

Aceptación de Oferta _____
Cédula Jurídica _____

El suscrito, _____, nacionalidad _____, cédula de identidad _____ con facultades de apoderados generalísimos sin límite de suma y quienes cuentan con facultades suficientes para este acto de _____, cédula jurídica _____, con _____ domicilio _____ en _____, personería vigente que consta inscrita en el Registro de Personas Jurídicas del Registro Nacional, bajo la misma cédula jurídica indicada, manifestamos lo siguiente:

Que nuestra representada ACEPTA LA OFERTA de fecha _____ de la aseguradora ASSA Compañía de Seguros, S.A., cédula jurídica 3-101-593961, para la suscripción de un seguro colectivo para sus agremiados denominado **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS INTERNACIONAL PLAN OPTIMUS**, con los beneficios que se describen en la oferta antes relacionada y sus anexos.

Alternativa de aseguramiento aceptada: SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS INTERNACIONAL PLAN OPTIMUS, de acuerdo a las siguientes clases:

1. (Se indican los planes de aseguramiento escogidos tanto de salud como de vida si lo incluye)

Fecha en que empezará a regir la póliza (emisión efectiva): _____.

Fecha de aceptación: _____

Oferta solicitada por: _____
Nombre y sello de la empresa

Oferta realizada por: _____.

Corredor: _____.

Fecha de la oferta: _____.

Vigencia de la oferta: _____.

Nombre de la persona que acepta la oferta: _____

ID de la persona que acepta la oferta: _____

Cargo que desempeña: _____

Firma: _____

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO

ASSA Compañía de Seguros S.A., cédula jurídica 3-101-593961, en adelante referida como (**LA "ASEGURADORA "** o **"COMPAÑÍA DE SEGUROS"**), acuerda pagar a **Usted** (de ahora en adelante denominado "**El Asegurado o Titular del Certificado**") los beneficios estipulados en las pólizas suscritas de **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS INTERNACIONAL PLAN OPTIMUS**, según corresponda, que se lleven a cabo en **América Latina y en Estados Unidos**. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones generales, particulares y especiales de la póliza.

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD: Las pólizas se emiten con base en la información declarada en la solicitud y el respectivo pago de la prima. Si alguna información en la solicitud resulta incorrecta, incompleta, o alguna información ha sido omitida, la póliza podrá ser rescindida, cancelada o la cobertura será modificada de conformidad con el criterio técnico de **LA ASEGURADORA**, tal y como se establece en las Condiciones Generales de las Pólizas.

EMPLEADOS O AFILIADOS ELEGIBLES PARA EL SEGURO: Esta póliza sólo pueden ser emitidas a _____ de ahora en adelante referida como **"EL CONTRATANTE o EL TOMADOR"** y sus empleados residentes en la República de **COSTA RICA**, se consideran Asegurados Afiliados Elegibles para esta póliza, todos los empleados activos y permanentes, que trabajen el horario completo, (no menos de 40 horas a la semana) y en forma exclusiva, para **EL CONTRATANTE o EL TOMADOR**, quienes han sido designados en la póliza y sus dependientes elegibles para la cobertura bajo esta póliza, y a favor del cual **LA ASEGURADORA** emite un certificado de seguro como evidencia de su cobertura de seguro. No serán elegibles para objeto del seguro los empleados provisionales, temporales y jubilados.

Para ser elegible para este seguro, el grupo debe tener un mínimo de 50 empleados. El empleado debe tener una edad mínima de dieciocho (18) años de edad. **EL CONTRATANTE** aporta el (100%) del pago de la prima de la cobertura del seguro, por lo que se constituye en un Seguro **NO CONTRIBUTIVO**.

DEPENDIENTES ELEGIBLES: El cónyuge del **Titular del Certificado o Asegurado**, hijos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores para los cuales el **Titular del Certificado o Asegurado** ha sido designado como tutor legal por un

tribunal con jurisdicción competente, que hayan sido identificados en la solicitud y para los cuales se provee cobertura bajo la póliza.

Existe cobertura disponible para los hijos del Titular del Certificado o Asegurado hasta cumplir los veintiún (21) años de edad si son solteros o hasta los veinticuatro (24) años de edad si son solteros y estudiantes a tiempo completo (mínimo 12 horas crédito por semana) en una Institución o Universidad de Estudios Superiores debidamente acreditada en el momento en que el certificado de seguro es emitido o renovado. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la próxima fecha de aniversario de la póliza, siguiente al cumpleaños de los veintiún (21) años de edad, si son solteros o hasta los veinticuatro (24) años de edad y 364 días si son solteros y estudiantes a tiempo completo, fecha a partir de la cual quedarán excluidos como dependientes, su cobertura será terminada y se procederá con el reembolso de la prima no devengada.

Si un hijo dependiente contrae matrimonio, deja de ser estudiante a tiempo completo después de cumplir los veintiún (21) años, cambia su país de residencia o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el **Titular del Certificado o Asegurado** por motivo de divorcio o anulación, la cobertura para dicho dependiente terminará en la siguiente fecha de aniversario del certificado de Seguro del **Titular del Certificado o Asegurado**.

COMIENZO Y TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura comienza en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza y continúa por trescientos sesenta y cinco días (365) consecutivos desde esta fecha, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas y termina al suceder lo primero de lo siguiente:

- (a) A las 12:00 a.m. del día anterior a la fecha de vencimiento; o
- (b) Por el no pago de la prima; o
- (c) A pedido por escrito de **EL CONTRATANTE o TOMADOR** de terminar la cobertura de un **Titular del Certificado o Asegurado**; o
- (d) A pedido por escrito del **Titular del Certificado o Asegurado** de terminar la cobertura para algún dependiente; o
- (e) Por notificación escrita de **LA ASEGURADORA**, para lo cual cuenta con treinta (30) días naturales previos a la fecha de renovación, tal y como se establece en el punto No.15 de las Condiciones Generales de la póliza.

PAGO DE PRIMAS

La forma de pago es _____ y puede realizarse mediante transferencia bancaria a las cuentas de la compañía, el primer pago se realizará el próximo _____. El período de gracia para el pago de la renovación anual del seguro se establece en _____ siguientes a la fecha de vencimiento _____ de la póliza.

AVISO DE PRENOTIFICACION REQUERIDO POR LA ASEGURADORA

EL ASEGURADO DEBE CONTACTAR A LA ADMINISTRADORA DE RECLAMOS DE LA ASEGURADORA, ANTES DE RECIBIR CUALQUIER CUIDADO MEDICO, LOS PLAZOS DE ATENCION DEPENDERAN DEL SERVICIO SOLICITADO, PARA LO CUAL SE REQUIERE UNA PRE-NOTIFICACION, EN DONDE CONSTEN LAS CONDICIONES AUTORIZADAS DE MANEJO MÉDICO O DEL INGRESO DE UN ASEGURADO EN UN HOSPITAL, PARA UN PROCEDIMIENTO MEDICO O DE DIAGNOSTICO QUE SERA PRACTICADO AL ASEGURADO, CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS INCLUIDOS EN ESTA PÓLIZA. EN CASO DE EMERGENCIA NO SE REQUERIRA PRE-NOTIFICACIÓN, PERO SE DEBERA NOTIFICAR A LA ASEGURADORA DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES A LA PRESTACION DEL SERVICIO O TRATAMIENTO DE EMERGENCIA.

SI EL ASEGURADO NO ENTRA EN CONTACTO CON LA ADMINISTRADORA DE RECLAMOS DE LA ASEGURADORA COMO SE HA ESTABLECIDO PREVIAMENTE, EL ASEGURADO SERA RESPONSABLE DE LOS PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN LOS CUADROS DE BENEFICIOS EN EL APARTE "FUERA DE RED", RELACIONADOS CON LA RECLAMACION, EN ADICION AL DEDUCIBLE Y COASEGURO SI ES APLICABLE.

EL BENEFICIO MAXIMO ES DE _____ (_____). LO ANTERIOR OPERA POR ASEGURADO, POR AÑO POLIZA POR LAS ENFERMEDADES Y/O LESIONES CUBIERTAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA PARA EL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS INTERNACIONAL PLAN OPTIMUS.

La presente póliza se ampara los beneficios y condiciones que se especifican en los siguientes documentos:

1. Oferta del producto y Condiciones Particulares, **(Ver Anexo No.1)**.
2. Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Internacional-Plan Optimus **(Ver Anexo No.2)**.
3. Información Previa al Perfeccionamiento del Contrato, Seguro Colectivo de Gastos Médicos Plan Optimus, **(Ver Anexo No.3)**.
4. Procedimiento para la Utilización de los Seguros, Aviso de Siniestros y Reclamos, **(Ver Anexo No.4)**.
5. **(Incluir como anexo los beneficios adicionales que se incluya oferta, tales como Sigma Dental, Medica Visitas y Atención Médica Primaria)**