

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO BIENESTAR ASSA" (COLONES)
CONDICIONES GENERALES

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (en adelante se denominara "LA COMPAÑÍA"), y de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares, se emite este SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE de acuerdo con las condiciones generales que a continuación se establecen y las declaraciones hechas por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE nombrado en la "Solicitud-Certificado" (denominado en adelante como el "ASEGURADO y/o CONTRATANTE". La póliza del seguro está constituida únicamente por la Solicitud Certificado y las Condiciones Generales, documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

I. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

- a) ACCIDENTE:** Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta 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.
- b) 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 el seguro autoexpedible de Vida.
- c) ASEGURADO:** Es toda persona física que en sí misma está expuesta a los riesgos objeto de este contrato de seguro.
- d) BENEFICIARIO(S):** Es(son) la(s) persona(s) física(s) designada(s) por EL ASEGURADO, a quien(es) se le(s) reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este seguro. Para las coberturas de los Servicios Adicionales, se entienden como beneficiarios, el Cónyuge o CONVIVIENTE y/o hasta dos hijos que sean menores de veinticinco (25) años de edad.
- e) CANCELACIÓN:** Es la terminación anticipada del seguro por la COMPAÑÍA en aplicación de la cláusula "XI. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS".
- f) CÁNCER:** Es una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presenta en uno o más tejidos corporales o aparece en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia. La enfermedad debe ser diagnosticada por médico especializado en medicina, graduado y registrado y autorizado para ejercer la profesión médica por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, sobre la base de los resultados positivos de un examen microscópico o especializado al efecto, ya sea biopsia o autopsia, según corresponda. Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo.
- g) CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones.
- h) CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del ASEGURADO, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por EL ASEGURADO, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por EL ASEGURADO o por terceros.
- i) CONTRATANTE o TOMADOR:** Es la persona física que firma y contrata el seguro. Es a quien corresponde el pago de las primas e informa a los BENEFICIARIO(S), u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones en cuanto a las operaciones de cobertura o información otorgada. Podría coincidir o no en la figura del ASEGURADO.
- j) CONVIVIENTE:** Persona del sexo opuesto al Asegurado/Tomador /Contratante 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. Referido en la Solicitud-Certificado como "Asegurado Adicional".
- k) 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). Referido en la Solicitud-Certificado como "Asegurado Adicional".
- l) DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación realizada por EL ASEGURADO en la "Solicitud-Certificado" de solicitud del Contrato de Seguro AUTOEXPEDIBLE.
- m) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es el estado en que se encuentra un ASEGURADO como

consecuencia de haber sufrido un accidente, que cause una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior a 67% para generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un período no menor de seis (6) meses continuos, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente EL ASEGURADO.

- n) **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:** Es la cantidad máxima que pagará LA COMPAÑÍA por la Suma Asegurada contratada.
- o) **OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES:** En adelante como "OPERADOR", son las personas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se comprometen frente a dicha entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguros AUTOEXPEDIBLES convenidos.
- p) **PERIODO DE CARENCIA:** Plazo posterior al inicio de vigencia del seguro donde el reclamo del seguro o del servicio no procede.
- q) **PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de sesenta (60) días calendario para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las "Solicitud-Certificado".
- r) **RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** No es una obligación contractual del asegurador ni tampoco del Asegurado. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.
- s) **SOLICITUD-CERTIFICADO:** Documento expedido por LA COMPAÑÍA, donde se informan las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro, como son: Datos del Operador; número de póliza; vigencia del contrato; datos del ASEGURADO/CONTRATANTE; datos del Cónyuge o Conviviente; datos del Plan de Seguro; declaraciones del ASEGURADO/CONTRATANTE, cónyuge y/o conviviente; designación de Beneficiarios; datos de los usuarios para la Cobertura de Servicio (básica); autorización para el pago de la prima con cargo automático.
- t) **SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico elegido por EL ASEGURADO y que es determinante para que LA COMPAÑÍA establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro según el plan contratado (A,B ó C).

- u) **SUMA ASEGURADAS GLOBALES:** Es la sumatoria de cada una de los Planes contratados por el ASEGURADO/CONTRATANTE en distintos contratos de Seguro Autoexpedible "Seguro Bienestar ASSA".
- v) **VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual LA COMPAÑÍA se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir o brindar servicios a una persona según se detalla en las "Solicitud-Certificado".

II. **OBJETO DEL SEGURO:** LA COMPAÑÍA indemnizará al(los) ASEGURADO(S) y/o BENEFICIARIO(S), según sea el Plan escogido de acuerdo a la opción de Montos Asegurados que se muestra en la Solicitud-Certificado, de acuerdo con los términos, condiciones y exclusiones contenidas en la Póliza, sobre la base de las siguientes coberturas:

- Coberturas básicas:

1. Muerte no Accidental
2. Cáncer
3. Muerte Accidental
4. Incapacidad Total y Permanente por Accidente.
5. Renta mensual por muerte accidental

- Coberturas de Servicio (básica):

6. Servicio odontológico familiar
7. Servicio funerario familiar

III. **COBERTURAS BÁSICAS**

1. **MUERTE NO ACCIDENTAL:** Si EL ASEGURADO fallece por cualquier causa no accidental, LA COMPAÑÍA pagará al (los) BENEFICIARIO(S) el monto establecido en el Límite de Responsabilidad señalado en la "Solicitud-Certificado" del Plan (A, B ó C) contratado, sujeto a los términos y condiciones descritas en las Condiciones Generales
2. **CÁNCER:** Si EL ASEGURADO es diagnosticado como enfermo de cáncer, LA COMPAÑÍA anticipará, el cincuenta por ciento (50%) del monto establecido en la cobertura por Muerte No Accidental al momento del diagnóstico. En caso de fallecimiento posterior del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA pagará la diferencia a los beneficiarios.
3. **MUERTE ACCIDENTAL:** Si EL ASEGURADO, durante la vigencia del seguro, sufre la muerte como resultado directo y exclusivo de un accidente, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada contratada.
4. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Si EL ASEGURADO a causa de un accidente es declarado total y permanentemente incapacitado durante la vigencia de la cobertura, LA COMPAÑÍA anticipará el cincuenta por ciento (50%) del monto establecido en la cobertura por **Muerte Accidental**; en caso de fallecimiento posterior del ASEGURADO durante la vigencia del seguro y a causa del accidente que origina la incapacidad o por

cualquier otro accidente, LA COMPAÑÍA pagará el cincuenta por ciento (50%) restante de la cobertura por **Muerte Accidental**. Para todos los efectos, la declaratoria de incapacidad total y permanente a causa de un accidente debe ser expedida por la Caja Costarricense del Seguro Social, el Poder Judicial, o Entidad Aseguradora que esté autorizada para aceptar riesgos del trabajo a través del Seguro Obligatorio de Riesgos del trabajo, o en su defecto, por la Compañía en los casos en donde no sean atendidos directamente por aquellos. En caso que sea la Compañía la que deba dictaminar la incapacidad total y permanente, podrá recibir del Asegurado pruebas médicas realizadas por un médico especialista contratado por el Asegurado para valorarlas a través de médicos que la Compañía contrate con el objetivo de determinar fehacientemente la declaratoria de incapacidad total y permanente; los gastos de los médicos contratados por la Compañía correrán por parte de ésta. Cuando hubiere desacuerdo entre La Compañía y el Asegurado respecto de la declaratoria o no de la Incapacidad Total y Permanente, el Asegurado puede solicitar se practique de nuevo una valoración física, y la Compañía accederá a ello. La valoración física será efectuada por un médico especialista o por dos médicos especialistas nombrados uno por cada parte, quienes en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer médico especialista. El dictamen del tercer médico, cuando fuere necesario, se mantendrá dentro de la determinación de la declaratoria o no de la de la Incapacidad Total y Permanente que constan en los informes individuales de los otros dos médicos. El Asegurado y la Compañía pagarán respectivamente los honorarios de sus propios médicos y compartirán

en partes iguales los demás gastos de la valoración física y del tercer médico en discordia.

5. RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL: En caso de muerte accidental del ASEGURADO, en adición a la cobertura por Muerte Accidental, LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios, la suma contratada durante doce (12) mensualidades vencidas, para cubrir los gastos de estudio, gastos de manutención del hogar, gastos de alimentación o para destinarlo a cualquier otro uso que el(los) BENEFICIARIO(S) considere(n). Alternativamente, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de realizar la indemnización total en su pago sin deducir el costo financiero por el anticipo de las mensualidades - pendientes.

IV. COBERTURAS DE SERVICIO (BASICAS): Adicionales a las Sumas Aseguradas de las Coberturas Básicas de la Cláusula III, se incluyen las siguientes Coberturas de Servicios que operan en el territorio nacional y podrán ser solicitadas y coordinadas a través del número telefónico de servicio establecida en la Solicitud-Certificado; estos servicios son:

6. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA FAMILIAR:

Este servicio ampara, a través del Administrador del Servicio, al ASEGURADO/CONTRATANTE y sus Beneficiarios, cubriendo una atención por Urgencias Odontológicas y la programación de citas con dentistas profesionales para brindar, entre otros, valoración y diagnóstico de los pacientes, el tratamiento paliativo e inicial de urgencias dentales, tales como, dolores agudos, inflamaciones y/o sangrados abundantes.

Los tratamientos por urgencias odontológicas cubiertas por **LA COMPAÑÍA**, son los que se definen a continuación:

URGENCIA ODONTOLÓGICA	DESCRIPCIÓN	% COBERTURA
Alivio del dolor	Eliminar dolor agudo en diente o encía.	100%
Valoración y medicación	Valoración y medicación.	100%
Tratamiento de hemorragia bucal	Control de hemorragia en la boca.	100%
Retiro de cuerpo extraño	Retiro de objeto extraño de la encía o pieza dental.	100%
Drenaje de absceso – intraoral	Liberación de presión por acumulación de pus dentro de la boca.	100%
Reimplante diente avulsionado	Reposicionar y/o mantener en boca una pieza dental que se ha caído por un trauma.	100%
Re Cementación temporal Coronas	Cementar una corona cuando se cae, en forma temporal.	100%
Alivio de prótesis parciales y/o totales sobre contorneadas	Es el desgaste de la pasta de un aparato (caja o puente) que esté extendido más de lo normal y esté maltratando el tejido blando.	100%
Tratamiento de alveolitis	Tratamiento post extracción por complicación.	100%
Tratamiento sintomático aftas menores en cavidad oral	Establecer que una ulcera o lesión presente se trata de un afta y realizar prescripción de medicamentos y recomendaciones, y/o aplicar medicamentos desensibilizantes, antisépticos y antiinflamatorios	100%
Diagnóstico y tratamiento sintomático de la glosopirosis	Dolor generalizado en la cavidad oral que se trata mediante prescripción médica y recomendaciones. Se debe a cambios hormonales (son más frecuentes durante la vejez y en mujeres).	100%
Rayos-X	Radiografía de un diente completo.	100%
Cirugía	Extraer una pieza dental que se encuentre por fuera de las encías.	80%
Restauración	Colocación o reemplazo de resinas, amalgamas o calzas.	80%

Cada vez que el Asegurado o Beneficiario visite al odontólogo por un tratamiento de urgencia o solicite un tratamiento preventivo, deberá cancelar al odontólogo: (i) por tratamientos de atención prioritaria y examen clínico y diagnóstico: 0% del costo del tratamiento (ii) por tratamientos de cirugía oral y/o restauración: 20% del costo de la cirugía y/o restauración. **Cualquier otro tratamiento no contenido en el cuadro adjunto no está cubierto y deberá ser realizado por cuenta propia; estos tratamientos no contenidos en el servicio son: cirugías complejas que requieran de servicios especiales más allá de lo que el común de los Consultorios Odontológicos están preparados para atender por requerirse equipo odontológico adicional al mínimo que establece la regulación del Ministerio de Salud para acreditar clínicas odontológicas, ortodoncia, prótesis (fijas y removibles), cirugías de las encías o tratamientos que por su mayor complejidad requieren procedimientos diferenciados. De igual forma no se incluye la atención de cirugías para implantes ni tratamientos estéticos o tratamientos derivados de accidentes de tránsito, contiendas de velocidad, accidentes deportivos y laborales, además de aquellos ocasionados deliberadamente por el Asegurado y/o beneficiarios del servicio.**

Para obtener la prestación de los tratamientos incluidos, deberá llamar a la línea de servicio indicada y solicitar una cita, la cual será asignada según ubicación y horario que elija el Cliente entre las disponibilidades que se le ofrecen.

En casos de urgencias nocturnas, fines de semana o días feriados, el Administrador del Servicio contará con un grupo limitado de odontólogos con disponibilidad para la atención de las mismas, ubicados preferiblemente en cabeceras de provincia. Para solicitar la cita y para asistir a la consulta, el cliente deberá presentar su cédula de identidad, TIM (Tarjeta de Identidad de Menores), cédula de residencia, carné de refugiado o pasaporte según corresponda e indicar el número de contrato.

Por la índole de los programas de asistencia dental y de los tratamientos contenidos en los servicios, el mismo no incluye atención de enfermedades, accidentes o en general sobre personas que por su estado de salud deben ser atendidas en un hospital ya que requieren de servicios especiales más allá de lo que el común de los Consultorios Odontológicos están preparados para atender por requerirse equipo odontológico adicional al mínimo que establece la regulación del Ministerio de Salud para acreditar clínicas odontológicas.

Además, por seguridad de los odontólogos y de los mismos pacientes, no se atenderán aquellas personas que al presentarse a una cita, se encuentren bajo los efectos del alcohol o alguna droga enervante y/o estupefaciente. Sin embargo, dichas personas tendrán derecho a ser atendidas una vez que hayan pasado los efectos del alcohol o droga.

7. SERVICIO FUNERARIO FAMILIAR: En caso de fallecimiento por cualquier causa del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S) indicados en la "Solicitud-Certificado", el Administrador del Servicio asistirá al ASEGURADO/CONTRATANTE y/o Beneficiarios, las veinticuatro (24) horas del día y durante todo el año, en todos los trámites, gestiones y acciones que requiera para la prestación de un servicio funerario.

Los bienes y servicios cubiertos son:

- Coordinación y trámites de defunción.
- Servicio de carroza para el traslado y funeral.
- Traslado de cuerpo desde el lugar del fallecimiento o de su domicilio hasta las salas de velaciones; y, de la funeraria hasta el cementerio.
- Formalización ó preparación del cuerpo.
- Catafalco de velación; suministro de un crucifijo de Cristo, candelabros, floreros y 2 candelas
- Sala de velación (a disponibilidad de la funeraria seleccionada).
- Cofre Mortuito.

Estos servicios se otorgan bajo las siguientes limitaciones:

- A. Por medio de la red de proveedores de la Compañía en todo el territorio nacional.**
- B. Hasta dos (2) fallecimientos por año en el grupo familiar beneficiado.**
- C. Hasta un millón (¢1.000.000,00) de colones por fallecimiento.**

V. COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL) – CÓNYUGE O CONVIVIENTE

En consideración a la elección realizada por el ASEGURADO/CONTRATANTE y al pago de la prima adicional estipulada en las "Solicitud-Certificado", se hace constar que EL ASEGURADO/CONTRATANTE ha seleccionado la siguiente Cobertura Adicional:

La presente cobertura tiene por objeto incluir en la protección de los beneficios de las COBERTURAS BASICAS al CÓNYUGE O CONVIVIENTE del ASEGURADO/CONTRATANTE en la misma forma en que

las recibiría el ASEGURADO/CONTRATANTE, pero sin incrementar las Sumas Aseguradas.

LA COMPAÑÍA pagará las indemnizaciones de acuerdo a lo estipulado a continuación:

- a) Esta cobertura se otorga a dos personas. Por lo tanto, para todos los efectos de esta póliza, por EL ASEGURADO(S) se entenderá a las personas designadas en la "Solicitud-Certificado";
- b) Todas las estipulaciones del Contrato de Seguro son aplicables a todos los ASEGURADOS; por tanto, cualquier requisito deberá ser cumplido por cada ASEGURADO.
- c) El monto de Sumas Aseguradas de las COBERTURAS BASICAS, será aplicada al ASEGURADO o los BENEFICIARIO(S) del primero de los ASEGURADOS que sufra un accidente o que fallezca.
- d) En caso de muerte, incapacidad total y permanente, o enfermedad simultánea, la Suma Asegurada se dividirá entre el número de los ASEGURADOS afectados.
- e) En caso de muerte simultánea de los Asegurados, la Suma Asegurada será distribuida entre los BENEFICIARIO(S) sobrevivientes según la proporción estipulada para cada uno de ellos en las "Solicitud-Certificado".
- f) El pago de la indemnización por la ocurrencia de algún evento amparado por alguna de las COBERTURAS BASICAS, dará por terminada la cobertura para el ASEGURADO que no se vio afectado.

VI. NULIDAD DEL CONTRATO: Este contrato quedará nulo, de manera absoluta o relativa según corresponda, y LA COMPAÑÍA quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas determine que EL ASEGURADO, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por EL ASEGURADO, por LA COMPAÑÍA o de otros que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviene de EL ASEGURADO, o de quien lo represente, LA COMPAÑÍA tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

VII. GRUPO POR EDADES Y PERMANENCIA: La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años. La Compañía definirá en la Solicitud-Certificado determinados grupos por edades de permanencia para establecer, previo a la contratación del seguro, el costo de la prima correspondiente a la edad en que se contrata, o bien, de haber prórroga de un seguro vigente, conocer cuál será el precio de la prima en caso que el Asegurado ingrese a otro grupo con distinto ámbito de edades de permanencia.

Para efectos de las COBERTURAS DE SERVICIO BASICOS, el Grupo Familiar Asegurado está conformado

por el ASEGURADO/CONTRATANTE, su CÓNYUGE O CONVIVIENTE y hasta dos hijos desde los nueve (9) meses de edad hasta cumplir los veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

VIII. INICIO DE VIGENCIA: El presente seguro AUTOEXPEDIBLE inicia su cobertura con el pago de la prima estipulada al OPERADOR o directamente a LA COMPAÑÍA.

IX. TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El seguro de cualquiera de las personas amparadas por el presente seguro, terminará por algunas de las siguientes causales:

- a. En forma anticipada por parte del contratante, en cualquier momento, sin responsabilidad alguna, dando aviso a La Compañía con al menos un mes (1) de anticipación. En este caso La Compañía conservará la prima devengada por el plazo transcurrido y reembolsará al Asegurado la prima no devengada en un plazo máximo de diez (10) hábiles.
- b. Cuando ocurra el fallecimiento del ASEGURADO o, en su caso, de su CÓNYUGE O CONVIVIENTE de haber sido contratada la COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL).
- c. Al recibo de la solicitud por escrito del ASEGURADO/CONTRATANTE pidiendo la terminación de la póliza. Por falta del pago de la prima.
- d. Al vencimiento del tiempo pactado.
- e. Una vez transcurrido el periodo de gracia sin que se haya realizado el pago de la prima correspondiente.
- f. Cuando aplique la cláusula de Nulidad Absoluta de Derechos.

X. SOLICITUD-CERTIFICADO: LA COMPAÑÍA hace entrega al ASEGURADO, una Solicitud-Certificado de Seguro que contendrá información acerca del Número de Póliza, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Límites de Responsabilidad definidos en cada Plan (A, B ó C), y Prima. La entrega del Certificado de Seguro deberá realizarse en el domicilio de LA COMPAÑÍA, o en el domicilio del OPERADOR, al momento de la suscripción del contrato de seguro.

XI. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS: EL ASEGURADO podrá suscribir varios contratos de seguro autoexpedible de vida con LA COMPAÑÍA directamente o a través de OPERADORES autorizados por aquella, siempre y cuando la "Suma Asegurada Global" no exceda la suma de veintiún millones ochocientos mil colones (¢21.800.000,00).

Si al momento del siniestro, EL ASEGURADO presenta más de una póliza de seguro autoexpedible de vida vigente, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA en ningún caso será superior a la suma establecida de conformidad con el párrafo anterior.

Para estos efectos, LA COMPAÑÍA revisará la sumatoria de las Sumas Aseguradas suscritas por el ASEGURADO y, en caso de verificarse el posible exceso de las Sumas Aseguradas, LA COMPAÑÍA no permitirá la emisión de nuevos contratos de seguro. En caso de emitirse una póliza de seguros en exceso, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de dar aviso al ASEGURADO para la aplicación de la Cancelación de la póliza y devolver la totalidad de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles. Si ocurre un siniestro antes del aviso al ASEGURADO, la COMPAÑÍA se hace responsable por el pago de dicha póliza.

XII. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS: La prima es anual y podrá ser pagada por una única vez o fraccionada en pagos mensuales o semestrales, según se convenga en las "Solicitud-Certificado" de la póliza.

La Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días naturales 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.

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.

Los Asegurados tendrán un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. Las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la Póliza.

Los Asegurados podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieren conformes con las modificaciones que se les efectúen con solo comunicarlo por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la Renovación de la Póliza y no podrán optar por mantener la cobertura vigente con la prima de la vigencia anterior. Asimismo podrán optar por terminar la cobertura de forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a La Compañía con un mes (1) de anticipación. En este caso La Compañía conservará la prima devengada por el plazo transcurrido y reembolsará al Asegurado la prima no devengada en un plazo máximo de diez (10) hábiles.

EL CONTRATANTE es el único responsable del pago de las primas, y EL OPERADOR se encargará de efectuar el

recaudo de la misma, facilitando los esquemas de débito automático elegido por EL CONTRATANTE.

Estando el seguro vigente y la prima del mes correspondiente pagada, en caso de siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar la Suma Asegurada correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones de prima no percibidas y pendientes de pago por parte del ASEGURADO, hasta completar la temporalidad respectiva del contrato. El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual, se devolverá la prima que no haya sido devengada.

XIII. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS: Se concede un período de gracia de sesenta (60) días calendario para el pago de la prima en cualquier fecha de su vencimiento, independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se paga durante el período de gracia, el contrato de seguro terminará automáticamente.

XIV. RENOVACIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE: Este seguro, se emite bajo la modalidad de seguro AUTOEXPEDIBLE. Su vigencia es de un (1) año renovable.

Esta póliza podrá ser renovada por periodos anuales, siempre que se reciba en la Compañía el pago oportuno de las primas en el modo convenido en las Condiciones Particulares. La Compañía podrá cambiar las primas a la renovación de la póliza según lo expresado en la Cláusula XII "Fraccionamiento y Pago de Primas" y la definición de "Renovación de la Póliza".

En caso de que alguna de las partes así lo decida, el presente Contrato podrá no ser renovado. En este caso, la parte que no desea renovarlo notificará a la otra parte su decisión de no renovación. Esta comunicación se hará mediante nota escrita, con un (1) mes de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza.

XV. BENEFICIARIO(S): El ASEGURADO/ CONTRATANTE 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 CONTRATANTE ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), los BENEFICIARIO(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 CONTRATANTE haya dispuesto de otro modo en la designación de BENEFICIARIO(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.

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.

XVI. AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN:

a. El CONTRATANTE o el BENEFICIARIO(S), al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro o cuando desaparezcan las causas de fuerza mayor o caso fortuito que le impidan dar aviso, debe comunicarlo a LA COMPAÑÍA (sea directamente o a través del Operador de Seguros o de la Sociedad Agencia de Seguros) tan pronto le sea posible por cualquier medio, confirmándolo inmediatamente por escrito tan pronto como sea practicable. En caso que el siniestro sea amparado bajo las COBERTURAS DE SERVICIO, deberá comunicarse al número telefónico definido en las "Solicitud-Certificado".

b. El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario desde la fecha de su ocurrencia o desde que se tuvo conocimiento del mismo.

c. 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, o bien, si el aviso no es presentado dentro del plazo indicado por razones culposas, LA COMPAÑÍA deberá demostrar perjuicios económicos para justificar el no pago o reducción de pago de la indemnización. De otra forma, el aviso de siniestro o presentación de pruebas dentro de los límites de tiempo estipulados en esta cláusula no invalidará ni reducirá la reclamación si no fue razonablemente posible dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

Para el trámite del reclamo de las coberturas, excepto la COBERTURA DE SERVICIOS, EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(s), deben presentar los siguientes documentos:

1. Carta del ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), solicitando el pago de la indemnización;
2. Boleta de autorización para la revisión de expedientes médicos ó clínicos.
3. Fotocopia del documento de identidad del ASEGURADO; y BENEFICIARIO(S)
4. Certificado original de defunción, expedida por el registro civil, donde se especifica la causa de la defunción, indicando el tomo, folio y asiento correspondiente.
5. Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, aportar el acta de defunción debidamente certificada, expedida por la autoridad competente del país donde ocurrió el evento. Los documentos deben ser sometidos al proceso de certificación consular.
6. Si el BENEFICIARIO(S) es menor de edad, se debe presentar: i) Certificación de su nacimiento emitida por el Registro Civil; y ii) Copia del documento de identidad sea del padre o de la madre supérstite o del tutor del BENEFICIARIO(S) menor de edad.

Para el caso de la COBERTURA DE SERVICIO, se requiere únicamente la llamada al teléfono descrito en las "Solicitud-Certificado" para la coordinación y uso de la cobertura, debiendo suministrar del CONTRATANTE o del ASEGURADO ADICIONAL: i) nombre completo y ii) número de cédula de identidad.

XVII. PAGO DE LA INDEMNIZACION: Cualquier prestación en que LA COMPAÑÍA se vea obligada, en virtud de una reclamación, será realizada a favor del BENEFICIARIO dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y correspondiente aceptación de pruebas por parte de LA COMPAÑÍA de conformidad con la Cláusula XVI. AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN.

En caso de que LA COMPAÑÍA decline el pago de cualquier reclamación, EL ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), tendrá derecho a apelar ante LA COMPAÑÍA, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en esta póliza.

XVIII. DERECHO DE RETRACTO: El Contratante tiene la facultad revocar unilateralmente el seguro, amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. La notificación de retracto deberá realizarse de conformidad con lo establecido en la cláusula XXIII NOTIFICACIONES. Una vez recibida la notificación de retracto, la Compañía dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles a contar desde el día de la notificación sobre el Retracto, recibida por LA COMPAÑÍA, el OPERADOR o la AGENCIA DE SEGUROS, solicitando devolver el monto de la prima.

XIX. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO AUTOEXPEDIBLE: El plazo de prescripción de las acciones que se deriven de este contrato será de cuatro (4) años, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

XX. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS: EL ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), autorizarán 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, 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(S), 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 al 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.

XXI. EXCLUSIONES GENERALES. La presente póliza no cubre los riesgos que se detallan a continuación:

- a) Fallecimiento por causa de cualquier enfermedad o condición pre-existente a la celebración del contrato de seguro.
- b) Suicidio o tentativa de suicidio, si este ocurre dentro de los dos (2) años posteriores al perfeccionamiento del contrato de seguro;
- c) Homicidio o tentativa de homicidio causado intencionalmente por EL ASEGURADO o BENEFICIARIO(S) o por cualquier persona;
- d) Ataques cardíacos, epilépticos, síncope, y/o accidentes cuando estos se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente;
- e) Infracción de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo y otras normas legales vigentes cuando estas sean objeto de sanciones de conformidad con el Código Penal vigente del país en que ocurra el evento;
- f) Participación en comisión o intento de comisión, por parte del ASEGURADO, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto. Actos de riña, desafío o actos delictivos en que EL ASEGURADO participe por culpa de él mismo o de los BENEFICIARIO(S) de esta póliza;
- g) Energía nuclear en cualquier forma;
- h) Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, deslizamiento de tierras, inundaciones, huracanes, tornados y erupciones volcánicas;
- i) Participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo;
- j) Prestación de servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpo de bomberos, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o partidos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo; prestación de servicios en Aeronaves y Barcos mientras ejecuten sus labores como tripulantes
- k) 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;

ASISTENCIA ODONTOLOGICA FAMILIAR:

Para el uso del servicio, se establece un periodo de carencia de cinco (5) días calendario, posteriores a la fecha de emisión del SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE.

ASISTENCIA FUNERARIA.

- a. **Cuando el fallecimiento de(los) ASEGURADO(S) y/o BENEFICIARIO(S) se haya dado fuera de territorio costarricense.**
- b. **Servicios adicionales que excedan la suma definida en el inciso C de la cobertura 7 “SERVICIO FUNERARIO FAMILIAR” que hayan sido contratados por el afiliado y/o sus familiares.**
- c. **La no utilización de alguno de los servicios estipulados, no dará lugar a compensación de ningún tipo, perdiéndose el derecho sobre este beneficio.**

XXII. MONEDA: Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre EL ASEGURADO y LA COMPAÑÍA, se efectuarán en colones. En caso que se realice en moneda distinta a la contratada, se realizará 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.

XXIII. NOTIFICACIONES: Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por LA COMPAÑÍA directamente al

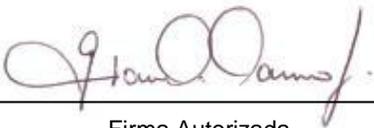
ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), o bien enviarlos por correo ordinario o certificado a la Dirección Contractual según se muestra en las “Solicitud-Certificado”. EL ASEGURADO deberá reportar por escrito a LA COMPAÑÍA el cambio de Dirección Contractual y solicitar la modificación de la misma, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última reportada según aparezca en las “Solicitud-Certificado”. El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo y todo plazo que dependa de dicho aviso comenzará a contarse desde esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer EL ASEGURADO a esta póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo. Cualquier notificación, incluyendo la del Derecho de Retracto (cláusula XVIII), realizada por el Asegurado al Operador de Seguros o a la Sociedad Agencia de Seguros, se entenderá realizada directamente a la COMPAÑÍA.

XXIV. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS: Las partes se someten 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. No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

XXV. LEGISLACIÓN APLICABLE: Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, 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.

En testimonio de lo cual se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

CSA Compañía de Seguros, S. A.


Firma Autorizada

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(los) registro(s) número **P14-23-A05-264** de fecha 1 de diciembre del 2014.