únicamente a partir de la segunda noche de hospitalización en el CENTRO MÉDICO. Se cubren únicamente dos eventos por año póliza, y cada evento por un máximo de hasta 30 días calendario.

3º.5. Cobertura – Beneficio Adicional por Muerte:

Una vez presentado un primer DIAGNÓSTICO DE CÁNCER cubierto, a partir de ese momento el ASEGURADO quedará cubierto en caso de fallecimiento por cualquier causa no excluida, siempre y cuando el fallecimiento ocurra con fecha posterior al Primer Diagnóstico de Cáncer. La suma asegurada de este beneficio será igual al 100 % (cien por ciento) de la suma asegurada de la Cobertura – Primer Diagnóstico de Cáncer conforme al PLAN CONTRATADO en caso que el ASEGURADO fallezca durante los 28 días posteriores al diagnóstico. Luego de dicho plazo, en caso de muerte, el beneficio será equivalente a la suma indicada para esta cobertura en el certificado de la póliza de acuerdo al plan contratado– Primer Diagnóstico de Cáncer conforme al PLAN CONTRATADO.

3º.6. Cobertura – Plan de Asistencias:

La presente póliza conlleva un Plan de Asistencias, según las coberturas que se detallan en el Anexo A del presente condicionado.

CONDICIÓN 4º.- SUMA ASEGURADA

DAVIVIENDA SEGUROS reconocerá como SUMA ASEGURADA aquel valor registrado en el respectivo certificado de seguro conforme al PLAN CONTRATADO y que están vigentes en el momento de presentarse el siniestro.

Un mismo ASEGURADO no podrá tener contratadas varias pólizas de este mismo producto con un mismo TOMADOR, DAVIVIENDA SEGUROS implementará los controles necesarios para que un ASEGURADO no mantenga aseguramientos bajo este mismo tipo de seguro en forma simultánea. No obstante, en caso de que por datos incorrectos suministrados por el ASEGURADO ocurra esa situación, se entenderá sin ningún efecto el aseguramiento que provocó el exceso y en el momento que DAVIVIENDA SEGUROS se percate de ello lo cancelará y comunicará simultáneamente al ASEGURADO, indicándole que puede recuperar las primas pagadas que se pondrán a disposición del Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A. C.J. No 3-101-609202 Dirección: San Jose, Escazú, Edificio Meridiano, 6to Piso. Teléfono Rojo: 2287-1111, www.davivienda.cr Email: costarica_aseguradora@davivienda.cr - 10

ASEGURADO en las oficinas de DAVIVIENDA SEGUROS en los siguientes diez días hábiles. En caso de que se compruebe que el error del ASEGURADO fue intencional, DAVIVIENDA SEGUROS podrá retener la prima pagada.

CONDICIÓN 5º.- PERÍODO DE CARENCIA

Esta póliza contempla los siguientes períodos de carencia, plazo posterior a la inclusión de cada ASEGURADOR durante el cual no gozará de cobertura. Superado dicho plazo, el ASEGURADO gozará de la cobertura respectiva:

Cobertura	Período de Carencia
Primer Diagnóstico de Cáncer	90 días calendario
Beneficio Adicional por Cáncer In situ	90 días calendario
Beneficio Adicional por Cáncer Específico	90 días calendario
Beneficio Adicional por Hospitalización	90 días calendario
Muerte	90 días calendario
Servicios de Asistencia	90 días calendario

CONDICIÓN 6º.- EXCLUSIONES

Ningún beneficio será pagadero en relación a esta póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el ASEGURADO es directa o indirectamente ocasionada o exacerbada como resultado de cualquiera de las siguientes causantes:

Exclusiones Generales:

- a) Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- b) Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio por más de 13 semanas consecutivas en cualquiera periodo de 12 meses)
- c) Guerra u hostilidades (sea o no Guerra declarada). Guerra civil, insurrección, revolución, inestabilidad civil o motín.
- d) Participación en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz, o el acto que se realiza en forma independiente o representando a o en relación a un grupo u organismo, para influir en cualquier grupo, corporación o gobierno, por medio de la fuerza, a través de terrorismo, secuestro o intento de secuestro, ataque, asalto o cualquier medio violento.
- e) Un acto intencional o autoinfligido.
- f) Ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
- g) VIH/SIDA
- h) La aparición de cáncer a causa o relacionada a la fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
- i) Participación deliberada del ASEGURADO en cualquier acto ilegal o criminal.

- j) Actos ilegales por el beneficiario de la póliza que den lugar al CÁNCER o muerte en el ASEGURADO.
- k) Enfermedades o padecimientos preexistente.
- l) Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.

Exclusiones Específicas:

Para la Cobertura - Primer Diagnóstico de Cáncer queda excluido lo siguiente:

- Tumores benignos.
- Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- Tumores que presentan los cambios malignos características del carcinoma “in situ” o aquellos considerados por estudio histológico como “pre-malignos”, cáncer cervicouterino “in situ” y cáncer de próstata “in situ”.
- El Melanoma in situ, así como el no-melanoma de piel, a meno que exista evidencia de metástasis.
- Todo cáncer cuyo “diagnostico clínico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la póliza o durante el periodo de carencia.
- Sarcoma de Kaposi.
- Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.

Para la Cobertura – Beneficio Adicional por Muerte queda excluido adicionalmente los siguiente:

- Fallecimiento como consecuencia de intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental, durante los primeros dos años de cobertura de la póliza.

Para la Cobertura – Beneficio Adicional por Hospitalización queda excluido adicionalmente los siguiente:

- Lesiones o enfermedades que surgen de la práctica de deportes profesionales, carreras de cualquier tipo, buceo, vuelos aéreos (incluyendo salto bungee, uso de planeadores, globo aerostático, paracaidismo y clavados) distintos a los realizados como miembro de la tripulación o como pasajero comercial en una aeronave que opera en rutas con itinerarios establecidos en forma regular o cualquier actividad o deporte peligroso.

Para la Cobertura – Plan de Asistencias queda excluido adicionalmente los siguiente:

- Cualquier servicio, consulta, o atención que sea contratada por cuenta propia del ASEGURADO, y no a través del CALL CENTER.

CONDICIÓN 7º.- PERÍODO DE COBERTURA Y DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.

Este seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante el periodo de vigencia; no obstante, el reclamo puede ser presentado después de que dicha vigencia haya llegado a su término. Lo anterior sin perjuicio de los términos de prescripción previstos en la presente póliza.

Esta póliza cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo, salvo las coberturas “Beneficio Adicional por Hospitalización” y “Servicios de Asistencia” la cuales operan únicamente en la República de Costa Rica.

CONDICIÓN 8º.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Para efectos de las Cobertura de Muerte, el ASEGURADO designará el (los) BENEFICIARIO (s) en la solicitud de seguro. El ASEGURADO podrá cambiar la designación de beneficiarios en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza mediante notificación escrita a DAVIVIENDA SEGUROS. El cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación a DAVIVIENDA SEGUROS.

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. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. 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, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CONDICIÓN 9º.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO, BENEFICIARIO Y DEL TOMADOR

9º.1. EL ASEGURADO

- Pagar la prima en el caso de modalidad contributiva.
- Declaración del riesgo. El ASEGURADO está obligado a declarar a DAVIVIENDA SEGUROS todos los hechos y circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes según sus conocimientos y capacidad de entendimiento en la valoración del riesgo.
- Cuando exista pluralidad de seguros, de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato, el ASEGURADO deberá advertirlo a DAVIVIENDA SEGUROS en su solicitud.

- El ASEGURADO tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso de reclamación que se detalla en las presentes Condiciones Generales, y notificar cualquier cambio en su dirección de notificaciones.
- El ASEGURADO deberá demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. Asimismo, deberá colaborar con DAVIVIENDA SEGUROS en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio.
- Toda otra obligación que dispongan las leyes y reglamentos aplicables.

9º.2. EL BENEFICIARIO

- Presentar, cuando corresponda, toda la documentación exigida por LA COMPAÑÍA ASEGURADORA para identificarse como beneficiario y así, obtener la indemnización respectiva.
- Durante la tramitación de reclamos, el BENEFICIARIO deberá brindar a DAVIVIENDA SEGUROS toda la colaboración que se encuentre a su alcance y que sea solicitada por DAVIVIENDA SEGUROS.
- Toda otra obligación que dispongan las leyes y reglamentos aplicables.

9º.3. EL TOMADOR

- Recaudar y/o Pagar la prima de acuerdo con lo dispuesto en las condiciones particulares a favor de DAVIVIENDA SEGUROS de las primas del seguro.
- Medios de pago. Las primas recaudadas por el TOMADOR, correspondientes a los aseguramientos individuales, deben pagarse a DAVIVIENDA SEGUROS mediante depósito en la cuenta bancaria que se indica en las condiciones particulares. Los detalles de la cuenta bancaria en la que se depositarán las primas recaudadas por parte del TOMADOR, se indicará en las condiciones particulares.
- Declarar todas aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, así como aquellas que lo agraven. La reticencia o falsedad intencional por parte del tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda.
- El Tomador del seguro debe velar por que las personas que sean incluidas a la póliza colectiva y que sean reportadas mensualmente cumplan con los requisitos de elegibilidad.
- Cooperación y reportes. Durante la ejecución del presente contrato y la tramitación de reclamos, el TOMADOR, deberá brindar a DAVIVIENDA SEGUROS toda la colaboración que se encuentre a su alcance. Específicamente deberá remitir informes mensuales con el detalle de los ASEGURADOS indicando nombre y número de identificación de los nuevos aseguramientos y los que salen y aquellos a los que no se pudo hacer el recaudo de prima correspondiente.
- Prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo. Durante la vigencia del presente contrato, incluidos los trámites de indemnización, el TOMADOR se

compromete a brindar la información que requiera DAVIVIENDA SEGUROS para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a actualizar dicha información.

- Informar a los asegurados si en esta Póliza participa un intermediario de seguros y en el caso de las sociedades corredoras de seguros, deberá aclarar si estos actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el Tomador, y el detalle de sus obligaciones y responsabilidades.
- Indicar al Asegurado, de forma expresa y clara, si la contratación de la cobertura es obligatoria o si resulta opcional cuando la inclusión del Asegurado en este seguro colectivo ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento.
- Resarcir al Asegurado los daños y perjuicios ocasionados por incumplimiento, error u omisión por parte del Tomador de las obligaciones antes descritas. Lo anterior sin perjuicio de que DAVIVIENDA SEGUROS repare la afectación al Asegurado en primera instancia, en cuyo caso el Tomador deberá proceder con el reintegro a DAVIVIENDA SEGUROS.
- Toda otra obligación que dispongan las leyes y reglamentos aplicables.

CONDICIÓN 10º.- PRIMA

10º.1. Cálculo de la prima

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la SUMA ASEGURADA individual en el momento de ingresar a esta póliza o a su prórroga, aplicando la tarifa que señale la nota técnica registrada ante la Superintendencia General de Seguros. Para ingresos posteriores a la fecha de expedición o prórroga de la póliza de seguro de vida colectivo se cobrará la prima a prorrata.

10º.2. Fraccionamiento, Periodicidad y Pago De Primas

La prima de esta póliza está establecida de forma anual. No obstante, esta póliza permite pagos fraccionados. En caso de que se acuerde una forma de pago diferente a la anual no se aplicará ningún tipo de recargos a la PRIMA.

El pago de la prima será recaudado por el TOMADOR cuando sea bajo la modalidad contributiva según se estipule en las condiciones particulares del seguro.

Cuando sea bajo la modalidad no contributiva, será el TOMADOR del seguro el que proceda con el pago según se estipule en las condiciones particulares del seguro.

Para la prima inicial, se concederá al TOMADOR un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en las condiciones particulares de esta póliza para el depósito de las primas en caso de que se estipule el pago por cuotas en forma anual o fraccionada

en periodicidades diferentes a la mensual, y de quince (15) días naturales cuando las primas sean pagaderas mensualmente. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro, DAVIVIENDA SEGUROS tendrá la obligación de pagar la SUMA ASEGURADA correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva Periodicidad para el pago de las primas. A solicitud escrita del TOMADOR, al momento de la expedición o prórroga de la póliza, la prima anual del seguro podrá fraccionar su pago, sujeto a la aprobación de DAVIVIENDA SEGUROS, aspecto que se hará constar en las condiciones particulares.

Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación o prórroga, DAVIVIENDA SEGUROS tiene derecho a ajustar las tasas de las primas, para lo cual brindará una notificación de 45 días calendario de antelación a la fecha de renovación o prórroga respectiva. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará con base en factores tales como la siniestralidad del grupo asegurado y la composición o variación de dicho grupo. Los ajustes respectivos serán aplicados a la tarifa colectiva, por lo que no existirán ajustes individuales con base en las condiciones individuales de un determinado asegurado.

En el caso de la siniestralidad, los recargos aplicables en la tarifa colectiva serán los siguientes:

Porcentaje de Siniestralidad	Porcentaje de recargo sobre la prima a pagar
Entre 51% a 70%	10%
Entre 71% a 80%	30%
Entre 81% a 90%	50%
Si la siniestralidad es mayor a 90%	70%

10º.3. Medios de pago

Las primas recaudadas por el TOMADOR, correspondientes a los aseguramientos individuales, deben pagarse a DAVIVIENDA SEGUROS mediante depósito en la cuenta bancaria que se indica en las Condiciones Particulares. En caso de convenirse alguna posibilidad de pago distinta deberá disponerse así en las Condiciones Particulares.

10º.4. Prima Devengada

La prima establecida para la vigencia una vez transcurrida ésta, se entenderá como totalmente devengada. En caso de una terminación anticipada solicitada por el TOMADOR Y/O ASEGURADO, DAVIVIENDA SEGUROS retendrá de la prima no devengada un 15% por gastos administrativos.

10º.5. Descuentos Y Recargos

Esta póliza no contempla recargos o descuentos en su emisión.

CONDICIÓN 11º.- TRÁMITE DE RECLAMACIÓN Y SOLICITUD DE ASISTENCIAS

11º.1. Aviso de Siniestro

Sin perjuicio de los plazos indicados en la LRCS, EL ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO deberá dar aviso por escrito, vía telefónica o correo electrónico: costarica_aseguradora@davivienda.cr al TOMADOR y/o a DAVIVIENDA SEGUROS de forma inmediata una vez conocidos los hechos amparables por esta póliza. Deberá además completar la información requerida por medio del FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE.

En caso que no sea remitida la totalidad de la información que se solicita en el FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE, DAVIVIENDA SEGUROS solicitará al ASEGURADO y/o TOMADOR la aportación de la documentación pendiente.

A su cargo DAVIVIENDA SEGUROS podrá requerir realizar exámenes médicos a la persona asegurada asociados razonablemente a la reclamación presentada a efectos de valorar la procedencia de la misma. En caso de fallecimiento podrá examinar el cadáver y efectuar autopsias, así como cualquier otra acción que le permita investigar las circunstancias que originaron la muerte.

11º.2. Solicitud de Asistencias

En caso de surgir requerir un servicio cubierto por las asistencias previstas en la presente póliza, el ASEGURADO deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono al CALL CENTER, a los números indicados en su certificado de seguro, debiendo indicar nombre del Asegurado, lugar donde se encuentra, número de teléfono y la clase de servicio que precisa.

CONDICIÓN 12º.- OBLIGACIÓN DE DAR RESPUESTA OPORTUNA AL RECLAMO E INDEMNIZAR

DAVIVIENDA SEGUROS brindará respuesta oportuna a todo reclamo dentro del plazo máximo de 30 días naturales a partir del momento en que se presente debidamente el reclamo conforme al FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE,

En caso que proceda, la indemnización por parte de DAVIVIENDA SEGUROS tendrá lugar dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que haya sido aceptado el reclamo presentado.

Toda deuda por concepto de PRIMAS pendientes de pago a favor de DAVIVIENDA SEGUROS en razón del aseguramiento específico, será deducida al efectuar cualquier liquidación a favor del ASEGURADO.

CONDICIÓN 13º.- VIGENCIA

Esta póliza se emite con una vigencia anual prorrogable. La vigencia será a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y el certificado de seguro. La eficacia de cobertura respecto de cada uno de los Asegurados que se incluyan a la póliza, correrá a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguro respectivos.

Esta póliza cubrirá únicamente los reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

CONDICIÓN 14º.- PRÓRROGA O RENOVACIÓN

Salvo que el TOMADOR comunique por escrito a DAVIVIENDA SEGUROS, con al menos un mes de antelación al término de la vigencia de esta póliza su intención de no prorrogar o renovar la misma, esta se entenderá prorrogada o renovada automáticamente por períodos adicionales de un año cada uno. DAVIVIENDA SEGUROS remitirá al TOMADOR una comunicación en la que indicará el nuevo detalle de asegurados y la prima que debe recaudarse por cada uno, así como el cambio de condiciones que corresponda en los casos de renovación o prórroga.

CONDICIÓN 15º.- TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Durante la vigencia de esta póliza, el TOMADOR podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a DAVIVIENDA SEGUROS con al menos dos (2) meses de anticipación a la fecha de eficacia del acto. Lo anterior, para que DAVIVIENDA SEGUROS pueda comunicar tal decisión a los asegurados, con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de antelación a la fecha de la terminación del contrato por parte del Tomador, a efecto de que sus intereses no se vean afectados. La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del ASEGURADO a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

En adición a los casos previstos en la LRCS, la cobertura terminará para cada ASEGURADO automáticamente en el momento que:

- Se interrumpa permanentemente la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurado;
- A solicitud expresa del Asegurado o bien en caso que el Tomador solicite la baja del Asegurado;
- El Tomador no pague la Prima de Seguro en el plazo establecido, la cobertura para dicho Asegurado se considerará vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada. Con el fin de que aplique la anterior terminación, la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia o en su defecto, procederá según lo que establece la LRCS;
- Al finalizar el plazo de la póliza.

- A la muerte del Asegurado.
- La cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer quedará cancelada después del pago del beneficio contratado de acuerdo al plan cubierto por la póliza.
- La cobertura de Cáncer In Situ quedará cancelada después del pago del beneficio contratado de acuerdo al plan cubierto por la póliza.
- La cobertura de Cáncer Específico quedará cancelada después del pago del beneficio contratado de acuerdo al plan cubierto por la póliza.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de la terminación de la póliza o de la cobertura del Asegurado, estas serán devueltas al TOMADOR, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de terminación anticipada de la cobertura.

DAVIVIENDA SEGUROS, salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada este seguro.

CONDICIONES VARIAS

CONDICIÓN 16º.- DERECHO DE RETRACTO.

El TOMADOR/ASEGURADO contará con un plazo máximo de 8 días naturales contado a partir de la emisión del seguro o del Certificado de Seguro según corresponda, y siempre y cuando no haya sucedido un evento amparado, para revocar unilateralmente este seguro amparado al derecho de retracto, mediante comunicación dirigida a DAVIVIENDA SEGUROS o al Intermediario de Seguros.

DAVIVIENDA SEGUROS dispondrá de un plazo máximo de 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recibido de la solicitud, para devolver al TOMADOR/ASEGURADO el 100% del monto de la prima pagada.

CONDICIÓN 17º.- REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todo miembro del colectivo deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de solicitud de seguro además de cumplir con los requisitos que se establezcan en la solicitud de seguro para cada una de las coberturas seleccionadas. A nivel general deberá cumplir con lo siguiente:

- Ser mayor de 18 años.
- Pertenecer al grupo asegurado al momento de firmar la solicitud de seguro.
- Firmar la declaración de asegurabilidad del formulario solicitud de seguro

CONDICIÓN 18º.- INCLUSIÓN AUTOMÁTICA

Esta póliza puede operar bajo la modalidad de inclusión automática de riesgos dentro del Seguro Colectivo, si así lo conviene el Tomador y DAVIVIENDA SEGUROS en las Condiciones Particulares. Bajo esta modalidad de inclusión en la póliza se delimita en forma clara y expresa las coberturas y sus límites de responsabilidad, por lo que el ASEGURADO queda automáticamente incluido en la póliza desde el momento de su solicitud de inclusión, siendo el documento que respalda este acto a su vez el Certificado de Seguro que acredita su inclusión a la póliza colectiva y que incluye todos los datos de su aseguramiento.

CONDICIÓN 19º.- MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

El presente contrato de seguro podrá ser contratado bajo la modalidad contributiva o no contributiva. En la modalidad contributiva, el ASEGURADO cubre parte o la totalidad de la prima, mientras que en la modalidad no contributiva, la totalidad de la prima es pagada por el TOMADOR.

Por la recaudación de las primas bajo la contratación de modalidad Contributiva DAVIVIENDA SEGUROS podrá reconocer al Tomador el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las condiciones particulares.

CONDICIÓN 20º.- MODIFICACIONES AL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL POR PARTE DEL ASEGURADO

Toda modificación a las CONDICIONES y/o SUMAS ASEGURADAS o de la información suministrada en la solicitud de aseguramiento, deberá tramitarse por parte del TOMADOR con la firma del ASEGURADO en cualquier momento de la vigencia del seguro, salvo al momento de la prórroga de la misma. En ausencia de éste, quien solicite la modificación deberá contar con un poder especial debidamente protocolizado notarialmente que lo faculte para la designación, revocación o sustitución de beneficiarios a nombre del ASEGURADO.

Además, aplicarán los términos de entrega de información del artículo 8 del Reglamento sobre Seguros Colectivos, donde el plazo aplicable para la entrega de la información será de al menos treinta (30) días naturales antes de la entrada en vigencia de la modificación.

CONDICIÓN 21º.- NOTIFICACIÓN A LOS ASEGURADOS EN CASO DE TERMINACIÓN DEL SEGURO POR PARTE DEL TOMADOR

Cuanto el Tomador decida dar por terminado este seguro, DAVIVIENDA SEGUROS comunicará tal decisión a los asegurados, con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de antelación a la fecha de terminación del contrato por parte del Tomador, a efecto de que sus intereses no se vean afectados.

CONDICIÓN 22º.- DERECHO DE DESISTIMIENTO

El Tomador y/o Asegurado podrán revocar unilateralmente el contrato amparados al derecho de desistimiento, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de la emisión de la póliza de seguro. El Tomador y/o Asegurado podrá acceder a la página web de la Compañía a través del siguiente link www.davivienda.cr o bien al teléfono 2287-1111 y solicitar el desistimiento de la póliza. Si el desistimiento se da en el plazo anterior, el Tomador o Asegurado según corresponda, recuperará la totalidad de la prima cancelada.

CONDICIÓN 23º.- INDISPUTABILIDAD

Los aseguramientos individuales serán indisputables por parte de DAVIVIENDA SEGUROS respecto a reticencias o falsedades no intencionales relacionadas con la declaración inicial del riesgo, una vez que transcurran los dos (2) primeros años desde el inicio de la vigencia del aseguramiento individual.

En caso de incrementos de valor asegurado, el periodo de indisputabilidad se reinicia para cada valor asegurado aumentado.

CONDICIÓN 24º.- RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

El TOMADOR Y/O ASEGURADO tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega del certificado de seguro para solicitar la rectificación de las condiciones del mismo. En este caso, las condiciones sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido este plazo, caducará el derecho de solicitar la rectificación.

CONDICIÓN 25º.- PRESCRIPCIÓN

Los derechos derivados del presente contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

CONDICIÓN 26º.- TRASPASO

La presente póliza es intransmisible.

CONDICIÓN 27º.- COMISIÓN DE COBRO E INTERMEDIACIÓN

Por la recaudación de las primas DAVIVIENDA SEGUROS reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de este seguro colectivo. Se puede reconocer entre un rango de un 1% y hasta un 5%.

Por la intermediación del negocio DAVIVIENDA SEGUROS reconocerá al Intermediario de seguros el porcentaje de comisión de intermediación que se especifique en las Condiciones Particulares de este seguro colectivo. Se puede reconocer entre un rango de un 20% y hasta un 35%.

La comisión, pago o beneficio de cualquier naturaleza que DAVIVIENDA SEGUROS reconozca al Tomador del seguro, contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de la Póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro

CONDICIÓN 28º.- OBLIGACIONES DE EMITIR REPORTES

DAVIVIENDA SEGUROS deberá entregar al Tomador de este seguro colectivo, en el plazo de un (1) mes previo a la fecha de vencimiento del seguro, el reporte completo de los datos de los asegurados que conforman el grupo asegurado; información que deberá ser validada por el TOMADOR.

CONDICIÓN 29º.- MONEDA

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta póliza, son liquidables en dólares de los Estados Unidos de América o en colones costarricenses, según la moneda que se haya convenido a la suscripción del seguro. Sin embargo, las obligaciones monetarias finales de cualquiera de las partes, podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Costa Rica, a precio de compra vigente a la fecha de pago de la obligación.

CONDICIÓN 30º.- PROTECCIÓN DE DATOS

La información relacionada con el presente contrato queda tutelada por el derecho de confidencialidad salvo autorización expresa y por escrito del TOMADOR y/o ASEGURADO

CONDICIÓN 31º.- LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

Durante la vigencia del presente contrato, incluidos los trámites de indemnización, el TOMADOR y/o ASEGURADO se comprometen a brindar la información que requiera DAVIVIENDA SEGUROS para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a actualizar dicha información.

CONDICIÓN 32º.- INSTANCIA DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR DE SEGUROS

Cualquier queja o reclamación del ASEGURADO proveniente de la ejecución del contrato de seguros, podrá ser presentada ante la instancia de atención al consumidor de seguros que disponga DAVIVIENDA SEGUROS. El trámite se realizará según lo establecido en el Reglamento de Defensa y Protección al Consumidor de Seguros.

CONDICIÓN 33º.- LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN

La legislación y jurisdicción aplicable al presente Contrato será la de la República de Costa Rica. Las partes tendrán derecho a acudir a la vía judicial para dirimir cualquier conflicto que se derive del presente contrato. Igualmente las partes tendrán la posibilidad de recurrir a los medios alternos establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, cuando así lo acuerden.

CONDICIÓN 34º.- NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Entre DAVIVIENDA SEGUROS y el TOMADOR y/o el ASEGURADO las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se tendrán como válidas cuando se realicen según los medios de notificación dispuestos en las condiciones particulares y/o el certificado de seguro. Cualquier cambio de dirección del Tomador o del Asegurado le deberá ser notificado por escrito a DAVIVIENDA SEGUROS, ya que de lo contrario, toda notificación realizada en cualquiera de las direcciones consignadas se tendrá como válida.

CONDICIÓN 35º.- MEDIOS PARA OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA COLECTIVA

Los asegurados y miembros del grupo asegurable podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios de comunicación:

Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A. C.J. No 3-101-609202 Dirección: San Jose, Escazú, Edificio Meridiano, 6to Piso. Teléfono Rojo: 2287-1111, www.davivienda.cr Email: costarica_aseguradora@davivienda.cr - 23

Teléfono: 2287-1111

Correo electrónico: costarica_aseguradora@davivienda.cr

Página web: www.davivienda.cr

CONDICIÓN 36º.- DECLARACIÓN DE REGISTRO DEL PRODUCTO

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 P20-62-A08-1005 de fecha 07 de Abril 2022.

ANEXO A – PLAN DE ASISTENCIAS: APOYO ONCOLÓGICO

La presente póliza conlleva un Plan de Asistencias que será de apoyo oncológico, todo conforme a las condiciones aquí estipuladas, así como lo previsto en las Condiciones Generales.

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS, COBERTURAS Y EXCLUSIONES

ASISTENCIA MÉDICA.

TELEORIENTACIÓN CON MÉDICO GENERAL ATENCIÓN PRIMARIA: Por solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA lo pondrá en contacto por medio de video llamada con un profesional de salud para que le brinde una orientación médica ante dudas que tenga en el área de salud. La orientación busca minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del ASEGURADO entregando soluciones a dudas médicas cotidianas. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y con un límite de 6 (seis) eventos por año, por cada evento, la videollamada será con un tiempo máximo de duración de 60 (sesenta) minutos. Es un servicio con una coordinación de cita con base a la disponibilidad del ASEGURADO y el proveedor, el mismo se prestará exclusivamente en horario de comercial, entendido éste de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE TELEORIENTACIÓN CON MÉDICO GENERAL: Están excluidas videollamadas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una videollamada o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO. Siendo una atención de emergencia, no se coordinará en ningún caso, la videollamada con médicos especialistas. El costo de los exámenes que deba realizarse el ASEGURADO, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la videollamada, serán cubiertos directamente por el ASEGURADO, el servicio no opera bajo modalidad de reembolso. No aplica videollamada para lectura de epicrisis, expediente clínico, exámenes y/o procesos administrativos no ligados con una valoración médica por enfermedad o accidente. No aplica para chequeo médico general o valoraciones de seguimiento.

MÉDICO A DOMICILIO POR EMERGENCIA (ACCIDENTE O ENFERMEDAD): La visita médica domiciliar se deberá coordinar veinticuatro (24) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del médico que brinde la visita médica domiciliar. Por solicitud del ASEGURADO, derivado de una emergencia médica repentina y que no haya sido causada por una preexistencia, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA enviará un médico general hasta el domicilio del ASEGURADO para su revisión, previa autorización del médico que brindó la orientación médica telefónica. Este servicio cubre el costo de la visita médica y el transporte. El presente servicio se prestará con las siguientes condiciones: Limitado a

tres (3) eventos por año por ASEGURADO, no acumulables, pero no hay restricción en el monto o costo de la visita. El costo de los medicamentos será cubierto directamente por el ASEGURADO.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO MÉDICO A DOMICILIO: Están excluidas nuevas visitas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO. Donde no exista infraestructura adecuada AACR coordinará dicha la asistencia médica por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, médicos especialistas. No se presta el servicio de visita médica domiciliar para personas menores de dos (2) años. El costo de los exámenes que deba realizarse el ASEGURADO, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por el ASEGURADO.

ASISTENCIA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Por solicitud del ASEGURADO y existiendo un diagnóstico de enfermedades graves complejas con riesgo de vida y para los efectos de realizar el servicio el ASEGURADO, deberá enviar al equipo médico de EL PROVEEDOR que se le indique, su historia clínica completa con toda la información, estudios y análisis realizados para diagnosticarlo. EL PROVEEDOR a través de su red médica profesional contactara una segunda opinión médica con el propósito de proporcionar información y consejo en los posibles tratamientos aplicables a la patología del ASEGURADO, el proveedor emitirá un informe el cual será entregado al ASEGURADO, por el mismo medio, el médico de la red especialista en la patología del ASEGURADO brindara la lectura e interpretación del informe recibido. Las consultas con especialistas descritas a continuación (Cardiología, Gastroenterología, Ginecología y Oncología) tendrán un límite de a seis (seis) eventos por año a escoger entre la lista de las 4 (cuadro) especialidades, limitado a una duración máxima de 60 (sesenta) minutos continuos en línea cada una.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y/O VIDEOCONFERENCIA CON ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA: A solicitud del AFILIADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará una sesión de orientación médica telefónica o por videoconferencia con un profesional de la salud con formación en cardiología, con el objetivo de brindar asesoramiento básico, seguimiento y educación en temas relacionados con la salud cardiovascular. Este servicio está destinado exclusivamente a ofrecer orientación general, no sustituye una consulta clínica presencial, ni contempla procedimientos diagnósticos especializados, tratamientos, ni atención de urgencias. La orientación deberá ser solicitada con un mínimo de 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación. El servicio se brindará únicamente en días hábiles, en el horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. No incluye medicamentos, estudios de laboratorio, exámenes de imagen, electrocardiogramas, ni ningún otro insumo médico, los cuales deberán ser asumidos directamente por el AFILIADO si son requeridos. Las recomendaciones emitidas por el profesional durante la orientación son de carácter informativo. Las decisiones médicas son responsabilidad exclusiva del AFILIADO.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y/O VIDEOCONFERENCIA CON GASTROENTERÓLOGO: A solicitud del AFILIADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará una sesión de orientación médica telefónica o por videoconferencia con un profesional de la salud con formación en

gastroenterología, con el fin de brindar orientación básica, seguimiento y educación en temas relacionados con la salud digestiva, tales como molestias gastrointestinales, prevención de enfermedades del sistema digestivo, hábitos alimentarios, entre otros. Este servicio está destinado exclusivamente a fines informativos y educativos, y no sustituye una consulta médica presencial especializada, ni contempla procedimientos clínicos o diagnósticos complejos. La orientación deberá ser solicitada con al menos 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación. El servicio se ofrecerá en días hábiles, dentro del horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Este servicio no incluye la prescripción de medicamentos, realización de estudios de laboratorio, exámenes de imagen, ni provisión de insumos médicos. Todos estos gastos serán responsabilidad directa del AFILIADO si fuesen requeridos. Las recomendaciones brindadas por el profesional durante la orientación tendrán carácter meramente informativo. La toma de decisiones médicas será exclusiva responsabilidad del AFILIADO, quien deberá acudir a consulta médica presencial en caso de ser necesario.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y/O VIDEO CONFERENCIA CON GINECÓLOGO: A solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará una orientación con un profesional de la salud con formación en ginecología, con el objetivo de brindar orientación médica básica en temas relacionados con la salud ginecológica. Este servicio está destinado a brindar asesoramiento, seguimiento y educación en salud, y no reemplaza una consulta clínica especializada ni procedimientos diagnósticos complejos. El servicio deberá ser solicitado con al menos 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación y se brindará en días hábiles, en el horario comprendido entre las 8:00 am y las 5:00 pm. El servicio no cubre medicamentos, estudios de laboratorio, exámenes de imagen ni insumos médicos, los cuales serán cubiertos directamente por el AFILIADO. Las recomendaciones emitidas por el profesional durante la orientación son de carácter informativo. Las decisiones médicas son responsabilidad exclusiva del AFILIADO.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y/O VIDEOCONFERENCIA CON ONCÓLOGO: A solicitud del AFILIADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará una sesión de orientación médica telefónica o por videoconferencia con un profesional de la salud con formación en oncología, con el objetivo de brindar orientación médica básica, seguimiento y educación en temas relacionados con la salud oncológica. Esto puede incluir dudas generales sobre prevención, factores de riesgo, estilos de vida saludables, interpretación básica de diagnósticos previos, o acompañamiento informativo en procesos médicos ya iniciados. Este servicio tiene un carácter informativo y de acompañamiento, por lo que no reemplaza una consulta clínica especializada, tratamiento oncológico ni diagnósticos complejos. El servicio deberá ser solicitado con al menos 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación. Se brindará únicamente en días hábiles, dentro del horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. No incluye prescripción de medicamentos, realización de estudios de laboratorio, exámenes de imagen, tratamientos oncológicos ni insumos médicos, los cuales serán asumidos directamente por el AFILIADO en caso de requerirse. Las recomendaciones emitidas durante la orientación serán de carácter informativo. Cualquier decisión médica o tratamiento será de exclusiva responsabilidad del AFILIADO, quien deberá consultar con su médico tratante o centro especializado correspondiente.

IMÁGENES MÉDICAS:

Los servicios mencionados de Exámenes de ultrasonidos, Rayos X, Mamografía con ultrasonido de mamas, se prestarán con las siguientes condiciones: Limitado a un (1) evento por año a escoger entre los servicios antes mencionados y con un límite de \$100 dólares (cien).

EXÁMENES DE ULTRASONIDO Y/O RAYOS X: Por previa solicitud del ASEGURADO y para determinar una enfermedad y que requiera uno de estos estudios médicos, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA le coordinará en uno de sus centros médicos según disponibilidad y agendará la atención para dicho estudio. Este servicio aplica para los siguientes estudios: Rayos X: aplica para todas las partes del cuerpo exceptuando imágenes dentales. Ultrasonido: hombro, rodilla, tobillo, prostático, tiroides, vías urinarias, codo, muñeca, cuello, abdomen general, abdomen superior, abdomen inferior, protuberancias en tejidos, testículos, tejidos blandos. Limitado a un (1) evento por año a escoger entre los servicios antes mencionados.

MAMOGRAFÍA CON ULTRASONIDO DE MAMAS: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA le coordinará la visita a una clínica de la red de proveedores de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, para una mamografía con ultrasonido de mamas, siempre y cuando sea prescrito y autorizado por el equipo médico de la red de proveedores de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA. Se excluye de este servicio el costo de medicamentos, tratamientos o consultas. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de esta por parte de los médicos o centros médicos contactados. Si los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de doce (12) meses, entonces EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA antes de brindar el servicio, le comunicará al ASEGURADO e indicará el costo al ASEGURADO, el cual debe de pagar directamente al proveedor.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO EXÁMENES MÉDICOS: Están excluidas nuevas visitas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria un segundo examen o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO. El costo de los medicamentos y demás gastos que se deriven de los exámenes, serán cubiertos directamente por el ASEGURADO, el presente servicio se coordina por medio de la red de especialistas de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, la cual se agendará en base y disponibilidad del especialista y/o centro médico de la RED de proveedores de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA en las siguientes 8 (ocho) horas. El presente servicio se prestará en horario comercial. Exámenes de ultrasonidos, rayos x y mamografía, se coordina derivado de una consulta con el especialista que pertenece a la red de proveedores de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, CCSS o médico externo, el cual genera la referencia médica para solicitar los exámenes, dicha referencia tiene una caducidad de 6 meses después de emitida. EL ASEGURADO en caso de contar con una referencia médica de un especialista que no pertenece a la red de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA deberá de enviarla por medio de un correo electrónico a la dirección que le suministra el centro de atención telefónica de asistencia de PROVEEDOR DE ASISTENCIA. En caso de que la referencia médica sea de un especialista externo a la red de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, deberá contar con una carencia de 30 (treinta) días posterior de haber adquirido el plan. Ultrasonido no aplica para embarazos y/o cirugías estéticas y/o Doppler y/o tejidos blandos en sus diferentes ramificaciones. Rayos X no aplica para imágenes dentales. Referencias médicas no aplican por medio de chequeo, rutina o seguimiento.

ASISTENCIA HOGAR A TU ALCANCE

SERVICIO DE INSTALACIÓN DE DUCHA ESPECIAL PARA PACIENTES: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, coordinará la instalación de (1) una ducha especial en el baño que el ASEGURADO indique, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, contactará a la mayor brevedad posible con un técnico especializado de la red de proveedores, que controlará la ejecución e instalación. Este servicio está sujeto a las especificaciones técnicas del producto (ducha) y a las condiciones del cableado interno de la casa de habitación. En todo momento el ASEGURADO o encargado asignado debe de supervisar la ejecución del servicio. El servicio solo cubre el rubro de mano de obra. En caso de haber un excedente se le comunicará al ASEGURADO el monto de este para su autorización, dicho monto deberá ser pagado de forma inmediata por el ASEGURADO con sus propios recursos. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: \$100.00 (cien dólares americanos) cada uno y limitado a 3 (tres) evento por año. El valor anterior incluye el costo de mano de obra. Este servicio se prestará exclusivamente en horario de comercial, de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE INSTALACIÓN DE DUCHA ESPECIAL PARA PACIENTES:

En los casos donde los cortes eléctricos sean masivos o las redes de electricidad no permitan una reparación simple, el electricista realizará una anulación de la línea para evitar un corte eléctrico y la reparación del daño será a cargo del ASEGURADO. No se realizarán cambios completos de líneas de energía. La verificación del contador y cables de energía antes del contador serán responsabilidad de la empresa de energía. Las revisiones eléctricas por posibles pérdidas de energía o incremento en la facturación. Se excluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones eléctricas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de instalación. No incluye reparación de ningún aparato eléctrico (electrodomésticos, lámparas y su respectivo balastro, bombillos especiales, bombillos de intemperie, ni ningún tipo de bombillo o tubo fluorescente).

SERVICIO DE IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, coordinará la instalación de 4 (cuatro) implementos de seguridad para baños y otras áreas de la casa de habitación. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, contactará a la mayor brevedad posible con un técnico especializado de la red de proveedores que controlará la ejecución e instalación de los accesorios de seguridad según los requerimientos del ASEGURADO. Este servicio está sujeto a las especificaciones técnicas del producto artículos de seguridad y a las condiciones de las paredes de la casa de habitación. En todo momento el ASEGURADO o encargado asignado debe de supervisar la ejecución del servicio. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: \$100.00 (cien dólares americanos) cada uno y limitado a 3 (tres) evento por año. El valor anterior incluye el costo de mano de obra. Este servicio se prestará exclusivamente en horario de comercial, de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm.

SERVICIO DE ASISTENCIA EN ARMADO DE MUEBLES: Por previa solicitud del ASEGURADO, y cuando sea necesaria la mano de obra para el armado de muebles de madera o traslado de muebles (no fijados al inmueble de ninguna forma) dentro del ambiente del domicilio, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se contactará con un técnico especializado para la ejecución (mano de obra) de la

asistencia indicada. En todo momento el ASEGURADO debe de supervisar la ejecución del servicio. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: \$100.00 (cien dólares americanos) cada uno y limitado a 3 (tres) evento por año. El valor anterior incluye el costo de mano de obra. Este servicio se prestará exclusivamente en horario de comercial, de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm y única y exclusivamente en El Gran Área Metropolitana

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE TRASLADO DE MUEBLES: Quedan excluidas de la presente cobertura muebles empotrados en paredes, suelo u otra superficie del inmueble, todo traslado de muebles superiores a un peso de 100 (cien) Kg, traslados entre planta alta y baja de la vivienda, en donde no se puede trasladar el mueble por medio de una zona común interna de acceso (área de escaleras) En todo momento el cliente debe supervisar la ejecución del servicio.

SERVICIO DE ASISTENCIA EN LA INSTALACIÓN DE RACKS Y PANTALLAS: Por previa solicitud del ASEGURADO y cuando sea necesaria la Asistencia de Colocación de Racks para pantallas, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se contactará con un técnico especializado para la ejecución (mano de obra) de la asistencia indicada. En todo momento el ASEGURADO debe de supervisar la ejecución del servicio. Este servicio se prestará siempre y cuando exista a la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. Incluye las herramientas y mano de obra. Los equipos para instalar (Racks) deberán ser suministrados por el ASEGURADO. Si la reparación total excede el monto de cobertura del evento el ASEGURADO deberá de pagar al proveedor el monto de la diferencia por sus propios recursos. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: \$100.00 (cien dólares americanos) cada uno y limitado a 3 (tres) evento por año. El valor anterior incluye el costo de mano de obra. Este servicio se prestará exclusivamente en horario de comercial, de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm

SERVICIO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE MUEBLES, ALFOMBRAS Y DORMITORIOS: Por previa solicitud del ASEGURADO, y cuando sea necesaria la Limpieza General y Desinfección de Muebles, Alfombras y Dormitorios, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se contactará con un técnico especializado para la ejecución. En todo momento el ASEGURADO debe de supervisar la ejecución del servicio. El servicio incluye limpieza general y la desinfección con productos químicos permitidos por las autoridades, la ejecución del servicio deberá ser coordinado por proveedor y el ASEGURADO según disponibilidad de ambas partes. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA no se responsabiliza por algún daño ocasionado durante la realización del servicio por parte del proveedor. El servicio aplica máximo para (1) casa de habitación de 2 plantas con la siguiente distribución: 1 cochera, 1 sala, 1 comedor, 1 cocina, 1 cuarto de pilas, 2 baños, 3 cuartos y/o dormitorios. Se prestará exclusivamente en horario laboral hábil de lunes a viernes de 8:00 a 5:00 pm horas y única y exclusivamente en El Gran Área Metropolitana y provincia y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: \$100.00 (cien dólares americanos) cada uno y limitado a 3 (tres) evento por año.

SERVICIO DE ASISTENCIA ELÉCTRICA ESPECIAL PARA LA INSTALACIÓN DE (1) TOMA CORRIENTE: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará la instalación de (1) un tomacorriente especial para equipos especiales para la condición del paciente. EL PROVEEDOR

DE ASISTENCIA contactará a la mayor brevedad posible con un técnico especializado que controlará la ejecución e instalación. Este servicio está sujeto a las especificaciones técnicas del producto (toma corriente) y a las condiciones del cableado interno de la casa de habitación. En todo momento el ASEGURADO o encargado asignado debe de supervisar la ejecución del servicio. El servicio solo cubre el rubro de mano de obra. Se prestará exclusivamente en horario laboral hábil de lunes a viernes de 8:00 a 5:00 pm horas y única y exclusivamente en El Gran Área Metropolitana, siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: \$100.00 (cien dólares americanos) cada uno y limitado a 3 (tres) evento por año.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO: Este servicio no cubre: En los casos donde los cortes eléctricos sean masivos o las redes de electricidad no permitan una reparación simple, el electricista realizará una anulación de la línea para evitar un corte eléctrico y la reparación del daño será a cargo del ASEGURADOR. No se realizarán cambios completos de líneas de energía. La verificación del contador y cables de energía antes del contador serán responsabilidad de la empresa de energía. Las revisiones eléctricas por posibles pérdidas de energía o incremento en la facturación. Se excluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones eléctricas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de instalación. No incluye reparación de ningún aparato eléctrico (electrodomésticos, lámparas y su respectivo balastro, bombillos especiales, bombillos de intemperie, ni ningún tipo de bombillo o tubo fluorescente).

SERVICIO DE ASISTENCIA EN FONTANERÍA (PLOMERÍA): Cuando a consecuencia de una avería súbita e imprevista en las instalaciones fijas de abastecimiento y/o sanitarias propias dentro del domicilio (tubería), se presente alguna rotura o fuga de agua o avería que imposibilite el suministro o evacuación normal de las aguas, y que provoque daños en el inmueble dentro del hogar; a solicitud del ASEGURADO, se contactará a la brevedad posible un técnico especializado, que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el servicio, siempre y cuando el estado de las redes lo permita. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: US\$ 100.00 (cien dólares americanos) y limitado a 3 (tres) eventos por año. El valor anterior incluye el costo de los materiales, traslado y mano de obra.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE PLOMERIA: Las reparaciones de plomería a no incluyen trabajos de albañilería, sustitución de grifos, ni destaqueos que requieran sonda eléctrica. Quedan excluidas del presente servicio: la reposición o reparación de grifos, cisternas, depósitos, calentadores junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras, aparatos electrodomésticos, cualquier aparato domestico conectado a las tuberías de agua, y en general de cualquier elemento ajeno a la tubería que conduzca agua propia del DOMICILIO. Se excluyen los arreglos de: Canales y bajantes de agua de lluvia, tubería galvanizada, reparación de goteras, filtraciones debido a una mala impermeabilización o protección de la cubierta o paredes exteriores del inmueble, averías que se deriven de humedad o filtraciones de cualquier tipo (detección de fugas), sean de agua de lluvia, potable o de desecho, cualquier tipo de reparación en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la Empresa de Acueductos y Alcantarillados (AYA).

SERVICIO DE ASISTENCIA EN CERRAJERÍA: Cuando a consecuencia de cualquier hecho accidental de pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de robo que impida la apertura de la puerta principal de acceso al domicilio y a solicitud del ASEGURADO, se contactará a la mayor brevedad posible un técnico especializado que realizará la asistencia de emergencia necesaria con el fin de restablecer el acceso al inmueble y el correcto cierre de la puerta del domicilio del AFILIADO en lo que a la cerradura respecta. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: US\$ 100.00 (Cien dólares americanos) y limitado a 3 (tres) eventos por año. El valor anterior incluye el costo de los materiales, traslado del operario y mano de obra.

EXCLUSIONES AL SERVICIO DE CERRAJERÍA: Quedan excluidas de la presente cobertura la reposición de la cerradura, la confección de copias de las llaves, cambio de combinaciones, reparación de cerraduras eléctricas, reparación de dispositivos de seguridad como alarmas, así como cerraduras que impidan el acceso entre partes internas del inmueble o de guardarropas, gavetas, alacenas y cualquier tipo de bien mueble.

SERVICIO DE ASISTENCIA EN ROTURA DE VIDRIOS EXTERIORES (CERRAMIENTO): Cuando a consecuencia de un hecho súbito e imprevisto se produzca la rotura de alguno de los vidrios que formen parte de las fachadas exteriores del domicilio y que pongan en riesgo la seguridad de este, por previa solicitud del ASEGURADO, se enviará un técnico especializado en vidriería que realizará la asistencia de emergencia. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: US\$ 100.00 (Cien dólares americanos) y limitado a 3 (tres) eventos por año. El valor anterior incluye el costo de los materiales, traslado del operario y mano de obra.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE VIDRIERÍA: Quedan excluidas del presente servicio cualquier clase de espejo (vidrios con color o diseños), vidrios de grosor superior a 3 (tres) milímetros, vidrios de seguridad y todo tipo de vidrios que a pesar de ser parte de la edificación no formen parte de cualquier fachada exterior de la vivienda que dé hacia la calle poniendo en peligro la seguridad del inmueble, sus ocupantes o terceros.

ASISTENCIA ACORTANDO DISTANCIA

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA EN CASO DE EMERGENCIA: En caso de que el ASEGURADO sufra una lesión súbita e imprevista como consecuencia de un accidente y/o emergencia grave que requiera el traslado al centro hospitalario más cercano, por solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA a través de un proveedor de servicios, realizará la coordinación efectiva para el traslado del ASEGURADO. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA gestionará y cubrirá el pago del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existir esta infraestructura, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA solicitará el traslado por medio de los canales regulares de solicitud de servicio de ambulancia de Cruz Roja de la localidad. El servicio de ambulancia incluye en caso de ser necesario: Intubación endotraqueal y/o nasofaríngea, aplicación de medicamentos, colocación de sueros y medicamentos intravenosas, suturas, electrocardiograma, desfibrilación, todo procedimiento no invasivo e interpretación de electrocardiograma, este servicio se brindará bajo criterio médico. Este servicio no tiene límite o

restricción en el costo, pero sí un límite de 3 (tres) eventos por año. Se excluye de este servicio traslado de hospital a hospital, hospital a casa de habitación, ni casa de habitación ni a lugar de preferencia del ASEGURADO, entendiéndose este servicio como emergencia. No opera bajo modalidad de reembolso.

TRANSPORTE DE FAMILIARES O AMIGOS PARA LA REALIZACIÓN DE VISITA DURANTE EL PERIODO DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA : EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento de familiares y/o amigos del ASEGURADO hasta 4 (cuatro) personas, desde un mismo destino, durante los primeros tres (3) días de internación, un (1) solo traslado por día, en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, cuando el ASEGURADO se encuentre internado en un hospital público o privado. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: US\$ 100.00 (Cien dólares americanos) y un (1) día de traslado por periodo de hospitalización y 3 (tres) eventos por periodo de hospitalización. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordina únicamente el traslado de las personas, no siendo responsable del ingreso de estos al hospital, es responsabilidad de dichas personas obtener los permisos y cupos de visita hospitalaria. Si el AFILIADO así lo solicita, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará y cubrirá los gastos del regreso de dichas personas a su domicilio.

COORDINACIÓN DE MOVILIDAD DEL ASEGURADO PARA REGRESO AL HOGAR (MOVILIDAD O AMBULANCIA, SEGÚN LA NECESIDAD, BASADO EN CRITERIO MÉDICO): EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA a solicitud del AFILIADO, cubrirá los gastos de desplazamiento del cliente, desde el centro médico donde se encontraba internado, hasta su domicilio permanente y habitual, en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA basado en el criterio médico. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: US\$ 100.00 (Cien dólares americanos) y limitado a 3 (tres) eventos por año. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordina únicamente el traslado del titular, por medio de taxi o ambulancia, según la necesidad y criterio médico, es responsabilidad del titular obtener los permisos de salida del centro médico y que los riesgos del traslado son absolutamente tomados por él.

SERVICIO DE MENSAJERÍA PARA RECOGER RESULTADOS DE EXÁMENES A PACIENTES DIAGNOSTICADOS: EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de envío por medio de servicios de mensajería, de resultados, documentos y paquetes pequeños, tramites laborales o administrativos. Este servicio está diseñado para trasladar paquetería y/o sobres pequeños cuyo peso máximo 2 kilos, y el mismo volumen permita su traslado en una motocicleta. (Sobres, Ropa, incapacidades, cargador telefónico, artículos personales, documentos laborales). La prestación del servicio estará sujeta a la existencia de infraestructura privada que lo permita y a condiciones de seguridad adecuadas, a exclusivo criterio de PROVEEDOR DE ASISTENCIA. Este servicio se brindará hasta un límite de US\$ 100.00 (Cien dólares americanos), y estará limitado a 3 (tres) eventos por año.

ASISTENCIA NUTRICIONAL POST HOSPITALIZACION VÍA TELEFÓNICA: Por solicitud del ASEGURADO, siempre que requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia alimentaria, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA lo pondrá en contacto con un

profesional con el fin de brindarle consejos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, alimentos que deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a lactosa. Este servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

CONTROL DE AGENDA Y AVISOS, PARA LA INGESTA PUNTUAL DE MEDICAMENTOS: Después de la internación hospitalaria, por solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA enviará registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del ASEGURADO, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos. El presente servicio se prestará sin límite de costo y sin límite de eventos.

ASISTENCIA CUENTA CONMIGO

Orientación y/o consulta con nutricionista: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará la visita del ASEGURADO a un Consultorio y/o Video Llamada con un Nutricionista, para su revisión general, la visita del ASEGURADO a un Consultorio y/o Video Llamada se deberá coordinar 24 (veinticuatro) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del médico que brinde el servicio de nutrición. No requiere autorización previa. Este servicio se brindará hasta un límite de US\$ 100.00 (Cien dólares americanos), y estará limitado a 3 (tres) eventos por año. Limitado a una hora de atención (60 minutos). La atención del ASEGURADO se programará para ser realizada dentro de las siguientes 24 (veinticuatro) horas antes de su atención.

EXCLUSIONES DE CONSULTA CON ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN: El costo de los exámenes que deba realizarse el ASEGURADO, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita con el nutricionista, serán cubiertos directamente por el ASEGURADO. La utilización de los servicios cuenta con una carencia de 30 días después de adquirido el plan. Este servicio cuenta con una coordinación de cita con base a la disponibilidad del ASEGURADO y el PROVEEDOR, no es de emergencia, el mismo se prestará exclusivamente en horario comercial, entendido este de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y únicamente y exclusivamente en el territorio que este documento se establece, y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA no es responsable por cualquier determinación que tome el ASEGURADO, siendo este el único responsable por cualquier acción que decida adoptar. Todo excedente a los límites mencionados será pagado por el ASEGURADO con sus propios recursos directamente al proveedor.

CREACIÓN DE RECETAS ESPECIALES: A solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará la creación de recetas especiales de alimentación para pacientes diagnosticados, bajo la supervisión de un Nutricionista según las condiciones del paciente, para efecto de realizar las valoraciones respectivas. Este servicio incluye una llamada telefónica de seguimiento para determinar la evolución de la dieta del paciente. Este servicio está sujeto a disponibilidad de horario del proveedor asignado para realizar el servicio. El excedente por evento será cubierto por el ASEGURADO con sus propios recursos al PROVEEDOR, el mismo se prestará exclusivamente en horario comercial, entendido este de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y únicamente y exclusivamente

en el territorio que este documento se establece, sujeto a la agenda del médico que brinde el servicio de nutrición. No requiere autorización previa. Este servicio se brindará hasta un límite de US\$ 100.00 (Cien dólares americanos), y estará limitado a 3 (tres) eventos por año.

ORIENTACIÓN Y/O CONSULTA PSICOLÓGICA (VIDEO LLAMADA) INCLUYE 1 LLAMADA DE SEGUIMIENTO AL MES: Por solicitud del ASEGURADO, derivado de una necesidad repentina, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA pondrá al ASEGURADO en contacto con un especialista en psicología por medio de una video llamada que le brinde la atención requerida en ese momento y realice la valoración necesaria. Este servicio incluye una (1) llamada telefónica al mes de seguimiento para determinar la evolución del paciente. Este servicio solo cubre únicamente la valoración por videollamada. Este es un servicio con una coordinación de cita con base en la disponibilidad del ASEGURADO y el PROVEEDOR, y un tiempo mínimo de coordinación de ocho (8) horas. Este servicio se brindará hasta un límite de US\$ 100.00 (Cien dólares americanos), y estará limitado a 3 (tres) eventos por año, por cada evento la video llamada se prestará con un tiempo máximo de duración de 60 (sesenta) minutos.

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES DE LA VIDEOLLAMADA PSICOLÓGICA: Se excluye el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos psiquiátricos, tratamientos especializados o medicamentos psicotrópicos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el ASEGURADO. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA no es responsable por cualquier determinación que tome el ASEGURADO, siendo éste el único responsable por cualquier acción que decida adoptar. Todo excedente a los límites mencionados será pagado por el ASEGURADO con sus propios recursos directamente al proveedor.

SERVICIO DE ENFERMERÍA A DOMICILIO POR 3 HORAS (INYECTOLOGÍA, CONTROL DE PESO, ORGANIZACIÓN DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE LA PRESIÓN Y DEL AZÚCAR Y CURACIONES BÁSICAS): Por solicitud del ASEGURADO, derivado de una emergencia médica repentina y que no haya sido causada por una preexistencia, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará la asistencia del especialista al domicilio o a un centro médico cercano al ASEGURADO para, control de peso, aplicación de sueros e inyecciones, monitoreo de signos vitales, toma de presión arterial, suturas y/o curaciones. La asistencia con especialista en enfermería se deberá coordinar con un mínimo de 12 (doce horas) horas antes de su atención, sujeto a la agenda del enfermero que brinde la asistencia. El presente servicio se prestará hasta un límite de US\$ 100.00 (Cien dólares americanos), y estará limitado a 3 (tres) eventos por año y a 3 horas por evento.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA EN ENFERMERIA: El costo de los medicamentos y demás gastos que se deriven del presente servicio, serán cubiertos directamente por el ASEGURADO. El presente servicio se coordina por medio de la red de especialistas de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, la cual se agendará en base y disponibilidad del especialista y/o centro médico de la RED de proveedores de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA en las siguientes 8 (ocho) horas. El ASEGURADO debe presentar el suero y/o las inyecciones que previamente le fueron indicadas y recetadas por un profesional médico para la aplicación por el especialista. La utilización del servicio de enfermería cuenta con una carencia de 60 días después de adquirido el plan, y única y

exclusivamente en el territorio nacional que este documento se establece, y siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA no es responsable por cualquier determinación que tome el ASEGURADO, siendo éste el único responsable por cualquier acción que decida adoptar. Todo excedente a los límites mencionados será pagado por el ASEGURADO con sus propios recursos directamente al proveedor.

SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA O FÍSICAS A DOMICILIO: Por previa solicitud del ASEGURADO, el PROVEEDOR DE ASISTENCIA, pondrá en contacto al solicitante con un profesional de Enfermería, para que le brinde una orientación y acompañamiento para realizar una serie de ejercicios médicos. Consiste en el envío de un terapeuta respiratorio el cual realizará Nebulizaciones, ejercicios de expansión pulmonar, incentivos de flujo/volumen, educación de la tos, inducción del uso de inhaladores. El costo de los medicamentos que se requieran deberá ser asumido por el ASEGURADO. En el envío de un terapeuta físico el cual realizará una serie de procedimientos, masajes y ejercicios con el fin de mejorar la condición del paciente. El costo de los medicamentos que se requieran deberá ser asumido por el ASEGURADO. Estos servicios están sujetos a disponibilidad de horario del o los proveedores asignados para realizar el servicio. El excedente por evento será cubierto por el ASEGURADO con sus propios recursos al PROVEEDOR. El costo de los medicamentos e insumos que se requieran deberán ser asumidos por el ASEGURADO. El presente servicio se prestará hasta un límite de US\$ 100.00 (Cien dólares americanos), y estará limitado a 3 (tres) eventos por año a escoger entre las 2 opciones de servicio.

SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MÉDICAS, COMPRAS O ACOMPAÑAMIENTO EN CASA: PROVEEDOR DE ASISTENCIA, pondrá en contacto al ASEGURADO con un asistente de Pacientes, es un personal con amplia experiencia para atender a adultos y adultos mayores que requieren apoyo y/o acompañamiento. Este servicio se brinda apoyo y/o acompañamiento a Citas Médicas, Compras al supermercado, y Permanencia en la Casa. En horario de atención es por espacios de 4 horas entre las 8:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes. Este servicio está sujeto a disponibilidad de horario del proveedor asignado para realizar el servicio. El excedente por evento será cubierto por el ASEGURADO con sus propios recursos al PROVEEDOR. El costo de los medicamentos e insumos que se requieran deberán ser asumidos por el ASEGURADO. El presente servicio se prestará hasta un límite de US\$ 100.00 (Cien dólares americanos), y estará limitado a 3 (tres) eventos por año.

ASISTENCIA EXÁMENES CLÍNICOS: Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO deberá presentar una referencia médica con una vigencia no mayor a 6 meses. Los exámenes clínicos descritos a continuación se podrán utilizar hasta dos (2) veces al año, compartidos entre los distintos tipos de exámenes mencionados, con un límite de US\$ 150.00 (ciento cincuenta dólares americanos) por evento.

EXÁMENES CLÍNICOS BÁSICOS (PERFIL LIPÍDICO, HEMOGRAMA COMPLETO, GLICEMIA, EXAMEN DE ORINA Y ÁCIDO ÚRICO: A solicitud previa del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará una cita para la realización de uno de los siguientes exámenes clínicos: perfil lipídico (evaluación de colesterol, triglicéridos y riesgo coronario), hemograma completo (incluye glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y hemoglobina), glicemia, examen general de orina, examen de

ácido úrico. El servicio incluye la toma de muestra a domicilio dentro del Gran Área Metropolitana (GAM), siempre que existan las condiciones logísticas adecuadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO EXÁMENES MÉDICOS: Están excluidas nuevas visitas “de seguimiento” por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria un segundo examen o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO. El costo de los medicamentos y demás gastos que se deriven de los exámenes, serán cubiertos directamente por el ASEGURADO, el presente servicio se coordina por medio de la red de especialistas de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, la cual se agendará en base y disponibilidad del especialista y/o centro médico de la RED de proveedores de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA en las siguientes 8 (ocho) horas. El presente servicio se prestará en horario comercial. Exámenes de laboratorio, se coordina derivado de una consulta con el especialista que pertenece a la red de proveedores de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, CCSS o médico externo, el cual genera la referencia médica para solicitar los exámenes, dicha referencia tiene una caducidad de 6 meses después de emitida. El ASEGURADO en caso de contar con una referencia médica de un especialista que no pertenece a la red de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA deberá de enviarla por medio de un correo electrónico a la dirección que le suministra el centro de atención telefónica de asistencia de PROVEEDOR DE ASISTENCIA. En caso de que la referencia médica sea de un especialista externo a la red de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, deberá contar con una carencia de 30 (treinta) días posterior de haber adquirido el plan.

EXAMEN DE LA HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES (TSH) – MUJERES MAYORES DE 42 AÑOS: A partir de los 42 años, y previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará la realización del examen de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) para mujeres. Esta prueba permite medir la concentración de la TSH en la sangre, una hormona producida por la glándula pituitaria que regula la función tiroidea, siendo clave en la detección de trastornos como hipotiroidismo o hipertiroidismo.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO – EXAMEN TSH: Este examen está dirigido exclusivamente a personas de sexo femenino mayores de 42 años. No se cubrirán nuevas visitas o exámenes de seguimiento derivados de un mismo evento. En caso de requerir un segundo examen por la misma causa, el costo será asumido por el ASEGURADO. Los medicamentos, tratamientos y cualquier gasto adicional derivado del resultado del examen serán responsabilidad directa del ASEGURADO. Este servicio se coordina únicamente a través de la red de especialistas y centros médicos afiliados a PROVEEDOR DE ASISTENCIA, y se agenda según disponibilidad en un plazo máximo de 8 (ocho) horas hábiles. El servicio se presta exclusivamente dentro del horario comercial. La coordinación del examen requiere una referencia médica válida, emitida por un especialista perteneciente a la red de proveedores de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, la CCSS o un médico externo. La referencia médica tiene una vigencia de 6 meses desde la fecha de emisión. En caso de contar con una referencia médica de un especialista externo a la red de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, el ASEGURADO deberá enviarla por correo electrónico a la dirección que le indique el centro de atención telefónica de PROVEEDOR DE ASISTENCIA. Si la referencia médica proviene de un especialista externo, deberá cumplirse con un período de carencia de 30 (treinta) días a partir de la fecha de adquisición del plan.

EXAMEN DE ANTÍGENO PROSTÁTICO (PSA) – HOMBRES MAYORES DE 42 AÑOS: A partir de los 42 años, y previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará la realización del examen de antígeno prostático específico (PSA) para hombres. Esta prueba se utiliza para medir los niveles de PSA en la sangre, una proteína producida por la glándula prostática. El examen es una herramienta clave en la detección temprana del cáncer de próstata, así como de otras afecciones prostáticas, permitiendo iniciar tratamiento en etapas más favorables. Este servicio, estará sujeto a la disponibilidad dentro de la red de proveedores.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO – EXAMEN PSA: Este examen está dirigido exclusivamente a personas de sexo masculino mayores de 42 años. No se cubrirán nuevas visitas o exámenes de seguimiento derivados de un mismo evento. En caso de requerir un segundo examen por la misma causa, el costo será asumido por el ASEGURADO. Los medicamentos, tratamientos y cualquier otro gasto derivado de los resultados del examen serán responsabilidad directa del ASEGURADO. Este servicio se coordina únicamente a través de la red de especialistas y centros médicos afiliados a PROVEEDOR DE ASISTENCIA, y se agenda según disponibilidad en un plazo máximo de 8 (ocho) horas hábiles. El servicio se prestará exclusivamente dentro del horario comercial. La coordinación del examen requiere una referencia médica válida, emitida por un especialista perteneciente a la red de proveedores de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, la CCSS o un médico externo. La referencia médica tiene una vigencia de 6 meses desde la fecha de emisión. En caso de contar con una referencia médica de un especialista externo a la red de PROVEEDOR DE ASISTENCIA, el ASEGURADO deberá enviarla por correo electrónico a la dirección que le indique el centro de atención telefónica de PROVEEDOR DE ASISTENCIA. Si la referencia médica proviene de un especialista externo, deberá cumplirse con un período de carencia de 30 (treinta) días a partir de la fecha de adquisición del plan.

CONSULTA DE TELEMEDICINA CON MÉDICO GENERAL PARA REVISIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO: Por solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará una consulta virtual mediante videollamada con un médico general, con el propósito de revisar e interpretar los resultados de exámenes de laboratorio previamente realizados. Esta consulta busca brindar orientación médica sobre dichos resultados, aclarar dudas relacionadas, y, de ser necesario, recomendar acciones posteriores según el criterio profesional del médico. La videollamada tiene una duración máxima de 60 (sesenta) minutos. La coordinación de la cita se realizará conforme a la disponibilidad del ASEGURADO, así como del proveedor. Este servicio se ofrecerá exclusivamente en horario comercial, entendido como de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

EXCLUSIONES Y GENERALIDADES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO – CONSULTA POR RESULTADOS DE LABORATORIO: Este servicio aplica únicamente para la revisión e interpretación de resultados de laboratorio previamente realizados. Se excluyen videollamadas de seguimiento por un mismo conjunto de resultados o evento. En caso de requerirse una segunda consulta por los mismos resultados, el costo será asumido por el ASEGURADO. La videollamada no sustituye una atención de emergencia ni será coordinada para situaciones urgentes o críticas. El costo de exámenes complementarios, tratamientos, medicamentos o cualquier otro gasto derivado de la consulta será responsabilidad directa del ASEGURADO. Este servicio no opera bajo modalidad de reembolso.

ASISTENCIA LO BUSCO POR TI

INFORMACIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la búsqueda y brindará información sobre hospitales y centros médicos cercanos a la ubicación del ASEGURADO, considerando criterios como especialidad requerida, disponibilidad, y ubicación geográfica. Esta información tiene carácter informativo y tiene como objetivo orientar al ASEGURADO en la identificación de opciones disponibles para la atención médica. Este servicio no implica recomendación médica, ni hace referencia a la calidad de los servicios, acreditaciones o resultados clínicos de las instituciones. Tampoco incluye ningún tipo de gastos médicos, traslados, ni pagos asociados en que incurra el ASEGURADO al acudir a dichos centros. El presente servicio se prestará sin límite en el monto ni en la cantidad de eventos por año.

INFORMACIÓN DE CENTROS DE REHABILITACIÓN MÉDICA: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la búsqueda y proporcionará información sobre centros de rehabilitación médica cercanos a la localización del ASEGURADO, de acuerdo con la necesidad específica indicada (fisioterapia, terapia ocupacional, rehabilitación postoperatoria, entre otros). Este servicio es estrictamente informativo, y su propósito es orientar al ASEGURADO sobre opciones disponibles en su área. La información brindada no constituye una recomendación médica, ni implica garantía sobre la calidad del servicio, instalaciones o resultados terapéuticos de los centros sugeridos. No están incluidos gastos de consultas, tratamientos, traslados o cualquier otro costo en que incurra el ASEGURADO al acudir al centro de rehabilitación. El presente servicio se prestará sin límite en el monto ni en el número de eventos por año.

INFORMACIÓN DE LABORATORIOS CLÍNICOS: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la búsqueda y proporcionará información sobre laboratorios clínicos cercanos a la ubicación del ASEGURADO, según el tipo de examen requerido, la disponibilidad y ubicación geográfica. Este servicio tiene carácter informativo y tiene como objetivo facilitar al ASEGURADO el acceso a opciones disponibles para la realización de estudios clínicos. La información proporcionada no constituye una recomendación médica, ni representa garantía sobre la calidad del servicio, exactitud de resultados o estándares de los laboratorios informados. No están incluidos gastos por exámenes, traslados, citas u otros costos en que incurra el ASEGURADO al asistir a dichos laboratorios. El presente servicio se prestará sin límite en el monto ni en la cantidad de eventos por año.

INFORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la búsqueda y proporcionará información sobre médicos especialistas disponibles según la especialidad requerida (por ejemplo, cardiología, dermatología, ginecología, entre otros), considerando la cercanía geográfica, disponibilidad y otros criterios relevantes. Este servicio es estrictamente informativo y tiene como finalidad orientar al ASEGURADO en la identificación de profesionales médicos según su necesidad. La información brindada no implica recomendación médica ni certifica la calidad, trayectoria profesional o resultados clínicos de los especialistas sugeridos. No están incluidos gastos por consultas, tratamientos, procedimientos,

traslados o cualquier otro costo en que incurra el ASEGURADO al acudir al médico. El presente servicio se prestará sin límite en el monto ni en el número de eventos por año.

INFORMACIÓN DE FARMACIAS: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la búsqueda y proporcionará información sobre farmacias cercanas a la ubicación del ASEGURADO, considerando criterios como ubicación geográfica, horario de atención y disponibilidad general del tipo de producto requerido. Este servicio tiene carácter informativo, y su objetivo es orientar al ASEGURADO en la localización de establecimientos farmacéuticos accesibles. La información proporcionada no implica recomendación sobre la calidad del servicio, disponibilidad de productos ni precios, ni representa garantía alguna sobre los puntos de venta indicados. No están incluidos gastos por compras de medicamentos, productos, traslados ni ningún otro costo en que incurra el ASEGURADO al acudir a las farmacias sugeridas. El presente servicio se prestará sin límite en el monto ni en la cantidad de eventos por año.

INFORMACIÓN DE ÓPTICAS; Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la búsqueda y proporcionará información sobre ópticas cercanas a la ubicación del ASEGURADO, considerando criterios como ubicación geográfica, horarios de atención y disponibilidad general de servicios ópticos (lentes, evaluaciones visuales, monturas, etc.). Este servicio es informativo, con el objetivo de orientar al ASEGURADO en la identificación de establecimientos ópticos disponibles en su área. La información proporcionada no constituye una recomendación ni garantiza la calidad, precios, promociones ni resultados de los servicios o productos ofrecidos por las ópticas sugeridas. No están incluidos gastos por consultas visuales, lentes, tratamientos ópticos, traslados ni ningún otro costo en que incurra el ASEGURADO. El presente servicio se prestará sin límite en el monto ni en la cantidad de eventos por año.

BÚSQUEDA DE MEJORES PRECIOS PARA MEDICAMENTOS: Por previa solicitud del ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del ASEGURADO y le transmitirá esta información. Este servicio es meramente informativo, se trata de una indicación y no hace referencia a la calidad del producto o de los puntos de venta, no está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos o tratamientos en que el ASEGURADO incurra al acudir a la farmacia. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

ASISTENCIA FUNERARIA POR ENFERMEDAD

El servicio de ASISTENCIA FUNERARIA no incluye los siguientes conceptos:

Gastos médicos u hospitalarios.

Servicios o implementos no incluidos en esta cobertura, los cuales estarán a cargo del beneficiario responsable de ejecutar el servicio asistencial funerario.

El servicio de ASISTENCIA FUNERARIA cuenta con un periodo de espera de 90 días después de adquirido.

La cobertura del servicio de es de hasta un millón doscientos mil colones (1.200.000) por un único evento para el ASEGURADO. Este servicio no es reembolsable. Por previa solicitud de algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA organizará y cubrirá los servicios que se describen a continuación

TRASLADO DEL CUERPO: Por solicitud de algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA organizara el traslado terrestre del fallecido en su Cofre o Ataúd desde el lugar del fallecimiento hasta la sala de velación, desde la sala de velación hasta el sitio del oficio religioso, y desde el sitio del oficio religioso hasta su destino final (Osario, cenízaro o Cementerio), siempre dentro del perímetro urbano de la localidad de residencia habitual del fallecido, con un máximo de treinta y cinco kilómetros (35 Km.) cada recorrido.

COFRE U ATAÚD: Por solicitud de algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA pondrá a disposición un Ataúd de corte lineal, tamaño estándar en cumplimiento con los parámetros establecidos por la ley o cofre de madera estándar seleccionada a criterio de PROVEEDOR DE ASISTENCIA. Limitado a una única vez (1 evento).

PREPARACIÓN DEL CUERPO (ARREGLO Y MAQUILLAJE): Por solicitud algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la coordinación para la preparación del cuerpo, limpieza, vestido (Con ropa de la persona que ha fallecido) y maquillaje facial no reconstructivo. Limitado a una única vez (1 evento).

SALA DE VELACIÓN O CAPILLA DOMICILIAR (24 HORAS): Por solicitud de algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la coordinación para la sala de velación por 24 horas o capilla domiciliar. Limitado a una única vez (1 evento).

DECORACIÓN FLORAL - TRES ARREGLOS FLORALES: Por solicitud de algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la coordinación y decoración incluyendo tres (3) arreglos florales. Limitado a una única vez (1 evento).

SERVICIO DE CAFETERÍA: Por solicitud de algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la coordinación del servicio de cafetería. Este servicio está limitado a una única vez (1 evento).

COORDINACIÓN DE EVENTO RELIGIOSO: Por solicitud de algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA realizará la coordinación del servicio religioso o culto solicitado. Este servicio está limitado a una única vez (1 evento).

ASESORÍA LEGAL Y NOTARIAL PARA FORMALIDADES: Por solicitud de algún familiar legítimo, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA lo pondrá en contacto telefónico con un profesional, para la asesoría de formalidades administrativas o servicios legales.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO

EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA quedará eximido del cumplimiento de sus obligaciones derivadas del presente servicio en los siguientes casos:

Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A. C.J. No 3-101-609202 Dirección: San Jose, Escazú, Edificio Meridiano, 6to Piso. Teléfono Rojo: 2287-1111, www.davivienda.cr Email: costarica_aseguradora@davivienda.cr - 41

1. Falta de reporte oportuno: Cuando el evento no haya sido reportado de inmediato por el ASEGURADO o sus representantes.

2. Consumo de sustancias: Si el deceso o evento ocurre como consecuencia de la ingesta de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.

3. Suicidio: Cualquier fallecimiento por suicidio, independientemente del estado mental del ASEGURADO.

4. Enfermedades preexistentes: Cuando el deceso o situación derive de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio del amparo, incluyendo, pero sin limitarse a:

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA)
- Leucemia crónica
- Enfermedades endocrinas (ej. hipo o hipertiroidismo)
- Enfermedades cerebrales
- Infartos cerebrales antiguos con secuelas neurológicas
- Enfermedades vasculares
- Enfermedades renales (como insuficiencia renal)
- Enfermedades pulmonares
- Enfermedades cardiovasculares
- Artritis reumatoide (por riesgo cardíaco asociado)
- Alcoholismo crónico (ej. cirrosis hepática)
- Hepatitis B (por su relación con inmunodeficiencias)
- Anemia hemolítica
- Infartos cardíacos antiguos o pre infartos
- Enfermedad fibroquística
- Y, en general, cualquier otra enfermedad grave o patología diagnosticada con anterioridad a la activación del servicio.

5. Actos voluntarios o intencionales: Cuando la muerte sea provocada intencionalmente por el ASEGURADO o no exista la acción repentina de un agente externo.

6. Eventos relacionados con alcohol o drogas: Muerte ocurrida cuando el ASEGURADO se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas o estupefacientes, con o sin intención.

7. Conducción sin licencia: Muerte del ASEGURADO mientras conducía un vehículo sin contar con la licencia habilitante correspondiente, independientemente del lugar del suceso.

8. Hechos violentos o criminales: Cuando la muerte sea resultado de actos derivados de terrorismo, motines, tumultos, delincuencia organizada o acciones de fuerzas armadas. Cuando ocurra como consecuencia de la comisión o tentativa de un delito doloso en el que el ASEGURADO sea el autor.

9. Accidentes de tránsito bajo efectos del alcohol: Cuando el fallecimiento derive de un accidente de tránsito ocurrido bajo estado etílico, conforme a la legislación vigente en Costa Rica.



SEGURO COLECTIVO DAVIDA PROTECCIÓN CÁNCER

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Para coordinar cualquiera de los servicios de asistencia se debe realizar mediante el call center del proveedor de los servicios de asistencia llamando al +(506) 2528-7590.