



SEGURO COLECTIVO *PROTECCIÓN FAMILIA* *POR ACCIDENTES*

(COLONES-DÓLARES)

CONDICIONES GENERALES

Código de Producto: P19-57-A08-704



CONTENIDO

| | |
|--|----|
| CONDICIÓN PRIMERA.- DEFINICIONES | 4 |
| CONDICIÓN SEGUNDA.- TÉRMINOS DEL CONTRATO | 10 |
| CONDICIÓN TERCERA.- COBERTURAS. | 11 |
| COBERTURAS BÁSICAS: | 11 |
| 3.1. MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR..... | 11 |
| 3.2. DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSAS ACCIDENTALES | 11 |
| 3.3. COBERTURA OPCIONAL ASISTENCIAS:..... | 12 |
| ASISTENCIA DENTALES | 12 |
| 3.3.1 PLAN DE EMERGENCIA COMPLETA..... | 12 |
| 3.3.2 PLAN DE EMERGENCIA COMPLETA Y CONSULTA ANUAL. | 13 |
| 3.3.3 PLAN DE EMERGENCIA OFTAMOLÓGICA. | 14 |
| 3.3.4 PLAN DE EMERGENCIA PSICOLÓGICA | 14 |
| CONDICIÓN CUARTA.- SUMA ASEGURADA | 15 |
| CONDICIÓN QUINTA.- DEDUCIBLES. | 15 |
| CONDICIÓN SEXTA.- EXCLUSIONES. | 15 |
| CONDICIÓN SÉTIMA.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS..... | 18 |
| CONDICIÓN OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO, DEL BENEFICIARIO Y DEL TOMADOR..... | 19 |
| 1.- EL ASEGURADO | 19 |
| 2.- DEL BENEFICIARIO. | 19 |
| 3.- EL TOMADOR | 19 |
| CONDICIÓN NOVENA.- PRIMA..... | 20 |
| CONDICIÓN DÉCIMA.- FRACCIONAMIENTO, PERIODICIDAD Y PAGO DE PRIMAS..... | 20 |
| CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA.- PRIMA DEVENGADA..... | 21 |
| CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA.- DESCUENTOS Y RECARGOS | 22 |
| CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA.- TRÁMITE DE RECLAMACIÓN. | 22 |
| CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA.- OBLIGACIÓN DE DAR RESPUESTA OPORTUNA AL RECLAMO E INDEMNIZAR. | 23 |
| CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA.- VIGENCIA. | 23 |
| CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA.- PRÓRROGA O RENOVACIÓN. | 23 |
| CONDICIONES VARIAS | 24 |
| CONDICIÓN DÉCIMO SÉTIMA.- MODALIDAD DE CONTRATACIÓN. | 24 |
| CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA.- DERECHO DE DESISTIMIENTO | 24 |
| CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA.- RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA..... | 24 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA.- TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA. | 24 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA.- PRESCRIPCIÓN. | 25 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA.- TRASPASO..... | 25 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA.- MONEDA. | 25 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA.- PROTECCIÓN DE DATOS. | 25 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA.- LEGITIMACIÓN DE CAPITALES..... | 25 |
| INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS | 25 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA.- INSTANCIA DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR DE SEGUROS..... | 25 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉTIMA.- VALORACIÓN..... | 25 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA.- LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN | 26 |
| CONDICIÓN VIGÉSIMA NOVENA.- NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES. | 26 |
| CONDICIÓN TRIGÉSIMA.- DECLARACIÓN DE REGISTRO DEL PRODUCTO..... | 26 |

Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A.

costarica_aseguradora@davivienda.cr

Teléfono Rojo:(506) 2287-1111

Fax:(506) 2287-1010

www.davivienda.cr



DAVIVIENDA
Seguros

Compromiso de Aseguramiento

DAVIVIENDA SEGUROS (COSTA RICA), SOCIEDAD ANÓNIMA., entidad aseguradora debidamente constituida bajo el número de cédula jurídica 3-101-609202, en adelante denominada LA COMPAÑÍA DE 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.

LA COMPAÑÍA DE 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. La COMPAÑÍA DE 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), SOCIEDAD ANONIMA



SEGURO COLECTIVO PROTECCIÓN FAMILIA POR ACCIDENTES (COLONES- DOLARES) CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA.- DEFINICIONES.

1. **ACCIDENTE:** Es aquel suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, el cual es causado en forma violenta por medios externos, que afecten directamente al organismo del ASEGURADO y que le pueden causar la muerte o lesiones corporales traumáticas, mismas que se manifiestan por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser dictaminadas por un médico. Para efectos de esta POLIZA se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca la muerte de éste o la desmembración, dentro de los noventa (90) días posteriores a su ocurrencia.
2. **AJUSTE OCLUSAL:** Desgaste programado realizado a las superficies de mordida de los dientes, que permite la correcta articulación entre el maxilar superior e inferior, a fin de evitar o corregir los trastornos témporomandibulares (ATM) más comunes como son bloqueo de la mandíbula, ruidos (chasquidos chirridos) o espasmos musculares.
3. **AMALGAMA:** Es una aleación de mercurio con uno o más metales que fundidos a temperatura ambiente adoptan una cristalización característica, confiriéndole determinadas propiedades, empleada para restaurar dientes permanentes o temporales en el sector posterior.
4. **ASEGURADO:** Persona física miembro del GRUPO ASEGURABLE 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. Sinónimo de ASEGURADO TITULAR.
5. **ASEGURADOS DEPENDIENTES:** Se denominan así a las personas físicas que cumplen con los siguientes condiciones:
 - a. El Cónyuge que conste inscrito en el Registro Civil.
 - b. Los hijos fruto de la relación del Asegurado y su Cónyuge (hasta los 18 años o hasta los 22 mientras demuestran que son estudiantes).
6. **AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO:** Documento en el cual el ASEGURADO autoriza y brinda información específica para la deducción automática del monto de la PRIMA que corresponde al aseguramiento específico, por medio de la tarjeta de crédito o tarjeta de débito.
7. **BALANCE DE LOS MOVIMIENTOS OCULARES:** Son los que permiten diagnosticar patologías como el estrabismo, nistagmus, entre otras.



8. **BENEFICIARIO:** Es aquella persona o personas físicas o jurídicas designadas por el ASEGURADO, a la cual en caso de Muerte Accidental del ASEGURADO cubierta por este póliza se realizará el pago de las prestaciones contratadas hasta el monto estipulado en el CERTIFICADO DE SEGURO. En caso de que ocurra un evento cubierto que no tenga como consecuencia la muerte, el BENEFICIARIO será el mismo ASEGURADO. En caso de cubrirse la cobertura de Desmembramiento, en caso de fallecimiento del ASEGURADO posterior a consecuencia del mismo ACCIDENTE y dentro del periodo de 90 días del ACCIDENTE se indemnizará la diferencia de lo pagado con respecto al monto asegurado.
9. **CANCELACION:** Es la terminación de la póliza ya sea de forma unilateral por una de las partes o por mutuo acuerdo.
10. **CENTROS PSICOLÓGICOS:** Cualquier Clínica, Centro de Salud, Consultorio o Grupo dedicado a la prestación de Servicios Psicológicos de carácter privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes para prestar servicios de atención fisioterapéutica.
11. **CENTRO OFTAMOLÓGICOS:** Son cualquier Clínica, Centro de Salud, Consultorio o Grupo dedicado a la prestación de servicios médicos Oftalmológicos de carácter privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes para prestar servicio de atención médica oftalmológica.
12. **CERTIFICADO DE SEGURO:** Es el documento de respaldo para el ASEGURADO, en el cual se estipulan las COBERTURAS a las que se obliga LA COMPAÑIA DE SEGUROS en virtud del SEGURO COLECTIVO DE PROTECCION POR ACCIDENTES PERSONALES.
13. **COBERTURA:** Protección contra el riesgo al que se compromete LA COMPAÑIA DE SEGUROS en favor del TOMADOR Y/O ASEGURADO.
14. **CONDICIONES GENERALES:** Cláusulas que contemplan los principios básicos que rigen las relaciones contractuales stricto sensu aplicables a todos los seguros que se contraten del mismo producto.
15. **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas relacionadas con el SEGURO COLECTIVO.
16. **CONSULTA DIAGNOSTICA:** Es donde el Psicólogo, Oftalmólogo o el Dentista obtiene la información clara, precisa, detallada y ordenada de los signos y síntomas que presenta el paciente. **Comprende la realización de la Historia Clínica, lo cual incluye el interrogatorio respectivo al paciente, a fin de obtener** la información necesaria para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
17. **DESMEBRAMIENTO:** Es la amputación o pérdida funcional total e irreparable del algún órgano o parte del cuerpo del ASEGURADO que no le permita volver a desarrollar ninguna de las funciones naturales del mismo, a consecuencia de un ACCIDENTE.



18. **DISCRIMINACIÓN DE COLORES:** Es un método para determinar la discriminación de colores básicamente para el rojo y verde, descarta alteraciones hereditarias, retinales y maculares básicamente
19. **DIAGNOSTICO:** Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre el paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presenten en el enfermo.
20. **EDAD DE INGRESO A LA PÓLIZA ASEGURADO TITULAR:** Es la edad cumplida por el ASEGURADO TITULAR según la cual se establecen las condiciones de aseguramiento. La edad mínima del ASEGURADO TITULAR para todas las COBERTURAS de la presente póliza es de dieciocho (18) años.
21. **EMERGENCIA ENDODONTICAS:** Corresponden a un dolor agudo en un diente o zona determinada de la cavidad bucal; obedecen al daño originado por la caries en el órgano pulpar (nervio). Pueden ir acompañadas de inflamación producto de la formación de un absceso (colección localizada de pus o acumulación de pus). Son atendidas a través de eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto, obturación provisional, obturación con amalgama, resina fotocurada o vidrio ionomérico de acuerdo al caso y tratamientos de conducto mono y multirradiculares.
22. **EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:** Se define como cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por esta cobertura y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia. Los tipos de emergencias son: emergencias endodónticas, emergencias periodontales, emergencias protésicas.
23. **EMERGENCIA PERIODONTALES:** Son aquellas que involucran el tejido de soportes del diente (encía y hueso). Su origen se encuentra relacionado con la enfermedad periodontal, así como a traumatismos, apretamiento y rechinado de los dientes (Bruxismo). En algunas ocasiones se presentan en forma combinada con una emergencia endodóntica. También se observa dolor, inflamación y abscesos. Son atendidas a través de un destartraje simple.
24. **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Son menos frecuentes que las EMERGENCIAS PERIODONTALES y están vinculadas con pacientes portadores de prótesis fijas (cornos y puentes fijos), removibles (puentes con ganchos) y torales (planchas). Se llevan a cabo cementados provisionalmente o definitivo de prótesis fijas y/o reparación de prótesis removibles (únicamente sustitución de dientes)
25. **ENDODONCIA O TRATAMIENTO DE NERVIOS:** Procedimiento clínico para eliminar el contenido de un tejido nervioso y vascular que hay dentro de los dientes y su posterior sellado con un material biocompatible. Puede ser monorradiculares, birradiculares o multirradiculares, dependiendo del número de raíces que conforman un diente.



26. **ESTUDIOS DE LA AGUDEZA VISUAL:** Es una prueba que se utiliza para determinar las letras más pequeñas que una persona puede leer en una tabla o tarjeta estandarizada sostenida a una distancia de 6 m y 30 cm
27. **EXAMEN CLÍNICO OFTAMOLÓGICO:** Es el procedimiento médico-oftalmológico mediante el cual el profesional de la Oftalmología podrá obtener la información necesaria para el diagnóstico y plan de tratamiento, en caso de que se requiera. El Examen Clínico comprenderá los estudios :
- Estudios de la agudeza visual
 - Balance de lo Movimientos Oculares
 - Discriminación de Colores
 - Toma de la Presión Intraocular
 - Gonioscopía
 - Fondo de Ojo
 - Refracción Pre y Post Cicloplejia
 - Refracción Ocular
 - La Cicloplejia
 - Refracción Pre Ciclopléjica
28. **EXODONCIA O EXTRACCIÓN SIMPLE EN DIENTES PERMANENTES O TEMPORALES:** Procedimiento en el que se práctica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.
29. **FECHA DEL AUMENTO DE LA SUMA ASEGURADA:** Momento en el que a solicitud del ASEGURADO o LA COMPAÑIA DE SEGUROS y/o TOMADOR aumenta el valor de la SUMA ASEGURADA.
30. **FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE:** Formulario en el que consta la información y documentos requeridos que debe presentar el ASEGURADO a LA COMPAÑIA DE 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
31. **GONIOSCOPIA:** Es un método diagnóstico que nos sirve para valorar la profundidad y forma del ángulo de la cámara anterior con ayuda de la lámpara de hendidura y lentes accesorios especiales (goniolentes)
32. **GRUPO ASEGURABLE:** Es el constituido por un grupo de personas físicas y/o jurídicas, que tengan con el TOMADOR una relación comercial o un interés distinto al simple hecho de contratar un seguro.



33. **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal que se realiza para determinar las diferentes patologías (enfermedades) buco dentales presentes en un determinado individuo. Usualmente se apoya en el estudio de los modelos, para lo cual se toma una impresión a las arcadas dentarias del paciente (rebordes maxilares) y en un estudio radiográfico, para detectar enfermedad no visible al ojo clínico (vista común).
34. **LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD POR ASEGURADO:** Corresponde al valor máximo que pagará por año LA COMPAÑIA DE SEGUROS al amparo de la póliza. Independientemente de la cantidad de siniestros que sufra el -ASEGURADO, el LIMITE DE RESPONSABILIDAD será el límite máximo al cual se obliga la COMPAÑÍA por cada año póliza.
35. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así al contrato de seguro en el cual el ASEGURADO aporta una parte o toda la PRIMA a la compañía de seguros.
36. **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** Se denomina así al contrato de seguro en el cual el TOMADOR asume la totalidad del pago de la PRIMA por cada uno de los ASEGURADOS a los cuales se les brinda COBERTURAS.
37. **NULIDAD:** Ineficacia de un acto jurídico al carecer de las condiciones necesarias para su validez, por falta de algún elemento esencial en su formación o defecto en el mismo.
38. **PERDIDA DE LA VISTA:** Es la pérdida total e irreparable de la visión.
39. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Se refiere al conjunto de procedimientos que deban ser practicados al que solicita los servicios Psicológicos Dentales y/o Oftalmológicos, siempre que tales procedimientos hayan sido prescritos por un médico tratante perteneciente a los PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA.
40. **PRIMA:** Aportación económica que ha de satisfacer el ASEGURADO a LA COMPAÑIA DE SEGUROS, en concepto de la contraprestación por la cobertura de riesgo que se le ofrece. Puede corresponder a la totalidad de la PRIMA comercial o a una fracción de esta.
41. **PRIMA DEVENGADA:** Se entiende por PRIMAS devengadas, las correspondientes a contratos perfeccionados o prorrogados en el ejercicio, en relación con las cuales el derecho de LA COMPAÑIA DE SEGUROS al cobro de las mismas surge durante el mencionado periodo en virtud del otorgamiento de la COBERTURA durante el mismo.
42. **PRIMA NO DEVENGADA:** Se entiende por primas no devengadas, aquellas recibidas por LA COMPAÑIA DE SEGUROS en virtud de contratos perfeccionados o prorrogados en el ejercicio, respecto a las cuales no ha otorgado aún la COBERTURA correspondiente al período por el cual se pagaron las PRIMAS.
43. **PRONOSTICO:** Son los indicios de recuperación para un paciente cuyo diagnóstico ha sido anteriormente establecido.



44. **PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA:** Se trata de las personas físicas y/o jurídicas contratadas por la COMPAÑIA DE SEGUROS para prestar los servicios de asistencia que contempla esta póliza.
45. **PULPOTOMIA EN DIENTES TEMPORALES:** En los niños, por consideraciones anatómicas, de formación y de erupción dentaria se realiza un procedimiento que consiste en la eliminación de la pulpa camera (nervio de la corona) y aplicación de curas formocresoladas.
46. **PULPECTOMIA:** Es la eliminación de toda la pulpa cameral y de los conductos radiculares.
47. **RADIOGRAFIA CORONAL:** Es la técnica exploratoria radiológica intrabucal, complemento para la el diagnóstico de caries interproximales y permite evaluar la progresión de la lesión.
48. **RADIOGRAFA PERIAPICAL:** Es la técnica exploratoria radiológica intrabucal que permite apreciar los ápices de los dientes (puntas de las raíces) y la zona circundante.
49. **RESINAS FOTOCURADAS:** Es un material utilizado para restaurar los daños causados por la caries o por traumatismos en los dientes anteriores o posteriores, conformado por un componente orgánico llamado matriz (polímeros) y un componente inorgánico formado por minerales (relleno). Sus propiedades estéticas, así como de resistencia a las diferentes fuerzas masticatorias, le convierte en un material ideal para restaurar el sector anterior. Se denomina fotocurada, porque su endurecimiento se produce por la aplicación de luz ultravioleta
50. **RETICENCIA:** Ocultación efectuada por el ASEGURADO a LA COMPAÑIA DE SEGUROS al exponer alguna situación que afecte las apreciaciones de situaciones relacionadas con este seguro. Será no intencional cuando la ocultación no sea deliberada y será intencional cuando la ocultación sea deliberada.
51. **SEGURO COLECTIVO:** El presente SEGURO COLECTIVO DE PROTECCIÓN FAMILIA
52. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo asegurado.
53. **SOLICITUD DE SEGURO:** Es la solicitud de inclusión que firma el aspirante individual a ser incluido en el SEGURO COLECTIVO de LA COMPAÑIA DE SEGUROS. Se diferencia de la Solicitud de Seguro inicial, la cual es suscrita por el TOMADOR.
54. **SUMA ASEGURADA:** Corresponde al valor máximo al que se compromete LA COMPAÑIA DE SEGUROS en virtud de las COBERTURAS contratadas en el SEGURO COLECTIVO. La SUMA ASEGURADA será la estipulada en el CERTIFICADO DE SEGURO.
55. **TARTRECTOMIA (LIMPIEZA SENCILLA):** Procedimiento mediante el cual se retira el cálculo dental (sarro), depósitos blandos (placa) y manchas de los dientes. Este proceso lleva a cabo supragingivalmente



56. **TOMA DE PRESION INTRAOCULAR:** Con el Tonómetro de elección se tomara la Presión Intraocular de cada ojo. Se utiliza los tonómetros Tonopen, Perkins, Aire, o cualquier otro. Es expresada en milímetros de Mercurio (mmHg).
57. **TOMADOR:** Es el contratante del seguro y se identifica como tal en las CONDICIONES PARTICULARES. Además es quien solicita la inclusión de cada ASEGURADO.
58. **URGENCIA OFTALMOLÓGICA:** Se entiende por Urgencia oftalmológica cualquier ocasión inesperada que amerita consulta oftalmológica paliativa o urgente y que origine servicios amparados por esta cobertura para la evaluación de síntomas como irritación, ardor, lagrimeo o enrojecimiento ocular la cual será atendida mediante una Consulta Diagnostica. Tal Consulta Diagnóstica y podrá ser: Diurna (atendida de manera ambulatoria en el consultorio del médico oftalmólogo dentro del horario de trabajo fijado por el respectivo profesional) o Nocturna (atendida vía telefónica por un médico oftalmólogo).
59. **VICIOS DE REFRACCIÓN:** es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos córnea y cristalino y el largo axial de ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación. Se denomina ametropía a los vicios de refracción que pueden corregirse con lentes correctores y corresponden a hipermetropía, miopía, astigmatismo y presbicia)
60. **VIDRIO IONOMÉRICO:** Es el Material restaurador que se utiliza frecuentemente para tratar lesiones en el cuello de los dientes producidas por la migración de la encía a ese nivel lo que produce sensibilidad. Tiene propiedades estéticas que le confieren una gran aceptación desde este punto de vista. A su vez por su composición química es capaz de producir un mecanismo de adhesión al diente sumamente estable y liberar flúor, lo que a su vez le proporciona cualidades preventivas para evitar la caries. También se utiliza para regularizar el piso de cavidades en los dientes que van a ser restaurados con amalgama o resina fotocurada, procurando una mejor distribución de las fuerzas masticatorias.
61. **VIGENCIA:** Es el periodo en el cual LA COMPAÑIA DE 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.
62. **VENCIMIENTO:** Es la fecha en la cual se da por finalizado el Contrato de Seguro.

CONDICIÓN SEGUNDA.- TÉRMINOS DEL CONTRATO.

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

- 2.1 LAS CONDICIONES PARTICULARES
- 2.2 EL CERTIFICADO DE SEGURO
- 2.3 LA SOLICITUD DE SEGURO
- 2.4 LAS CONDICIONES GENERALES

10

Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A.

costarica_aseguradora@davivienda.cr

Teléfono Rojo:(506) 2287-1111

Fax:(506) 2287-1010

www.davivienda.cr



DAVIVIENDA
Seguros ■

CONDICIÓN TERCERA.- COBERTURAS.

Coberturas Básicas:

3.1. MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR: Esta póliza cubre la SUMA ASEGURADA establecida en el CERTIFICADO DE SEGURO, contra el riesgo de MUERTE ACCIDENTAL a consecuencia de un ACCIDENTE al ASEGURADO TITULAR UNICAMENTE siempre y cuando este fallecimiento se produzca en el momento del accidente o bien dentro de los noventa (90) días posteriores a su ocurrencia y la muerte sea a consecuencia del accidente. LA COMPAÑÍA DE SEGUROS indemnizara a los BENEFICIARIOS estipulados en LA SOLICITUD DE SEGURO.

3.2. DESMEMBRAMIENTO O PERDIDA DE LA VISTA POR CAUSAS ACCIDENTALES: Esta póliza cubre hasta la SUMA ASEGURADA, establecida en el CERTIFICADO DE SEGURO, específicamente el porcentaje abajo establecido en relación a la lesión específica si el ASEGURADO TITULAR sufre una desmembración a causa de un ACCIDENTE, o dentro de los (90) noventa días posteriores a su ocurrencia en los términos que se describen más adelante.

Para efectos del beneficio de esta cobertura, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará la Indemnización correspondiente al ASEGURADO al porcentaje estipulado a continuación como consecuencia de un accidente amparado bajo esta póliza:

| DESMEMBRACION | INDEMNIZACION |
|----------------------------|---------------|
| Pérdida total de la visión | 100% |
| Pérdida de ambas manos | 100% |
| Pérdida de ambos brazos | 100% |
| Pérdida de ambos pies | 100% |
| Pérdida de ambas piernas | 100% |



| | |
|---|------|
| Pérdida de una mano y un pie | 100% |
| Pérdida de una mano o un pie | 50% |
| Pérdida definitiva de la visión de un ojo | 50% |

Para efecto de la tabla anterior se entenderá por pérdida lo siguiente con respecto:

Manos: la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.

Pies: la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

Ojos: la pérdida total o irreparable de la vista.

Las afectaciones que no cumplan con los supuestos indicados anteriormente, no serán consideradas como pérdida y por lo tanto no serán indemnizables bajo esta COBERTURA

Si se realiza una indemnización por esta COBERTURA independientemente del monto que se indemnice, la póliza se cancelará automáticamente.

Cuando a consecuencia de un accidente ocurra al mismo tiempo la muerte del ASEGURADO y alguna pérdida contemplada en la tabla de indemnizaciones, la COMPAÑÍA DE SEGUROS sólo indemnizará la SUMA ASEGURADA por MUERTE ACCIDENTAL.

De la misma forma, cuando a consecuencia de un ACCIDENTE haya lugar a pagar beneficios por desmembramiento y después, como consecuencia del mismo ACCIDENTE falleciere el ASEGURADO dentro de los 90 días posteriores a su ocurrencia, subsistirá la COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL y la COMPAÑÍA deberá cubrir únicamente la diferencia entre ambas coberturas cuando sea aplicable

3.3. Cobertura Opcional ASISTENCIAS:

En caso de que esta cobertura sea contratada por el Tomador, esta póliza cubre Asistencias **Dentales**, Oftalmológicas y/o Psicológicas según la opción de aseguramiento que seleccione el asegurado **tal y como se detallan en la SOLICITUD DE SEGURO. Podrán ser cubiertos el ASEGURADO y los ASEGURADOS DEPENDIENTES.**

ASISTENCIA DENTALES

3.3.1 PLAN DE EMERGENCIA COMPLETA. Ampara los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este plan que sean indicados para tratar el dolor originado por las

12

Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A.

costarica_aseguradora@davivienda.cr

Teléfono Rojo:(506) 2287-1111

Fax:(506) 2287-1010

www.davivienda.cr



DAVIVIENDA
Seguros ■

siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia, originando los siguientes tratamientos de Emergencias:

- **Emergencias Endodónticas** la eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **Emergencias Periodontales:** curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **Emergencias Protésicas:** cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis subprotésica.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las Emergencias previamente descritas son los siguientes:

- **Medicina Bucal:** examen clínico de emergencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del evento de emergencia)
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla)
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Endodoncia:** tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multirradiculares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capelos.
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

3.3.2. PLAN DE EMERGENCIA COMPLETA Y CONSULTA ANUAL.

Ampara los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este plan que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia, originando los siguientes tratamientos:

- **Emergencias Endodónticas:** eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **Emergencias Periodontales:** curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **Emergencias Protésicas:** cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis subprotésica.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las Emergencias previamente escritas son los siguientes:

- **Medicina Bucal:** examen clínico de emergencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del evento de emergencia)
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla)
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.



- **Endodoncia:** tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multirradiculares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capiuelos.
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

Para el área de atención correspondiente a medicina bucal, el plan incluye como beneficio adicional a la atención de emergencias descritas anteriormente, una visita anual de consulta odontológica por asegurado.

3.3.3 PLAN DE EMERGENCIA OFTAMOLOGICA. Ampara los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia oftalmológica entendiéndose como tal cualquier evento inesperado o repentino que dé lugar a tratamientos oftalmológicos paliativos amparados por este servicio, con la finalidad de tratar situaciones originadas por las siguientes causas: Irritación, lagrimeo o enrojecimiento. Diurna de manera ambulatoria en el consultorio del médico oftalmólogo y nocturna atendida telefónicamente.

Cobertura de Urgencia Oftalmológica:

- Historia Clínica: Consulta para el diagnóstico de la emergencia
- Estudio de Agudeza Visual
- Balance de Movimientos Oculares
- Discriminación de colores
- Toma de tensión Intraocular
- Biomicroscopía
- Gonioscopía
- Fondo de ojo
- Refracción Pre y Post Cicloplejía
- Emergencias: Diurna, Incluye la Consulta Diagnóstica atendida de manera ambulatoria en el consultorio del médico Oftalmólogo. Nocturna, Consulta Diagnóstica atendida vía telefónica por un médico Oftalmólogo.

3.3.4 PLAN DE EMERGENCIA PSICOLOGICA.

Otorga un servicio especializado de asistencia psicológica individual, orientada a brindar apoyo en fases traumáticas de ansiedad, depresión o estrés en el asegurado como consecuencia de los siguientes eventos:

- Muerte accidental:
 - a. Asistencia psicológica para un (1) beneficiario en caso de muerte del titular la póliza, con un límite de hasta de 4 citas
 - b. Asistencia psicológica para cualquiera de los integrantes descritos dentro de la póliza en caso de muerte del titular.



- Desmembramiento. Asistencia psicológica para el ASEGURADO con un límite de hasta 4 citas

Para ninguna de las asistencias opera periodo de carencia y son cubiertos al 100%. La COMPAÑÍA DE SEGUROS prestará las asistencias indicadas a través de sus PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA.

CONDICIÓN CUARTA.- SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reconocerá como SUMA ASEGURADA de cada una de las COBERTURAS, aquel valor registrado en el respectivo CERTIFICADO DE SEGURO vigente en el momento de presentarse el siniestro.

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS limitará su responsabilidad cuando por un mismo ASEGURADO se suscriban pólizas de MUERTE ACCIDENTAL, hasta por una suma asegurada acumulada máxima igual a la ofrecida en la opción más alta vigente indicada en la SOLICITUD DE SEGURO en el momento de expedir el (los) seguro (s).

CONDICIÓN QUINTA.- DEDUCIBLES.

Para esta póliza no se aplicaran deducible para ninguna cobertura.

CONDICIÓN SEXTA.- EXCLUSIONES.

Esta póliza no cubre los daños, pérdidas, lesiones o muerte que ocurran por las siguientes causas:

APLICAN PARA LAS COBERTURAS BASICAS MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

1. **Homicidio o su tentativa**
2. **Muerte, lesión o pérdida causada por cualquier elemento utilizado como arma.**
3. **Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por el ASEGURADO a él mismo, ya sea en estado de cordura o demencia. En el caso específico del suicidio, esta exclusión será aplicable durante los primeros dos años de cobertura conforme establece la ley vigente.**
4. **Los accidentes causados por parte del ASEGURADO cuando éste ha infringido alguna ley de la República.**
5. **Participación en competencias de velocidad. No se cubre cualquier participación del ASEGURADO en carreras, entendidas como una competición deportiva de velocidad, donde se involucren vehículos y/o animales.**
6. **Accidentes que sufra el ASEGURADO como consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.**
7. **Intoxicaciones, oclusiones intestinales, rotura de aneurismas e infecciones bacteriales excepto la que se presente por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**



8. **Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada, o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza por tratarse de eventos catastróficos.**
9. **Guerra, invasiones, guerra civil, conmociones, tumultos, motines, huelgas, revoluciones o insurrecciones. resultantes de actos terroristas o de movimientos subversivos.**
10. **Fisión nuclear y los efectos que produzca la contaminación radioactiva.**
11. **Encontrarse el ASEGURADO por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.**
12. **Ingestión de veneno o inhalación de gases o vapores en forma accidental o deliberada.**
13. **Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o tara, entendida como defecto físico o psíquico, o infecciones bacteriales distintas de las contraídas por lesión corporal accidental.**
14. **Las infecciones producidas por picaduras de insectos.**
15. **Los accidentes sufridos por el ASEGURADO durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por la póliza.**
16. **Actividades de personas pertenecientes a un cuerpo policial o a organizaciones de seguridad privada propias del giro ordinario de esas entidades.**
17. **Procesos de extracción o de construcción efectuados bajo tierra o sobre/bajo agua.**
18. **Actividades de industrias químicas u otras industrias en donde se utilicen o fabriquen sustancias tóxicas o explosivas.**
19. **Actividades de grupo de personas expuestas a acumulación de riesgos por aviación como personal de empresas de aeronavegación, viajes aéreos colectivos y utilización de aeroplanos propiedad de la empresa o tomador.**
20. **Ejecución del Asegurado por cumplimiento de alguna condena por pena de muerte o por su participación en cualquier actividad delictiva como autor o cómplice.**
21. **Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.**
22. **La participación del Asegurado en pruebas médicas o experimentos biológicos o farmacéuticos.**

APLICAN PARA COBERTURAS DE ASISTENCIAS DENTALES:

Asistencia

Quedan excluidos del alcance de este contrato los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

23. **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia,**



endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en las coberturas anteriormente descritas.

24. **Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.**
25. **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Coberturas, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
26. **Defectos Físicos**
27. **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
28. **Radioterapia o Quimioterapia**
29. **Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la descripción de las coberturas.**
30. **Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica**
31. **Hospitalizaciones**
32. **Metales Preciosos**
33. **Medicamentos o tratamientos post atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para las afecciones bucodentales.**
34. **Cualquier otro (s) tratamiento (s) no contemplado (s) específicamente en la cláusula de coberturas.**

APLICA PARA COBERTURA DE ASISTENCIA OFTAMOLOGICA:

Quedan excluidos del alcance de este contrato los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

35. **Anestesia general o sedación**



36. **Tratamientos, procedimientos y/o servicios recibidos en centros, clínicas, consultorios o por profesionales de la oftalmología no incluidos en la Red de Proveedores**
37. **Cualquier tipo de cirugía incluyendo la Laser.**
38. **Estudios Histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia**
39. **Procedimientos quirúrgicos, prótesis y/o restauraciones, y sus materiales**
40. **Cualquier tipo de medicamento y/o tratamiento ambulatorio utilizado en la consulta, tanto en patologías de fase aguda, crónica o en casos de prevención**
41. **Monturas y/o lentes**
42. **Tratamientos y/o servicios no contemplados específicamente en esta Asistencia**

APLICA PARA ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Quedan excluidos del alcance de este contrato los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

43. **Tratamientos y/o servicios no contemplados específicamente en la Cobertura.**
44. **Tratamientos, procedimientos y/o servicios recibidos en centros, clínicas, consultorios o por profesionales en el área psicológica no incluidos en el Sistema Coordinado de Proveedores de Servicios.**
45. **Terapia psicoanalítica, hipnosis, narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría**
46. **Cualquier tipo de medicamento utilizado en la consulta y/o tratamiento ambulatorio, tanto en patologías de fase aguda, crónica o en casos de prevención.**
47. **Procedimientos y/o servicios Psicológicos recibidos fuera del territorio de la República de Costa Rica**

CONDICIÓN SÉTIMA. - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

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 LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. El cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación a LA COMPAÑÍA DE 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

18

Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A.

costarica_aseguradora@davivienda.cr

Teléfono Rojo:(506) 2287-1111

Fax:(506) 2287-1010

www.davivienda.cr



DAVIVIENDA
Seguros ■

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 OCTAVA. - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO, DEL BENEFICIARIO Y DEL TOMADOR.

1. EL ASEGURADO

- 1.1.** Se compromete a realizar el pago de la PRIMA en el plazo establecido en el CERTIFICADO DE SEGURO.
- 1.2.** Realizar declaraciones exactas del riesgo de manera tal que LA COMPAÑIA DE SEGUROS pueda realizar una correcta apreciación del riesgo.
- 1.3.** Reportar actualizaciones derivadas de datos personales, incluyendo el medio para recibir notificaciones.
- 1.4.** Toda otra obligación que dispongan las leyes aplicables.

2. DEL BENEFICIARIO.

Para poder hacer efectivo su derecho, el BENEFICIARIO, ya sea el mismo ASEGURADO o un tercero, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

2.1. Dar aviso de siniestro.

El BENEFICIARIO deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑIA DE SEGUROS, por los medios y en el plazo indicado en la CONDICIÓN GENERAL 28. El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa la posibilidad de la COMPAÑIA DE SEGUROS de constatar circunstancias relacionadas con el evento permitirá a LA COMPAÑIA DE SEGUROS deducir de la indemnización, en caso que corresponda, los daños y perjuicios que le ocasione ese incumplimiento fundamentando debidamente los mismos

2.2. Cooperación

Durante la tramitación de reclamos, el BENEFICIARIO deberá brindar a LA COMPAÑIA DE SEGUROS toda la colaboración que se encuentre a su alcance y que sea solicitada por LA COMPAÑIA DE SEGUROS

2.3. Toda otra obligación que dispongan las leyes aplicables

3. EL TOMADOR

3.1. El TOMADOR proporcionará a LA COMPAÑIA DE SEGUROS en forma mensual un reporte con los movimientos que se realicen cada mes. Dicho reporte deberá ser presentado en los diez (10) primeros días naturales del mes bajo el formato que LA COMPAÑIA DE SEGUROS solicite y vía electrónica. Dichos reportes se detallan a continuación con la información requerida.

3.1.1. Exclusiones: Nombre completo del ASEGURADO, número de cédula, número de certificado y fecha de exclusión.



- 3.1.2.** Inclusiones: nombre completo del ASEGURADO, número de cédula, fecha de ingreso al colectivo, monto asegurado y fecha de inicio del seguro.
- 3.1.3.** Modificaciones: Cambio de monto asegurado.
- 3.1.4.** Deberá notificar a La COMPAÑÍA DE SEGUROS en forma inmediata los reclamos que los ASEGURADOS realicen en sus oficinas.
- 3.2.** Se obliga a cooperar con LA COMPAÑÍA DE SEGUROS en caso de SINIESTRO aportando toda la información necesaria para comprobar las circunstancias y los hechos que dieron fundamento a la presentación del reclamo y que permitan determinar el monto de la indemnización.
- 3.3.** Toda otra obligación que dispongan las leyes aplicables

CONDICIÓN NOVENA.- PRIMA.

La PRIMA correspondiente a la póliza es la que se establece en el CERTIFICADO DE SEGURO.

La PRIMA se establecerá considerando lo siguiente:

1. Monto asegurado seleccionado por el ASEGURADO
2. Plan de Asistencia Seleccionado por el ASEGURADO

CONDICIÓN DECIMA.- FRACCIONAMIENTO, PERIODICIDAD Y PAGO DE PRIMAS.

La PRIMA de esta póliza está establecida de forma anual. No obstante, esta póliza permite mensuales. En caso que se acuerde una forma de pago mensual no se aplicará ningún tipo de recargo a la PRIMA por ser fraccionada.

El pago de la PRIMA será por deducción automática realizada a través de la TARJETA DE CRÉDITO O TARJETA DE DÉBITO señalada en la SOLICITUD DE SEGURO cuando sea bajo la MODALIDAD CONTRIBUTIVA.

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.

Se otorga un periodo de gracia para el pago de la PRIMA de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha establecida en el CERTIFICADO DE SEGURO.

En caso de que el asegurado solicite una prórroga al seguro, se calculará la prima a prorrata por los días que se acuerde la extensión de vigencia.

Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS tiene derecho a ajustar las tasas de las primas, para lo cual brindará una notificación de 30 días calendario de antelación a la fecha de renovación respectiva. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará con base en factores como la inflación, y la composición o variación del GRUPO ASEGURABLE. 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.



CONDICIÓN DECIMA PRIMERA.- 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 ASEGURADO, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS retendrá de la prima no devengada una comisión por gastos administrativos de acuerdo con la periodicidad de pago que haya sido seleccionada por el ASEGURADO y según el tiempo transcurrido y se devolverá la parte restante una vez rebajado el gasto administrativo.

Los porcentajes de retención de la prima no devengada por concepto de gastos administrativos es la que se establece en la siguiente tabla:

FORMA DE PAGO ANUAL

| DIAS VIGENTES O TRANSCURRIDOS | PORCENTAJE A RETENER POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS |
|--|--|
| 5 días | 15% |
| 10 días | 20% |
| 1 mes | 25% |
| 2 meses | 30% |
| 2 a 3 meses | 40% |
| 3 a 4 meses | 50% |
| 4 a 5 meses | 60% |
| 5 a 6 meses | 70% |
| 6 a 7 meses | 75% |
| 7 a 8 meses | 80% |
| 8 a 9 meses | 85% |
| 9 a 10 meses | 90% |
| 10 a 11 meses | 95% |
| 11 A 12 meses | 100% |



FORMA DE PAGO MENSUAL

| DIAS VIGENTES O TRANSCURRIDOS | PORCENTAJE A RETENER POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS |
|--|--|
| 10 días | 50% |

CONDICIÓN DECIMA SEGUNDA.- DESCUENTOS Y RECARGOS.

Esta póliza no cuenta con descuentos o recargos de ninguna clase.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA.- TRÁMITE DE RECLAMACIÓN.

13.1 Aviso de siniestro: Sin perjuicio de los plazos indicados en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, EL ASEGURADO deberá dar aviso por escrito o vía telefónica al TOMADOR y/o a LA COMPAÑÍA DE 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.

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

13.3 Constataciones médicas y forenses: A su cargo LA COMPAÑÍA DE 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.

Conforme a la autorización otorgada en la SOLICITUD DE SEGUROS por el ASEGURADO, la COMPAÑÍA DE SEGUROS estará facultada para solicitar, aún después del fallecimiento del ASEGURADO, el dictamen profesional de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca del fallecimiento para lo cual deberán diligenciar el FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos.

El ASEGURADO o BENEFICIARIO (s) quedarán privados de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

13.4. Red de Proveedores: La información actualizada de los proveedores utilizados por la Compañía para la prestación de las Coberturas de Asistencia podrá ser consultada por el Tomador



o Asegurado a través de la página web de la Compañía a través del siguiente link: www.davivienda.cr, o bien a través de los números 2521-5757 o Línea Gratuita: 800- (744-6227).

13.5. Coberturas de Asistencia: Para efectos de solicitar uno o más servicios de las Coberturas de Asistencia, el Asegurado deberá comunicarse a los teléfonos: 2521-57-57 0 Línea Gratuita: 800- (744-62-27), debiendo suministrar:

1. Nombre completo;
2. Destinatario del servicio;
3. Número de identificación;
4. Dirección exacta donde solicita el servicio;
5. Número de teléfono;
6. Tipo de asistencia que se precisa, y;
7. Datos de la Póliza de Seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA.- OBLIGACIÓN DE DAR RESPUESTA OPORTUNA AL RECLAMO E INDEMNIZAR.

LA COMPAÑIA DE 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 LA COMPAÑIA DE 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 LA COMPAÑIA DE SEGUROS en razón del aseguramiento específico, será deducida al efectuar cualquier liquidación a favor del ASEGURADO.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA.- VIGENCIA.

Esta póliza se emite con una vigencia anual renovable automática. La vigencia será a partir de la fecha establecida en el CONDICIONES PARTICULARES y el CERTIFICADO DE SEGURO.

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA.- PRÓRROGA O RENOVACIÓN.

Salvo que el TOMADOR y/o ASEGURADO comunique por escrito a LA COMPAÑIA DE SEGUROS, con al menos un mes de antelación al término de la vigencia de la póliza del SEGURO COLECTIVO DE FAMILIA POR ACCIDENTES su intención de no prorrogar o renovar la misma, esta se entenderá prorrogada o renovada automáticamente por períodos adicionales de un año cada uno. LA COMPAÑIA DE 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.



CONDICIONES VARIAS

CONDICIÓN DÉCIMO SÉTIMA.- 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.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA.- 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.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA.- RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

El TOMADOR Y/O ASEGURADO tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega del CERTIFICADO para solicitar la rectificación de las condiciones del mismo. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de solicitar la rectificación.

CONDICIÓN VIGÉSIMA.- TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.

La presente póliza, o el aseguramiento individual según sea el caso, finaliza por las siguientes causas:

- 19.1** Por falta de pago de la prima, según lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- 19.2** Cuando el ASEGURADO por escrito, solicite la terminación anticipada de la póliza con al menos treinta (30) días naturales de anticipación.
- 19.3** Al cumplimiento de la vigencia del contrato sin que haya sido prorrogado o renovado según corresponda.
- 19.4** Por reticencia o falsedad en la declaración del riesgo.
- 19.5** Por fallecimiento de la persona ASEGURADA.
- 19.6** Por mutuo acuerdo de las partes.
- 19.7** Por decisión de la COMPAÑÍA DE SEGUROS, para lo cual deberá notificar al TOMADOR DEL SEGURO con 30 días naturales de antelación a la fecha de renovación.
- 19.8** En caso de que el ASEGURADO no acepte los cambios que pueda ser acordados a la póliza en las renovaciones de la misma.
- 19.9** Cuando el ASEGURADO presente una reclamación por la COBERTURA DE Desmembramiento.



CONDICIÓN VIGESIMA PRIMERA.- 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 VIGESIMA SEGUNDA.- TRASPASO.

La presente póliza es intransmisible.

CONDICIÓN VIGESIMA TERCERA.-MONEDA.

El pago de prima, así como las indemnizaciones al amparo de la presente póliza, serán liquidables en dólares, moneda de los Estados Unidos de América o colones, según la opción seleccionada por el ASEGURADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO. No obstante, las obligaciones monetarias de cualquiera de las partes, podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio promedio publicado por el Banco Central de Costa Rica al día anterior de la fecha de pago.

CONDICIÓN VIGESIMA CUARTA.- 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 VIGESIMA QUINTA.- 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 LA COMPAÑIA DE SEGUROS para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a actualizar dicha información.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CONDICIÓN VIGESIMA SEXTA.- 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 LA COMPAÑIA DE SEGUROS. El trámite se realizará según lo establecido en el Reglamento de Defensa y Protección al Consumidor de Seguros.

CONDICIÓN VIGESIMA SÉTIMA.- VALORACIÓN.

De conformidad con el artículo 73 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, cuando el ASEGURADO no esté de acuerdo con el monto de indemnización determinado por LA COMPAÑIA

25

Davivienda Seguros (Costa Rica) S.A.

costarica_aseguradora@davivienda.cr

Teléfono Rojo:(506) 2287-1111

Fax:(506) 2287-1010

www.davivienda.cr



DAVIVIENDA
Seguros ■

al ocurrir el siniestro o del monto de la pérdida, el ASEGURADO puede solicitar se practique una tasación o valoración, y LA ASEGURADORA deberá acceder a ello. La valoración será efectuada por un tasador único o por dos tasadores nombrados uno por cada parte, quienes en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer tasador. El dictamen del tercer tasador, cuando fuere necesario, se mantendrá dentro de los límites de valoración que constan en los informes individuales de los otros dos tasadores, sin que pueda ser más bajo que el menor ni más alto que el mayor.

Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

CONDICIÓN VIGESIMA OCTAVA.- 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 VIGESIMA NOVENA.- NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.

Entre LA COMPAÑÍA DE 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 el CERTIFICADO DE SEGURO.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA .- 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 P19-57-A08-704 de fecha 16/02/2017.

