

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	4
DEFINICIONES	5
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	9
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	9
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	9
3. SEGURO COLECTIVO.....	9
4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	9
5. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA	9
ÁMBITO DE COBERTURA.....	10
SECCIÓN I: RIEGOS CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	10
6. COBERTURAS BÁSICAS	10
6.1. MUERTE ACCIDENTAL	10
6.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE	10
6.3. GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE	12
6.4. GASTOS FUNERARIOS	12
6.5. REPATRIACIÓN FUNERARIA.....	13
7. COBERTURAS ADICIONALES (OPCIONALES)	13
8. SUMAS ASEGURADAS	13
SECCIÓN II: EXCLUSIONES	14
9. EXCLUSIONES GENERALES	14
SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA	15
10. LIMITACIÓN TERRITORIAL Y TEMPORAL.....	15
SECCIÓN IV: DEDUCIBLES Y COPAGO	15
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
11. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES.....	16
12. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	16
13. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO	16
14. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)	17
15. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)	18
16. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)	18
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	18
17. PAGO DE LA PRIMA.....	18
18. FORMA DE PAGO.....	19

19. PERIODO DE GRACIA.....	19
FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA.....	19
20. TARIFAS.....	19
RECARGOS Y DESCUENTOS	20
21. RECARGOS Y DESCUENTOS	20
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	20
22. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	20
23. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO.....	24
24. PAGO DE RECLAMACIONES	25
25. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS	25
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	25
26. VIGENCIA DEL SEGURO	25
27. DERECHO DE PRÓRROGA	25
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL).....	25
28. PERIODO DE COBERTURA.....	25
29. PERIODO DE CARENCIA Y DE ESPERA.....	26
30. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO	26
31. NULIDAD DE LA PÓLIZA.....	26
32. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.....	26
33. SUICIDIO.....	27
34. EDAD.....	27
35. ELEGIBILIDAD	27
36. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA	27
37. MODIFICACIONES.....	28
38. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.....	29
39. REHABILITACIÓN	30
40. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	30
41. PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE PROFESIONALES	30
42. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE COBERTURA	30
43. FRAUDE, FALSEDAD U OMISIÓN	31
44. SUBROGACIÓN.....	31
45. TERMINACIÓN DEL SEGURO	31
46. MONEDA	32
47. PROTECCIÓN DE DATOS.....	32
48. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO.....	32
49. LIMITACIÓN POR SANCIONES.....	32
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	33
50. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	33
51. LEGISLACIÓN APLICABLE	33
COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	33

52. NOTIFICACIONES 33

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la “Compañía”), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el Tomador nombrado en las Condiciones Particulares (denominado en adelante el “Contratante”, “Tomador” y/o el “Asegurado” en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Asegurado”) a la Compañía.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

DEFINICIONES

Para todos los efectos, los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **Accidente:** Es la acción repentina de un agente externo, súbita, inesperada, involuntaria y violenta, cuya fecha se encuentra determinada, de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas y la cual ha sido la causa directa de la muerte, daño físico, o incapacidad permanente del Asegurado, lo cual puede determinarse por un Médico. Incluye dentro de este concepto: a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, por inmersión en el agua u obstrucción y la electrocución; b) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado; c) Picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos; d) La rabia, el carbunco o tétano de origen traumático. la acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el Asegurado, como consecuencia del mismo.
2. **Administrador del Servicio:** Es el medio mediante el cual la Compañía administra una red de proveedores para brindar servicios y coberturas a nivel nacional dispuestas para el Asegurado y sus Beneficiarios en este Seguro.
3. **Área Rural:** Abarca los cantones centrales de las provincias de Limón, Guanacaste y Puntarenas.
4. **Asegurado:** Es la persona física y elegible que se adhiere al Seguro Colectivo el cual cumple con las condiciones de asegurabilidad establecidas en este Seguro y que está expuesta a los riesgos objeto del mismo. Reside en el territorio nacional. En términos generales, es la persona física expuesta a los riesgos que puedan afectar su integridad corporal o su salud. Es el titular del Interés Asegurable, y quien asume los derechos y obligaciones derivadas del contrato.
5. **Asistencia:** Son los servicios que se le brindarán al Asegurado de conformidad con los términos y condiciones que se describen en este Seguro.
6. **Beneficio:** Es la prestación, indemnización o reembolso a la que el Asegurado accederá en caso de ocurrencia de alguno de los hechos expresamente cubiertos por el presente Seguro, de acuerdo con las condiciones del Plan.
7. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
8. **Certificado de Seguro o Certificado:** El certificado de seguro es el documento que adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento colectivo pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales.
En el certificado de aseguramiento consta: i) Información propia de la solicitud de seguro; ii) El número de póliza colectiva y el tomador de la misma; iii) Número de registro del producto en la superintendencia; iv) Nombre, identificación y domicilio del o los asegurado(s); v) Créditos cuyos pagos son objeto de la cobertura; vi) Vigencia; vii) Monto de la prima, forma de pago y plan de pago; viii) Límite de responsabilidad.
9. **Condiciones Generales:** Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recogen los principios básicos que regulan este contrato de seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe la Compañía. Incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes contratantes e incorporan las condiciones especiales. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
10. **Condiciones Particulares:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.
11. **Conducto De Pago:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Asegurado por su cuenta y riesgo podrá optar, para su facilidad, a realizar el (los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Asegurado no le exime de su responsabilidad de que el (los) pago(s) llegue al domicilio de la Compañía.

12. **Consentimiento:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Tomador y la Compañía, determinado en el Contrato de Seguro.
13. **Conviviente:** Persona del sexo opuesto o del mismo sexo al Asegurado con quien éste(a) convive por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable, de conformidad con lo establecido en el Código de Familia.
14. **Cónyuge:** Consorte. Para efectos de esta Póliza se define como la unión en matrimonio de acuerdo con lo establecido en el Código de Familia (Ley 5476 y sus reformas).
15. **Copago:** Únicamente para la cobertura adicional de “**ASISTENCIA A LA SALUD**”, sirve para definir la diferencia que existe entre el precio de un Servicio y el valor del mismo que cubre un Plan. Se trata, por lo tanto, del monto que tiene que pagar el Asegurado para acceder a dicho Servicio indicado según la cobertura de cada uno.
16. **Deducible:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que afecten el siniestro; y tiene como finalidad que el Asegurado haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca un siniestro. El Deducible que se haya establecido en las Condiciones Particulares se rebajará de la pérdida indemnizable que corresponda al Asegurado, una vez que se haya aplicado el porcentaje de infraseguro, el salvamento y la participación contractual a cargo suyo, si existiese.
17. **Día de Pago:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
18. **Disputabilidad:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios dentro de un plazo determinado.
19. **Elegible:** Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula “**ELEGIBILIDAD**”.
20. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
21. **Enfermedades o Condiciones Preexistentes o Anteriores:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la adquisición del Seguro; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.
22. **Establecimiento Hospitalario, Hospital, Clínica o Centro Médico:** Es un lugar que: a) Cuenta con habilitación o permiso vigente, si así fuese requerido por la ley; b) Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas; c) Cuenta con un cuerpo de uno o más médicos disponibles en forma permanente; d) Presta servicios de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente; e) Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del Hospital, previamente acordados. No son considerados Hospitales los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.
23. **Entidad Aseguradora:** Denominado también Compañía es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora. Para efectos de este contrato, denominada la Compañía.
24. **Emergencia:** Hecho súbito e imprevisto que ponga en riesgo la integridad física del Asegurado, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de Asistencia, con un lapso máximo de cuarenta y ocho (48) horas de haber acontecido y que se trate de un evento cubierto.
25. **Equipo Médico:** Es el personal médico y demás equipo asistencial subcontratado por el Administrador del Servicio puesto en contacto con el Asegurado, apropiado para prestar servicios de asistencia prehospitalaria en urgencia médica.
26. **Gran Área Metropolitana:** El gran área metropolitana, abreviado como GAM, incluye las grandes áreas urbanas adyacentes de las provincias de San José, Alajuela, Heredia y Cartago, específicamente los siguientes cantones: de la provincia de San José, los cantones de San José, Escazú, Desamparados, Aserrí, Mora, Goicoechea, Santa Ana, Alajuelita, Vázquez de Coronado, Tibás, Moravia, Montes de Oca, Curridabat, de la provincia de Alajuela, los cantones centrales Alajuela, Grecia, Atenas, Palmares, Poás, San Ramón, de la provincia de Cartago, los cantones centrales de Cartago, Paraíso, La Unión, Oreamuno, El Guarco, de la provincia de Heredia, los cantones centrales de Heredia, Barva, Santo Domingo, Santa Bárbara, San Rafael, Belén, Flores, San Pablo.

27. **Grupo Asegurable:** Es el grupo natural de Asegurados sobre el que se hace la emisión de un seguro colectivo, quienes tienen una vinculación jurídica con el Tomador a través de una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.
28. **Grupo Asegurado:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
29. **Hora Contractual:** Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia de la póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
30. **Horario de Atención de Emergencias:** El servicio de asistencia estará disponible las veinticuatro (24) horas los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.
31. **Horario Comercial:** Días hábiles, no feriados, de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm.
32. **Homicidio:** Significa la muerte del Asegurado causada por hechos de otra persona. Se entiende como homicidio doloso o intencional, el causado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado, o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos y actúa a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, tal como establecen los artículos 31, 111 y 112 del Código Penal de Costa Rica. El homicidio culposo o involuntario es el causado por hechos accidentales, fortuitos o involuntarios del causante, o como consecuencia del proceder negligente o culposo, de acuerdo a lo expresado en el artículo 117 del Código Penal de Costa Rica.
33. **Hospitalización:** Utilización durante al menos un (1) día completo de los servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en un Hospital, Clínica o Centro Médico por un Asegurado que se registre como paciente por prescripción de un Médico.
34. **Incapacidad Temporal:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual por un mínimo de sesenta (60) días calendario. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y temporal de esta póliza no guarda relación alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.
35. **Incapacidad Total y Permanente:** Es el estado en que se encuentra un Asegurado como consecuencia de haber sufrido una Lesión o una Enfermedad, que le impide, de forma total y absoluta, generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un período no menor de nueve (9) meses continuos y que cumpla con la condición de que la probabilidad de recuperación, desde el punto de vista médico, sea nula, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente el Asegurado. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y permanente de esta póliza no guarda relación alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.
36. **Interés Asegurable:** Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
37. **Intermediario de Seguros:** Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas.
38. **Lesión:** Es un daño corporal, enfermedad o dolencia, incluyendo cuidado requerido, pérdida de servicios o muerte que resulte, causados exclusivamente por Accidente.
39. **Límite de Responsabilidad:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en concepto de una cobertura particular según se muestra en las Condiciones Particulares.
40. **Médico:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. Para todos los efectos, no será considerado como Médico: i) el Asegurado; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.
41. **Medicamento Necesario:** Es la recomendación hecha por el Médico cuando ella es consistente con los síntomas, diagnóstico, y tratamiento de la condición del Asegurado y la misma es apropiada en relación con las reglas de la buena práctica médica.
42. **Miembro de la Familia:** Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes, sus hijos, hijastros, sus padres, padrastros, suegros, hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos, nietos,

- nueras, menores bajo su tutela, tíos (entendiéndose por tales, los hermanos de su padre o madre) y sobrinos (comprendiendo únicamente, los hijos de un hermano), siempre y cuando residan en el mismo país del Asegurado.
43. **Modalidad Contributiva:** Se denomina así el seguro donde el asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.
 44. **Modalidad No-Contributiva:** Se denomina así el seguro donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
 45. **Período de Cobertura:** Se entiende que la cobertura es a “base de ocurrencia” porque cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes.
 46. **Plan de Seguro o Plan:** Alternativa elegida por el Asegurado en el Certificado de Seguro donde se indica claramente los Asegurados cubiertos, la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por esta Póliza.
 47. **Póliza de Seguro o Póliza:** Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro. Descrito en adelante como el “Seguro”.
 48. **Prima:** Es el Precio que deberá pagar el Contratante o Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra el riesgo contratado mediante el presente contrato.
 49. **Propuesta de Seguro:** Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles.
 50. **Riesgo(s):** Vulnerabilidad de la persona objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño en su integridad física o la muerte. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.
 51. **Servicio(s):** Es la asistencia que se le brinda al Asegurado de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente Seguro.
 52. **Siniestro:** La ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.
 53. **Solicitud de Inclusión y Certificado de Seguro:** Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro. La solicitud de seguro es la solicitud de ingreso al esquema de aseguramiento colectivo, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, por parte del aspirante a devenir Asegurado presentada a la Compañía. El certificado de seguro es el documento que adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento colectivo pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales.
En el certificado de aseguramiento consta: i) Información propia de la solicitud de seguro; ii) El número de póliza colectiva y el tomador de la misma; iii) Número de registro del producto en la superintendencia; iv) Nombre, identificación y domicilio del o los asegurado(s); v) Créditos cuyos pagos son objeto de la cobertura; vi) Vigencia; vii) Monto de la prima, forma de pago y plan de pago; viii) Límite de responsabilidad. Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.
 54. **Solicitud de Seguro del Propuesto Asegurado:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
 55. **Solicitud de Seguro del Tomador:** Formulario que será completado por algún representante del Tomador el cual recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
 56. **Suma Asegurada:** Es el monto máximo a cargo de la Compañía establecido por cada Siniestro y para cada cobertura incluida en la lista de Coberturas Básicas y Adicionales, de acuerdo al Plan contratado por el Asegurado.
 57. **Tiempo de Espera:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
 58. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o Jurídica que suscribe el Seguro con la Compañía. Este lo contratará únicamente por cuenta de terceras personas. Es al Contratante a quien le corresponde la obligación de pagar las Primas estipuladas en ella.

- 59. Traslado Urgente:** Servicio de ambulancia terrestre o aérea (avión o helicóptero), unidad móvil que cuente con equipo médico de primeros auxilios, material biomédico, fármacos y tripulación conformada por especialistas en la atención de emergencias médicas.
- 60. Transporte Privado:** Es aquel medio de transporte el cual no está disponible al público en general, el cual no esta sujeto a rutas u horarios definidos de previo.
- 61. Transporte Público:** Es cualquier medio de transporte de pasajeros a título oneroso por tierra, agua o aire, con recorrido fijo, operado con habilitación válida y en un todo de acuerdo a las disposiciones legales o reglamentarias aplicables.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Solicitud de Seguro del Propuesto Asegurado, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud/Certificado y Addendum.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y las Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro del Propuesto Asegurado, Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud/Certificado y el Certificado.

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. En los casos en que se adhieran nuevas Condiciones Particulares o Addenda a esta póliza, prevalecerán las estipulaciones de las nuevas Condiciones Particulares o Addenda sobre lo demás.

3. SEGURO COLECTIVO

Este es un Seguro Colectivo que podrá ser contratado en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Tomador con los Asegurados. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como "Tomador del Seguro Colectivo". El deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud de Seguro del Asegurado presentada por el Contratante, o bien, si la Compañía realiza una Propuesta de Seguro, con la aceptación que el Contratante hace de esta propuesta.

Cuando se trata de la Solicitud de Seguro del Asegurado, la cobertura del seguro entra a regir una vez que esta solicitud cumpla con todos los requisitos de la Compañía y sea aceptada dentro del plazo máximo de treinta (30) días naturales. La Compañía podrá rechazar la solicitud dentro del mismo plazo de treinta (30) días naturales.

Cuando se trata de la Propuesta de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que el Contratante acepta los términos de esta propuesta dentro del plazo de quince (15) días hábiles. En caso de nuevos ajustes realizados por el Contratante a la Propuesta de Seguro, se entenderá como una nueva Solicitud de Seguro y la cobertura entra a regir a partir de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía conforme a esa nueva Solicitud de Seguro para lo cual tendrá un nuevo plazo de treinta (30) días naturales.

5. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

En caso de que el contenido de esta póliza difiera de lo indicado en la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud de Seguro del Asegurado o Propuesta de Seguro, prevalecerá lo indicado en esta póliza. No obstante, la persona Asegurada tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha en que se emita la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIEGOS CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

6. COBERTURAS BÁSICAS

6.1. MUERTE ACCIDENTAL

Al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento de un Asegurado, producida como consecuencia inmediata de un Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada convenida menos las cantidades abonadas en concepto de incapacidad total y permanente y desmembramiento, siempre que dicho accidente haya ocurrido.

Solamente se cubrirá la muerte que se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días naturales de ocurrido el Accidente y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las Lesiones provocadas por el mismo.

Esta cobertura comprenderá:

- **Muerte en Accidente Aéreo:** La Compañía pagará la Suma Asegurada, si el Asegurado muere como consecuencia de un accidente aéreo, ocurrido de manera fortuita y repentina, independiente de la voluntad de cualquier persona, durante el ascenso, vuelo o descenso de una aeronave de una aerolínea comercial autorizada, con itinerario fijo y horarios de vuelos públicos, en la cual el Asegurado viaja como pasajero, pero no como miembro de la tripulación.
- **Homicidio Culposo:** La Compañía pagará la suma asegurada, si el Asegurado muere víctima de un Homicidio culposo.

El Beneficiario designado, podrá elegir por recibir la Suma Asegurada, en un sólo pago al momento de la liquidación del reclamo correspondiente, o por la opción de recibir una sexagésima parte de la suma asegurada durante sesenta (60) meses hasta alcanzar la totalidad de la Suma Asegurada.

6.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

La Compañía se compromete al pago de la Suma Asegurada, de acuerdo al valor indicado en la “**TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE**” inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente o desmembración del Asegurado.

Todo ello hasta la Suma Asegurada establecida para cada caso en las Coberturas Básicas y Adicionales. En el caso que no se hubiera establecido Suma Asegurada para alguna de las causales descritas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente Póliza de Seguro.

6.2.1. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

Para todos los efectos de esta cobertura, las expresiones siguientes tendrán la aceptación y el alcance que a continuación se les asigna:

Pérdida de la mano: Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación de la muñeca.

Pérdida de un pie: Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación del tobillo.

Pérdida de la visión: La pérdida completa e irreparable del sentido de la visión, es decir el estado de ceguera.

Pérdida de un dedo: La separación absoluta y completa de dos falanges.

Anquilosis: La limitación total de los movimientos de una articulación movable.

Pérdida: En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado de manera tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones.

Solamente los casos listados a continuación se encuentran cubiertos:

TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida:	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.....	100%
Pérdida de ambas manos.....	100%
Pérdida de ambos pies.....	100%
Pérdida de la vista de ambos ojos.....	100%
Pérdida de una mano y un pie.....	100%
Pérdida de una mano y la vista de un ojo.....	100%
Pérdida de un pie y la vista de un ojo.....	100%
Pérdida de la voz y el habla.....	100%

PARCIAL

Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos.....	50%
Ablación de la mandíbula inferior.....	50%
Pérdida total de un ojo, reducción de la mitad de la visión binocular normal.....	50%
Sordera total e incurable de un oído.....	50%

Miembros superiores

	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total).....	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional.....	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional.....	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar.....	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio.....	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique	8%	6%

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie.....	40%

Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.....	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie.....	4%

Cuando como consecuencia de un mismo Accidente resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentuales respectivos. Sin perjuicio de lo anterior, el Beneficio total no debe exceder el cien por ciento (100%) de la Suma.

El Asegurado o el Beneficiario designado por éste, podrá elegir por recibir la Suma Asegurada, en un sólo pago al momento de la liquidación del reclamo correspondiente, o por la opción de recibir una sexagésima parte de la suma asegurada durante sesenta (60) meses hasta alcanzar la totalidad de la Suma Asegurada.

6.3. GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE

La Compañía reembolsará al Asegurado o al Beneficiario los gastos incurridos a consecuencia del Traslado Urgente en que incurra el Asegurado, inmediatamente después de ocurrido un Accidente amparado por esta póliza, con consecuencias críticas que ponga en peligro la vida del Asegurado y que impida el traslado por sus propios medios hasta el Establecimiento Médico en que se realice la primera cura.

La cobertura provista por esta cláusula está limitada al traslado urgente dentro del territorio de la República de Costa Rica.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de **"MUERTE ACCIDENTAL"** y el monto a indemnizar en concepto de traslados por accidente será adicional a la Suma Asegurada de la cobertura de **"MUERTE ACCIDENTAL"** sin exceder los siguientes límites:

- Traslado Terrestre: Doscientos cincuenta mil colones (¢250.000,00) o quinientos dólares (US\$ 500,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por evento y en su agregado anual.
- Traslado Aéreo: Un millón doscientos cincuenta mil colones (¢1.250.000,00) o dos mil quinientos dólares (US\$ 2.500,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por evento y en su agregado anual.

6.4. GASTOS FUNERARIOS

En caso que el Asegurado fallezca por un Accidente, la Compañía, reembolsará los servicios funerarios dentro del territorio de la República de Costa Rica.

Los bienes y servicios cubiertos son:

- Trámites legales ante las autoridades competentes, para la inhumación o cremación.
- Traslados terrestres a nivel nacional.
- Cofre de madera de corte lineal estándar.
- Servicio de tanatopraxia (arreglo, vestimenta, maquillaje).

- Decoración de iglesia o sala de velación con 3 (tres) arreglos florales
- Espacio en arriendo por 5 (cinco) años en cementerios disponibles a nivel nacional donde exista dicha modalidad y según disponibilidad o servicio de cremación.
- Utilización de las salas de velación a nivel nacional en caso de ser requerido, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de “**MUERTE ACCIDENTAL**” y los montos serán adicionales a la Suma Asegurada de la cobertura de “**MUERTE ACCIDENTAL**”, de acuerdo a las siguientes limitaciones: sin exceder los siguientes límites:

- Por medio de reembolso.
- Hasta un millón trescientos cincuenta mil colones (¢1.350.000,00) o dos mil setecientos dólares (US\$ 2.700,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por fallecimiento.

6.5. REPATRIACIÓN FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Asegurado cubierto bajo esta Póliza, se incluye dentro de esta cobertura el pago del traslado de sus restos mortales hasta la República de Costa Rica.

Esta cobertura comprende todo el proceso burocrático para la liberación de los restos mortales, pasaje aéreo, embalsamamiento, gastos desde cualquier lugar del mundo hasta el lugar del sepelio, incluyendo el pasaje de ida y vuelta de un Beneficiario o algún familiar cercano que designe el Beneficiario.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de “**MUERTE ACCIDENTAL**” y los montos serán adicionales a la Suma Asegurada de la cobertura de “**MUERTE ACCIDENTAL**”, de acuerdo a las siguientes limitaciones: sin exceder el siguiente límite:

- Hasta un cinco millones de colones (¢5.000.000,00) o diez mil dólares (US\$ 10.000,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por fallecimiento.

7. COBERTURAS ADICIONALES (OPCIONALES)

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la Prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, el Contratante y la Compañía podrán convenir en adicionar a esta Póliza la(s) Cobertura(s) Adicional(es) descritas en el Anexo incorporado a continuación, el cual forma parte de las Condiciones Generales:



Anexo de
Coberturas Adicionales

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.assanet.cr, o bien a través del teléfono 2503-2700.

8. SUMAS ASEGURADAS

Los Límites de Responsabilidad de cada Cobertura dependerán del tipo de plan que tenga contratado el Asegurado. El Límite de Responsabilidad correspondiente a cada Asegurado estará indicado en el Certificado.

En todo caso, los Límites de Responsabilidad o Suma Asegurada para los riesgos cubiertos serán detallados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado. Lo anterior será aplicable todos los tipos de coberturas que ampara el presente producto.

SECCIÓN II: EXCLUSIONES

9. EXCLUSIONES GENERALES

Se encuentran excluidas de todas las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, los hechos que sean consecuencia de:

- 9.1. **Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad que no sea causada directamente por accidentes u otros hechos cubiertos por la presente póliza, tales como, pero no únicamente, el Homicidio doloso.**
- 9.2. **Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo; suicidio o tentativa de suicidio.**
- 9.3. **Lesiones causadas intencionalmente por el Beneficiario o por cualquier otra persona.**
- 9.4. **Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo o de los Beneficiarios de esta póliza.**
- 9.5. **Efectos de la energía nuclear en cualquier forma.**
- 9.6. **Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, inundaciones, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y otros.**
- 9.7. **Accidentes ocasionados como consecuencia de que el Asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.**
- 9.8. **Lesiones durante la participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.**
- 9.9. **Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en líneas aéreas comerciales autorizadas con itinerario fijo, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.**
- 9.10. **Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes.**
- 9.11. **Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del Asegurado.**
- 9.12. **Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**

- 9.13. El Homicidio doloso, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional “HOMICIDIO DOLOSO”.
- 9.14. La muerte accidental en vuelos en avión privado, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional “MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO”.
- 9.15. La incapacidad temporal, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional de “INCAPACIDAD TEMPORAL”.
- 9.16. Cualquier gasto médico, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional de “GASTOS MÉDICOS”.
- 9.17. Cualquier servicio de asistencia funeraria, a menos que se encuentre contratada la cobertura de “ASISTENCIA FUNERARIA ANTE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA”.

SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA

10. LIMITACIÓN TERRITORIAL Y TEMPORAL

Esta Póliza operará las veinticuatro (24) horas del día, todos los días del año, dentro y fuera de la República de Costa Rica y garantiza al Asegurado protección contra accidentes en todo momento y lugar, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un Accidente, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en esta póliza.

SECCIÓN IV: DEDUCIBLES Y COPAGO

Para las coberturas básicas de “MUERTE ACCIDENTAL”, “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”, “GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE”, “GASTOS FUNERARIOS”, “REPATRIACIÓN FUNERARIA” y las coberturas adicionales opcionales de “HOMICIDIO DOLOSO”, “MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO”, “GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE”, “ASISTENCIA FUNERARIA - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA”, “MUERTE ACCIDENTAL A CAUSA DE UN ACCIDENTE VEHICULAR, FERROVIARIO, MARÍTIMO O DE AVIACIÓN”, “DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR” y “ASISTENCIA A LA SALUD” no aplicará ningún deducible.

Para la cobertura adicional de “INCAPACIDAD TEMPORAL” se aplicará el deducible especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

En el caso de la cobertura de “ASISTENCIA MÉDICAS VISITAS”, aplicará el Copago establecido en el Anexo que forma parte de estas Condiciones Generales.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

11. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado designa libremente a su(s) Beneficiario(s) al momento de suscribir la Póliza y podrá modificarlos en cualquier momento, siempre que el Seguro este vigente, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el Asegurado dirigido a la Compañía.

Si se designa más de un Beneficiario(s) y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), los Beneficiarios(s) tendrán

una participación igual. Si cualquier Beneficiario(s) designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado Beneficiario(s) terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos Beneficiario(s) que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en la designación de Beneficiarios(s). Cualquier cantidad para la que no haya Beneficiario(s) designado al fallecimiento del Asegurado, será pagada a la orden del albacea del proceso sucesorio respectivo. Cuando no se designe Beneficiario(s), o la designación se tome ineficaz o el seguro se quede sin Beneficiario(s) por cualquier causa, se considerarán Beneficiario(s) a los herederos establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

Para el pago de la cobertura de “**DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR**” los Beneficiarios nombrados por el Asegurado deberán de ser necesariamente menores de edad los cuales sean hijos legalmente reconocidos del Asegurado.

Advertencia:

“En el caso de que se desee nombrar Beneficiario(s) 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 Beneficiario(s), durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario(s) al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiario(s) en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.”

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

12. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Compañía se compromete a darle trámite diligente a cada uno de los reclamos interpuestos como consecuencia de la celebración del Contrato de Seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la Compañía, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva. El retraso injustificado en el pago de dicha prestación, obligará a la Compañía a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al Tomador y/o Asegurado, mismos que, para el caso específico de mora en el pago de la indemnización, consistirán en el pago de intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma principal adeudada.

Asimismo, la Compañía se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al Asegurado, consagrados dentro de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (Acuerdo SUGESE 06 – 13), Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros (Acuerdo SGS-DES-A-031-2014) y demás normativa aplicable.

13. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

El Tomador y/o Asegurados están obligados a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o Asegurados, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato.** La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la

reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud intencional producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

El Tomador y/o Asegurados deberá cancelar la prima en las fechas establecidas para tales efectos. En caso de que el Tomador se encuentre moroso en el pago de la prima, la Compañía estará facultada a dar por terminado anticipadamente el contrato, o bien, proceder con el cobro de la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el contrato se mantenga vigente.

El Tomador y/o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula **“PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO”**. **Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.**

Durante el trámite del reclamo, el Tomador y/o Asegurado, deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberán colaborar con la Compañía en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para que la Aseguradora pueda darle trámite al reclamo. **El incumplimiento demostrado de dichas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida, liberará a la Compañía de su obligación de indemnizar.**

El Tomador deberá cumplir con el recaudo y depósito a favor de la Compañía de las primas del seguro, según lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

14. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)

Independientemente del registro que deba mantener la Compañía, el Contratante tendrá un registro actualizado de los Asegurados por la póliza conteniendo las calidades de cada persona. El Contratante estará obligado a enviar periódicamente a la Compañía, a través de los medios y en los formatos indicados por la Compañía, la información que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración de la póliza y para la determinación de las tarifas y montos de primas. Todos los registros del Contratante que puedan ser relacionados con esta póliza estarán expuestos a inspección por parte de la Compañía en cualquier momento, y el Contratante está obligado a cooperar con las inspecciones que realice la Compañía y facilitar cualquier información adicional relacionada con la póliza que la Compañía solicite y que el Contratante pueda razonablemente obtener o facilitar.

Cualquier error cometido por el Contratante al mantener y actualizar estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiese terminado de acuerdo a las condiciones de elegibilidad, pero al conocerse el error se hará el ajuste de primas correspondiente.

El error cometido por la Compañía de no proceder con las instrucciones del Contratante de dar por terminada la cobertura de un Asegurado en la fecha que exprese tal instrucción, ocasionará un ajuste y devolución de primas, correspondiente al período que se mantuvo la vigencia de la cobertura en exceso de la fecha señalada en tal instrucción. Igualmente, si la Compañía mantuviera vigente la cobertura de un Asegurado que haya dejado de ser elegible conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares, ocasionará que la Compañía efectúe un ajuste y devolución de prima no devengada correspondiente al período en que el Asegurado no fue elegible.

Si algún Asegurado resultare perjudicado por razón de informaciones inadecuadas o insuficientes provocadas por el intercambio de información entre la Compañía, Intermediario y/o el Contratante, éstos responderán al Asegurado de manera concurrente e independientemente de la existencia de culpa si así lo determinara un Juez o Árbitro mediante sentencia judicial en firme o Laudo Arbitral en su caso.

No obstante lo anterior e independiente que se haya determinado una responsabilidad concurrente, el Contratante asume las responsabilidades ante la Compañía que emanen de su actuación como “Contratante del Seguro Colectivo”.

En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que la condición que produzca la devolución sea de conocimiento de la Compañía o solicitado por el Contratante.

15. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)

Durante la vigencia del presente Seguro, incluidos los trámites de indemnización, el Tomador y/o Asegurados se comprometen a brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a mantener actualizada dicha información. En caso contrario la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

16. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)

Cuando exista pluralidad de seguros, de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato, el Asegurado deberá advertirlo la Compañía en la Solicitud de Seguro del Asegurado .

Suscrito el contrato, el Asegurado tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la Suma Asegurada.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

17. PAGO DE LA PRIMA

El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza y según el Plan Contratado por el Asegurado en la Solicitud de Seguro del Asegurado .

Las primas serán calculadas según el método indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, sujeto al derecho de la Compañía, de acuerdo con la estipulación de la cláusula “**TARIFAS**”, a cambiar la tarifa que se utilizará para el cálculo de las primas.

Bajo la modalidad contributiva, en caso que la cobertura del seguro sea cancelada por el Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la inclusión en el Seguro y siempre que no exista reclamación sobre la misma, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna por ser de vigencia mensual, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Las primas se pagarán mensualmente, y las mismas se determinarán multiplicando la Suma Asegurada total en vigor en la fecha de vencimiento de la Prima, por la tarifa mensual entonces en vigor; las primas mensuales para el seguro pueden ser calculados por cualquier otro método mutuamente convenido que produzca aproximadamente la misma cantidad total.

El Contratante preparará una declaración cada mes, especificando los totales de Suma Asegurada de cada Asegurado en vigor en el primer día del mes, la cual, conjuntamente con la remesa de prima, será enviada a la Compañía.

Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación de su cobertura por parte del Asegurado.

La Prima podrá ser pagada de manera anual o podrá ser fraccionada, sin recargos, en periodos mensuales de acuerdo a lo que se indica en el Certificado.

18. FORMA DE PAGO

Las primas deberán ser pagadas por el Contratante en el domicilio de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto al domicilio de la Compañía y/o a una persona distinta (intermediario de seguros, representante o recaudador) no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en el domicilio de la Compañía, salvo que en las Condiciones Particulares se haya pactado que el pago de las primas se realizará en el domicilio del Asegurado. Para que la Compañía esté obligada al pago de la indemnización deberá haber percibido la prima única convenida, o las parciales, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento del pago único, o cualquier pago parcial, que se hubiese fijado en las Condiciones Particulares.

Si la prima no ha sido pagada dentro del plazo establecido en esta póliza, la Compañía podría notificar la terminación del contrato, o bien, cobrar la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el contrato se mantenga vigente.

Durante este período de gracia la póliza permanecerá en vigor. Una vez vencido dicho periodo, la póliza terminará automáticamente y la responsabilidad de la Compañía será la establecida en la cláusula "REHABILITACIÓN".

Si la muerte del Asegurado, o cualquier otro riesgo cubierto mediante Addendum, ocurriera dentro del periodo de gracia, estarán cubiertos por la póliza siempre que el Contratante pague previamente la prima vencida correspondiente al contrato colectivo. Lo anterior aplica de forma independiente a que la póliza se haya contratado bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva.

19. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la Compañía podrá tomar una de las dos siguientes opciones:

- a. Dar por terminado el contrato, quedando liberada la Compañía de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Asegurado, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,
- b. Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Asegurado, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguiente a la fecha de caducidad.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al Asegurado, cualquiera que ella sea.

Si una o varias de las coberturas son canceladas por el Contratante, durante o al final del período de gracia, el Contratante será responsable por el pago de una prima a prorrata por el tiempo que la póliza ha estado en vigor durante dicho período de gracia.

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

20. TARIFAS

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, la Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la

respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa que utilizará para la Renovación de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares.

La Compañía sólo tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, con la Renovación de la Póliza de acuerdo con lo establecido en el párrafo anterior.

La prima a pagar en cada fecha de vencimiento de prima, será igual a la suma de los cargos de prima por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares.

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, los Asegurados podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieren conformes con la modificación con solo comunicarlo por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de vigencia del Addendum de la modificación y no podrán optar por mantener la cobertura vigente con la prima de la vigencia anterior.

RECARGOS Y DESCUENTOS

21. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo, a excepción de los que podrían de aplicarse en la cláusula “**EDAD**”, en relación a la permanencia y edad del Asegurado en la Póliza de Seguro.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

22. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

22.1. Procedimiento Aplicable a Todas las Coberturas, excepto para la Cobertura de ASISTENCIA FUNERARIA - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, la cual tiene su propio procedimiento.

22.1.1. Contactar en primera instancia con la Central de Asistencia de la Compañía.

En caso de ser necesaria la utilización de alguna de las coberturas que otorga la presente Póliza, el Asegurado tendrá que contactarse con la Central de Asistencia de la Compañía, mediante el número de teléfono que se indica en el Certificado.

En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

- Su nombre y el número de Póliza y Certificado;
- El lugar y el teléfono donde se encuentra;
- El problema y el tipo de información o ayuda necesaria.

22.1.2. En los casos de Muerte Accidental ó solicitud de reembolso de gastos cubiertos, el Asegurado o los Beneficiarios comunicarán a la Compañía el acaecimiento del Siniestro dentro de los cinco (5) días naturales de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

22.1.3. El Asegurado o los Beneficiarios estarán obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información y documentación necesaria para verificar el siniestro o la extensión del Beneficio, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministren, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle a la Compañía las indagaciones necesarias a tales fines.

22.1.4. Toda la documentación debe ser entregada en original, salvo indicación en contrario, y estar acompañada del Formulario de Denuncia de Siniestros de la Compañía debidamente cumplimentado.

22.1.5. A partir del cumplimiento de todas las exigencias establecidas en esta cláusula por parte del Asegurado, la Compañía tiene un plazo de treinta (30) días naturales para pronunciarse acerca del derecho del Asegurado para acceder al Beneficio.

Una vez vencido el plazo señalado en el párrafo precedente para que la Compañía se pronuncie acerca del derecho del Asegurado, el Beneficio se pagará dentro de los treinta (30) días naturales de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida.

En el caso de las coberturas de **“MUERTE ACCIDENTAL”, “HOMICIDIO DOLOSO”, “MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO”, “MUERTE ACCIDENTAL A CAUSA DE UN ACCIDENTE VEHICULAR, FERROVIARIO, MARÍTIMO O DE AVIACIÓN”, “DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR”** el pago del Beneficio se hará dentro de los treinta (30) días de notificado el Siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere esta cláusula.

En cualquier caso, si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado, de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente los hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que trata esta cláusula y cualquiera otra donde se especifica una obligación de remitir información/documentos con este propósito.

22.2. Para la cobertura “MUERTE ACCIDENTAL”, “HOMICIDIO DOLOSO”, “MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO”, “MUERTE ACCIDENTAL A CAUSA DE UN ACCIDENTE VEHICULAR, FERROVIARIO, MARÍTIMO O DE AVIACIÓN”, “DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR”:

Los Beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
- b) Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.
- c) Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
- d) Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
- e) Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, se deberá aportar:
 - a. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció;
 - b. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).
 - c. Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular o el trámite de apostilla respectivo.

Para la cobertura de **“DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR”** se deberá de presentar los mismos documentos anteriores para el Cónyuge o Conviviente fallecido y un certificado de matrimonio o la documentación similar que pruebe la relación con el Asegurado y el certificado de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.

22.3. Para la cobertura de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”:

El Asegurado o Beneficiario(s) tendrá(n) que presentar los siguientes documentos a satisfacción de la Compañía:

- a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.

- b) Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado.
- c) Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por la Medicatura Forense del Poder Judicial; de no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un Médico nombrado por el Asegurado, un Médico nombrado por la Compañía y un tercer Médico especialista nombrado de común acuerdo entre el médico del Asegurado y el médico de la Compañía. Los Médicos de la mencionada junta deberán tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad y cumplir con la definición indicada en la sección "DEFINICIONES". Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al Médico de su escogencia, y los honorarios del tercer Médico designado serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
- d) Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
- e) Estado de cuenta con el saldo insoluto de la Deuda a la fecha de la muerte del Asegurado u original de la certificación del contador del Tomador en la que se indique el valor del Saldo de la Tarjeta al momento del fallecimiento del Asegurado.
- f) Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente o se diagnosticó la enfermedad que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
- g) Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso que la CCSS no emita dicha certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que en efecto no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.

La Compañía tendrá el derecho a que un Médico de su elección examine al Asegurado y acepte o rechace el dictamen médico aportado por el Asegurado y por consiguiente acepte o rechace el reclamo. Los honorarios de este médico examinador serán pagados por la Compañía. En caso que la Compañía rechace el reclamo como consecuencia de dicho examen, el Asegurado podrá ejercer las acciones correspondientes de conformidad con lo que se establece a continuación.

En caso que el Asegurado o Tomador estén en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrán solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado o Tomador, según corresponda. En caso que no haya interés o no exista acuerdo entre las partes para realizar la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución de controversias establecidos en la presente Póliza.

22.4. Para la cobertura "GASTOS FUNERARIOS" y "REPATRIACIÓN FUNERARIA":

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de "**MUERTE ACCIDENTAL**", el Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

- a) Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de los gastos funerarios y la repatriación de los restos mortales del Asegurado.

22.5. Para la cobertura "INCAPACIDAD TEMPORAL":

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

- a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
- b) Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Temporal del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado, los días de incapacidad y porcentaje de incapacidad que sufre el Asegurado.
- c) Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.

- d) Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que se originó la Incapacidad Temporal.
- e) Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso que la CCSS no emita dicha certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que en efecto no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.

22.6. Para la cobertura “GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE”:

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

- a) Certificado extendido por el Médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico.
- b) Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso.

22.7. Procedimiento Aplicable a la “COBERTURA DE ASISTENCIA FUNERARIA - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA”:

En caso de fallecimiento del Asegurado de acuerdo con la **COBERTURA DE ASISTENCIA FUNERARIA – FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA**, los Beneficiarios del Asegurado deberán comunicarse telefónicamente con el **Administrador de la Red de Servicios Funerarios** a los teléfonos o correos electrónicos señalados en el Certificado de Seguro.

- 22.7.1.** El operador del Administrador del Servicio indicará al solicitante del servicio que la llamada telefónica será grabada con el propósito de controlar la calidad del servicio, así como la fecha y hora de la solicitud del mismo.
- 22.7.2.** El operador solicitará el número de la Póliza y el número de la cédula de identidad del Asegurado.
- 22.7.3.** El operador realizará algunas preguntas básicas y confirmará la procedencia de la reclamación.
- 22.7.4.** El operador asignará un número de reclamación y lo informará claramente al solicitante, indicándole la hora exacta de la solicitud del servicio.
- 22.7.5.** El operador solicitará un número telefónico o una dirección de correo electrónico para confirmarle este número y la hora exacta de la reclamación.
- 22.7.6.** Dentro de las siguientes cinco (5) horas al momento de la llamada realizada por el solicitante, el operador indicará al solicitante el nombre del(os) Proveedor(es) de Servicios Funerarios de la zona donde se encuentra el fallecido, así como las condiciones en que será atendido, los servicios que le serán prestados y el alcance de la Cobertura.
- 22.7.7.** Una vez que el operador del Administrador del Servicio reciba la aceptación del Reclamante, coordinará la prestación del servicio.
- 22.7.8.** El operador del Administrador del Servicio informará al solicitante telefónicamente la forma y hora en que recibirá el servicio.

De conformidad con lo establecido en este Seguro, si por causa de Fuerza Mayor la Compañía no atiende el servicio dentro de las cinco (5) horas siguientes a la llamada registrada por el Administrador de la Red de Servicios Funerarios, los Beneficiarios del Asegurado podrán reclamar a la Compañía el beneficio de la Cobertura por reembolso, previa la presentación de:

- 22.7.9.** El formulario de reclamación suministrado por la Compañía completo;
- 22.7.10.** Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado fallecido por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- 22.7.11.** Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil.
- 22.7.12.** Carta de solicitud del reembolso indicando claramente el número de reclamación con fecha y hora de solicitud del servicio, nombre y número de identificación del Asegurado fallecido, fecha y lugar del fallecimiento, número de la Póliza, y relación completa de los documentos aportados.

22.7.13. Original de la factura expedida por la empresa prestadora de los Servicios Funerarios, así como los originales de las facturas de los servicios adicionales correspondientes.

22.8. Para la cobertura de “ASISTENCIA A LA SALUD”:

Se requiere únicamente la llamada al teléfono descrito en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado en aras de ponerse en contacto con el Administrador del Servicio, quien, a la mayor brevedad posible, coordinará el uso del servicio, según la asistencia requerida, debiendo suministrar el Asegurado: (i) nombre completo; (ii) destinatario del servicio; (iii) número de cédula de identidad o número de residencia; (iv) dirección donde solicita el servicio; (v) número de teléfono; (vi) tipo de asistencia que se precisa, y; (vii) datos de la Póliza de Seguro.

Cuando el Asegurado fallezca y si por circunstancias ajenas a la voluntad de la Compañía se haga necesario el reembolso de la Cobertura, los Beneficiarios del Asegurado deberán presentar completos los requisitos para el trámite ante la Compañía o el Intermediario de Seguros con el cual adquirió la Póliza, debiendo gestionar el trámite en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario después de ocurrido el Siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo los Beneficiarios del Asegurado deberá(n) demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento a los Beneficiarios del Asegurado de los gastos emergentes en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

El solicitante de los gastos de servicios funerarios tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen en esta cláusula.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales a los Beneficiarios del Asegurado.

22.9. Para la cobertura de “ASISTENCIA MÉDICAS VISITAS”:

Se requiere únicamente la llamada al teléfono descrito en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado en aras de ponerse en contacto con el Administrador del Servicio, quien, a la mayor brevedad posible, coordinará el uso del servicio, según la asistencia requerida, debiendo suministrar el Asegurado: (i) nombre completo; (ii) destinatario del servicio; (iii) número de identificación; (iv) dirección exacta donde solicita el servicio; (v) número de teléfono; (vi) tipo de asistencia que se precisa, y; (vii) datos de la Póliza de Seguro.

23. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado o al(los) Beneficiario(s), según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: Cualquier Asegurado o Beneficiario(s), según sea el caso, está autorizado para solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

Instancia de atención: En caso de persistir la declinación de la cobertura del seguro, el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, podrá acudir a esta instancia, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la Compañía que declinó el reclamo, con el objeto de ser atendida resuelta su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página web de la Compañía.

24. PAGO DE RECLAMACIONES

Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y aceptación de pruebas satisfactorias de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación el Asegurado tendrá derecho a apelar ante la Compañía, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en esta póliza.

25. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, autorizan a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la lesión y el monto correcto a ser pagado según la tabla de indemnizaciones, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el Beneficiario y el Contratante están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Asegurado cuando y tantas veces como lo requiera mientras esté pendiente una reclamación bajo la póliza y de investigar las circunstancias de la muerte, lesión, accidente o enfermedad, exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, a practicar la autopsia ya sea antes o después del entierro.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

26. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato tiene una vigencia temporal de un año, contado a partir de la fecha de vigencia que se expresa en las Condiciones Particulares.

27. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza podrá ser prorrogada automáticamente por períodos anuales y permanecerá vigente, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada se encuentre vigente.

Las prórrogas de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que la Compañía convenga a la fecha de prórroga, con una previa solicitud del Contratante y aceptación expresa de la Compañía dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de cada periodo. Deberá cumplirse con el mecanismo de comunicación previsto en estas Condiciones Generales para informar a los Asegurados.

El certificado de prórroga correspondiente, autorizado y expedido por la Compañía, será la prueba de la prórroga para el Contratante.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

28. PERIODO DE COBERTURA

El periodo de cobertura de esta póliza es sobre la base de la ocurrencia del siniestro.

29. PERIODO DE CARENCIA Y DE ESPERA

Para esta Póliza no habrá periodo de carencia o periodo de espera, pero para las asistencias de “**Visita Médica con Especialista en Nutrición**” y “**Visita Médica con Especialista en Fisioterapia**” aplicará un periodo de carencia de sesenta (60) días naturales.

30. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

El Asegurado o su(s) beneficiario(s) perderán el derecho a cualquier BENEFICIO en los siguientes casos:

- a) **Inobservancia a las condiciones de la Póliza;**
- b) **Al ser constatado o comprobado que el Asegurado o sus Beneficiarios o representantes de éstos actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la contratación de la Póliza o para obtener o mejorar el monto de los Beneficios.**
- c) **Si se demuestra que el Asegurado o sus beneficiarios o representantes de éstos con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía disimulan o declaran inexactamente hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones al momento de brindar información acerca del Siniestro.**
- d) **Cuando con igual propósito al anterior no den el aviso de Siniestro dentro del plazo estipulado en esta póliza o no le remitan a tiempo la documentación y toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.**
- e) **Por el incumplimiento o no ejecución por parte del Asegurado de aquellos actos establecidos en esta Póliza con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación a no ser que se pruebe que dicho incumplimiento no ha tenido influencia alguna en la producción del siniestro o en la agravación de sus resultados.**

31. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Este Seguro será absolutamente nulo en cualquier momento durante la vigencia del mismo, si se determina que se han declarado de manera falsa, inexacta, parcial o reticente hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, al momento de suministrar información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere muto engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas por el Tomador, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

32. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La cobertura de los Asegurados será disputable únicamente durante los primeros dos (2) años de vigencia; sin embargo, siempre será disputable por declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado o Contratante, actuando con dolo, según se detalle en la cláusula “**NULIDAD DE LA PÓLIZA**”.

El periodo de disputabilidad se iniciará:

- a) En la fecha en que se otorga la cobertura de cualquier Asegurado.

- b) En casos de incrementos de Suma Asegurada hechos con posterioridad a la fecha original en que se otorgó la cobertura a un Asegurado, el período de disputabilidad iniciará, con respecto de dicho aumento, en el momento en que la Compañía acepte dicho incremento y otorgue la cobertura así aumentada.
- c) Si la cobertura del Asegurado hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepte dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

33. SUICIDIO

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión de la póliza o de su rehabilitación, la Compañía se limitará a devolver al Beneficiario las primas pagadas. Transcurrido el plazo de dos (2) años, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, salvo para la Cobertura de **ASISTENCIA FUNERARIA - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA**, la cual no se brindará en caso de Suicidio.

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión de cualquier aumento por una suma asegurada adicional, la Compañía pagará con respecto a tal aumento sólo las primas pagadas por tal aumento. Transcurrido el plazo de dos (2) años de la suma asegurada adicional, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a un cambio de Plan que implique incremento en el valor asegurado, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación con respecto del aumento de la Suma Asegurada.

34. EDAD

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados.

En cualquier caso, cuando el Asegurado llega a cumplir la edad límite establecida en el acuerdo de las reglas de elegibilidad, la Compañía continuará otorgando cobertura siempre y cuando se opte mediante acuerdo con el Contratante al momento de celebrar el Seguro Colectivo, alguna de las siguientes opciones:

1. Aplicación automática de una tarifa especial, previamente negociada entre las partes, a partir de esa edad límite y para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro, o;
2. Realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance esa edad límite, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto y, por lo tanto, se proceda con la aplicación de un recargo especial o la exclusión del Asegurado de la Póliza de Seguro.

En caso de aplicarse análisis médicos que resulten en un recargo especial, la Compañía le comunicará al Asegurado una propuesta de cobertura en la que contendrá la nueva tarifa, debiendo responder su anuencia o renuencia a dicha propuesta de cobertura dentro del plazo de quince (15) días hábiles siguientes.

35. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para este Seguro aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable que al momento de ser incorporadas a la póliza no se haya comprobado médicamente que padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de tales padecimientos.

El Tomador debe garantizar que cada una de las personas que figuran en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza, pertenece al Grupo Asegurable

36. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA

Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la obligación de indemnizar que tiene la Compañía se extinguirá si demuestra que el Asegurado o los Beneficiarios declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin perjuicio de que la conducta del Asegurado o del reclamante configure el delito de simulación. En este caso, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

37. MODIFICACIONES

Durante la Vigencia de la Póliza se podrán cambiar los términos y condiciones solamente mediante un Addendum debidamente aceptado y firmado por el Contratante y un representante autorizado de la Compañía.

No obstante lo anterior, si los riesgos asegurados en esta póliza cambiaran o variaran, la Compañía podrá modificar las condiciones de este contrato. **Asimismo, podrá dar por terminada la cobertura o el contrato, según sea el caso, si demuestra que las nuevas condiciones de residencia, ocupación del Asegurado o Grupo Asegurado hubieran impedido la emisión de la póliza.**

Cuando no proceda la terminación del contrato, la Compañía comunicará la modificación al Contratante, según lo contenido en la cláusula de “**NOTIFICACIONES**”, y otorgará diez (10) días hábiles para que el Contratante manifieste si acepta o no las nuevas condiciones. Si dicho plazo transcurriera sin que el Contratante se manifieste, se tendrán por aceptadas las nuevas condiciones desde la fecha de comunicación y se procederá al cobro del ajuste de prima que corresponda (si la hubiere) y la notificación de las nuevas condiciones a los Asegurados y entregar la nueva documentación respectiva.

Cuando el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del día en que se haya pagado la prima correspondiente (si la hubiere), debiendo notificarse también, las nuevas condiciones a los Asegurados para que en un plazo de diez (10) días hábiles acepten o rechacen dichas modificaciones; de ser aceptadas, se deberá entregar la documentación respectiva.

Si el Contratante no aceptara las nuevas condiciones en virtud de los cambios o variaciones en el riesgo, la Compañía dará por terminado el contrato y le devolverá la prima no devengada, debiendo notificar dicha terminación a los Asegurados.

Cuando sea el Contratante quien conoce la variación, deberá notificarlo por escrito a la Compañía en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado tenga o deba tener conocimiento de la circunstancia que provoque la variación en las condiciones del riesgo asegurado. Si la agravación depende de la voluntad del Contratante y/o Asegurado, debe notificar a la Compañía en un plazo máximo de diez (10) días hábiles con anticipación a la fecha en que se inicia la agravación del riesgo. El Contratante o Asegurado, según sea el caso, tomará a su propio costo todas las precauciones adicionales, razonables y necesarias que le sean requeridas con el fin de garantizar un funcionamiento confiable y seguro de los riesgos asegurados.

En caso de agravación del riesgo la Compañía evaluará las nuevas condiciones del riesgo asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días calendario y, si fuera necesario, ajustará el alcance de la cobertura y de la prima, podrá requerir nuevas medidas de prevención de daños, razonables y necesarias o modificar las condiciones de aseguramiento existentes, según lo indicado.

La Compañía podrá rescindir el contrato o la cobertura, según sea el caso, si en el plazo de diez (10) días hábiles contado a partir del recibo de la propuesta de modificación, el Contratante o el Asegurado no la acepta.

La falta de notificación del Contratante o del Asegurado, con respecto a la agravación del riesgo, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de conformidad con la cláusula “TERMINACIÓN DEL SEGURO”. La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida, por parte del Asegurado, la comunicación de la Compañía.

La Compañía podrá rechazar las nuevas condiciones cuando incorporen un riesgo que originalmente no hubiera cubierto, en cuyo caso procederá a la exclusión de la cobertura

afectada o a la cancelación del seguro, siendo que la Compañía notificará al Contratante y al Asegurado dentro del plazo de diez (10) días hábiles su decisión.

En caso de disminución del riesgo la Compañía en un plazo máximo de diez (10) días hábiles valorará las nuevas condiciones y procederá al reintegro del exceso de prima, si procediera.

En cualquier caso, el Contratante tiene el deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

38. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

La participación de utilidades está sujeta a las siguientes condiciones:

- Toda participación de utilidades debe estar sujeta a que la Póliza sea renovada para el siguiente periodo.
- El cálculo de la participación de utilidades ocurriría noventa (90) días después de terminada la vigencia de la Póliza y siempre que la Póliza se mantenga vigente.
- En el caso que no se dieran utilidades, las pérdidas del periodo serán aplicadas a la liquidación anual siguiente y en caso de persistir las pérdidas, serán aplicadas a los siguientes periodos anuales hasta su extinción. En cada renovación del contrato, en caso de existir pérdidas se podrán realizar los ajustes técnicos correspondientes para garantizar suficiencia de prima.

Porcentaje de Devolución por Buena Experiencia (DBE%)

Este porcentaje de devolución por buena experiencia dependerá del volumen del grupo asegurado, de la antigüedad de la póliza y de la utilidad de la póliza en el año de la participación.

Antigüedad	DBE(ant)%
1-2 años	0%
3-5 años	5%
6-10 años	10%
Más de 10 años	15%

Tamaño Grupo	DBE(tam)%
0-250 asegurados	0%
251-1000 asegurados	10%
1001-5000 asegurados	20%
5001-10000 asegurados	30%
Más de 10000 asegurados	40%

Utilidad	DBE(uti)%
0 a 10%	0%
10.1% a 20%	5.0%
20.1% a 35%	7.5%
35.1% a 50%	10.0%
50.1% a 60%	15.0%
Más del 60%	20.0%

$$DBE\% = DBE(ant)\% + DBE(tam)\% + DBE(uti)\%$$

Fórmula

Saldo de Ejercicio

$$Resultado = P \times (1 - factor) - SI - Arrastre$$

Devolución por Buena Experiencia DBE

$$DBE = \max(P \times (1 - factor) - SI - Arrastre, 0) \times DBE\%$$

Factor = B + C + Reas + Imp

Donde:

- P: Prima Pagada Anual.
- SI: Siniestros Incurridos, que equivale a los siniestros pagados, siniestros reportados no pagados.
- Arrastre: Saldos Negativos de Ejercicios Anteriores.
- Factor: Costos de Adquisición (B), Costos de Administración (C), Reaseguro (Reas), Impuesto Bomberos (Imp) e Impuesto INEC(Imp2).
- DBE%: Porcentaje de Devolución por buena experiencia.
- DBE: Devolución por buena experiencia.

39. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período de rehabilitación ya que la cobertura terminó automáticamente por falta de pago.

El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del Seguro Colectivo; por tanto, en caso de cancelación de cobertura de uno o más Asegurados por incumplimiento en el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura para el(los) Asegurado(s) mediante notificación por escrito a la Compañía, sometiéndose el (los) Asegurado(s) a los requisitos de asegurabilidad que señale la Compañía, y previo pago de todas las primas atrasadas que adeuda el Contratante.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o declinar toda solicitud de rehabilitación.

40. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del Seguro finalizará automáticamente cuando se presente alguna de las siguientes condiciones y en las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:

- 40.1. A la muerte del Asegurado.
- 40.2. Al final de la vigencia del Certificado.
- 40.3. Al final del plazo de vigencia de la Póliza.
- 40.4. La Compañía pague la totalidad de la Cobertura **"INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE"**.

41. PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE PROFESIONALES

En todos los casos el profesional Médico o nutricionista o fisioterapeuta sugerido o coordinado por la Compañía actuarán, de acuerdo a su capacidad médica o jurídica, sólo en nombre y por cuenta exclusiva del Asegurado.

La Compañía no asume responsabilidad alguna por el asesoramiento o por el servicio prestado por tal profesional Médico, nutricionista o fisioterapeuta.

El Asegurado no tendrá acción ni podrá reclamar contra la Compañía con motivo de la sugerencia o coordinación de un profesional Médico, nutricionista o fisioterapeuta o debido a cualquier consecuencia legal o de otra índole que resulte de la misma. El Asegurado será responsable por el costo de los servicios coordinados por la Compañía que no tengan cobertura de acuerdo a esta Póliza. En el caso en que la Compañía pague servicios no protegidos por esta Póliza, se reserva el derecho de cobrar esos importes del Asegurado.

42. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE COBERTURA

El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de otra cobertura de este u otro contrato expedido por la Compañía de este mismo tipo de seguro para que la Compañía se abstenga de expedir otro contrato similar.

En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro, se considerará a esta persona asegurada solamente bajo la Póliza que le proporcione el mayor beneficio, y será devuelta a los beneficiarios la prima correspondiente a las otras Pólizas expedidas al Asegurado dentro de los siguientes quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la Compañía tenga conocimiento del vicio.

43. FRAUDE, FALSEDAD U OMISIÓN

Cualquier omisión, declaración falsa o inexacta, dolo o mala fe, reticencia o disimulo de los hechos importantes, tanto para la apreciación de los riesgos como la aceptación del negocio o en conexión con un reclamo, tales como los conozca o deba conocer el Asegurado o quien por él contratare este seguro, facultará a la Compañía para solicitar la nulidad de esta póliza, de manera absoluta o relativa, según corresponda.

44. SUBROGACIÓN

Antes del pago de la indemnización, el Asegurado está obligado a realizar a expensas de la Compañía, todo lo que esta pueda razonablemente requerir para ejercer cuantos derechos, recursos y acciones que pudiera corresponderle contra terceros.

Como consecuencia del pago de la indemnización, la Compañía de pleno derecho se subrogará automáticamente en los derechos que el Asegurado puede tener así como en sus correspondientes acciones contra los autores responsables del siniestro, pérdida, daño o gasto, por cualquier carácter o título que sea por el solo hecho del pago de la indemnización y hasta el monto de ella. La Compañía no aplicará la subrogación contra el Asegurado, contra las personas que las partes acuerden expresamente, así como a aquellas con quienes el Asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que actúen con dolo. La Compañía no se valdrá de la subrogación en perjuicio del Asegurado. Esta prohibición se extenderá a las personas que las partes acuerden expresamente en las Condiciones Particulares, así como a aquellas con quienes el Asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo. Si por cualquier circunstancia la Compañía necesitare exhibir algún documento en que el Asegurado hiciera a favor de ella a la subrogación de todos sus derechos y acciones que contra terceros surgieran a consecuencia del siniestro, el Asegurado quedaría obligado a reiterar la subrogación en escritura ante un Notario Público.

Tanto antes como después de cobrar la indemnización, el Asegurado queda comprometido a presentar las denuncias correspondientes ante los tribunales competentes, con el objeto de que la Compañía pueda ejercer los derechos, recursos y acciones derivados o procedentes de la o subrogación aquí prevista. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto imputable al Asegurado, la Compañía podrá requerirle al Asegurado el reintegro de la suma indemnizada.

45. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este contrato podrá ser terminado de forma anticipada por:

- a) Mutuo Acuerdo.
- b) Falta de pago de primas según se estipula en la cláusula de "**PAGO DE LA PRIMA**", al término del periodo de gracia, por lo tanto, la Compañía deberá aplicar el proceso que se describe en la cláusula "**PERIODO DE GRACIA**", mediante el cual deberá dar por terminado el contrato o mantener vigente el contrato y cobrar la prima por la vía ejecutiva, según lo indicado en esta cláusula.
- c) Por el Contratante: Unilateralmente cuando el Contratante decida no mantener el seguro. En cuyo caso deberá dar aviso por escrito a la Compañía según la cláusula de "**NOTIFICACIONES**", con al menos un mes de anticipación.
- d) Por la Compañía: Unilateralmente cuando exista alguna de las siguientes circunstancias:
 - d.1. Por el incumplimiento de las obligaciones del Asegurado que derivan del Contrato de Seguro y del ordenamiento jurídico.
 - d.2. Por cualquier causa debidamente justificada por la Compañía según los casos previstos por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y devolverá la prima no devengada. La Compañía hará el reintegro de las primas no devengadas en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

46. MONEDA

Este seguro se contrata en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares, ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses. Por lo tanto, los montos indicados en el presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía se efectuarán en la moneda en que se haya pactado y la cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación a los límites o montos indicados en esta póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

No obstante, a elección del deudor de la obligación de pago, cualquier pago podrá efectuarse en colones costarricenses al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

47. PROTECCIÓN DE DATOS

La información que en virtud de la suscripción del presente contrato de seguro sea obtenida por la Compañía, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La Compañía estará obligada a guardar el deber de confidencialidad de la información frente al Asegurado y solo quedará liberada de este deber mediante convenio escrito, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de diseminación de los datos.

48. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Las acciones que se derivan de la presente póliza de seguro y de los Addenda expedidos **prescribirán transcurrido el plazo de 4 (cuatro) años**, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

49. LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico,

financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

50. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Cuando exista declinación de un reclamo para hacer efectiva la cobertura del seguro, o bien, una disconformidad por la calidad en el cumplimiento de las obligaciones de la Compañía, el Tomador podrá acudir la instancia de atención de quejas y reclamaciones con el objeto de ser atendida y resuelta su queja o reclamación. Dicha instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia operativa respecto del área administrativa de la Compañía que declinó el reclamo o incumplió sus deberes. Las reglas y funciones de esta instancia de atención de quejas y reclamaciones están reveladas en la página web de la Compañía.

Con independencia de la instancia anterior, las partes pueden someterse directamente (sin agotar la instancia anterior) a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato de Seguro.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

51. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este Seguro, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

52. NOTIFICACIONES

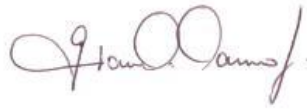
Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía al Contratante y/o Asegurado, deberá ser por escrito y podrá ser entregada personalmente; enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal; desde que sea depositado en las oficinas del correo; o bien, desde que se compruebe la recepción de la comunicación generada a distancia, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse a partir de esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá cumplir con la misma regla establecida anteriormente siempre que sea realizada en las direcciones de contacto establecidas en las Condiciones Particulares, o Solicitud de Seguro del Asegurado.

El Contratante y/o Asegurado Principal, por este medio podrá autorizar a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal, siempre que se respalde fehacientemente dicha autorización.

En fe de lo cual se firma este Seguro en la República de Costa Rica.

Assa Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

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-A05-661 de fecha 12 de octubre del 2018.