

## **ADDENDUM - H COBERTURA DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (DOLARES)**

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que ésta(s) sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

### **I. COBERTURA**

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que está(s) sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

### **II. COBERTURA**

Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, es declarado total y permanentemente incapacitado la Compañía le pagará en sesenta (60) mensualidades el monto total de la Suma Asegurada consignada para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa, misma que se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza. Lo anterior, siempre y cuando, la Compañía reciba las pruebas satisfactorias de la existencia y de la continuación de la incapacidad total y permanente.

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

### **III. 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:

**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.

### **IV. SUMA ASEGUROADA**

La Suma Asegurada de la cobertura por Renta por Incapacidad Total y Permanente, es la misma Suma Asegurada que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa, y el pago se realizará en sesenta (60) mensualidades al Asegurado.

Cuando la Compañía haya pagado por esta cobertura, se cancelará automáticamente la totalidad del Seguro para el Asegurado indemnizado.

### **V. EXCLUSIONES DE COBERTURA**

**Dirección:** Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.

**Teléfono:** (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** [contacto@assanet.com](mailto:contacto@assanet.com)

Las partes convienen en que la cobertura de Renta por Incapacidad Total y Permanente no pagará suma alguna por aquella incapacidad total y permanente causada por alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

- a. Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
- c. Lesiones sufridas o enfermedades originadas en alguna condición preexistente, desconocida como tal por la Compañía al momento de emitir la Póliza, que afecten de modo material la evaluación de riesgo hecha por la Compañía.
- d. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas. Huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
- e. Lesiones sufridas por el asegurado resultantes de la acción de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma, y todo acontecimiento que se derive del estado de endrogamiento o embriaguez del asegurado. Se considera que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol, cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado igual o superior a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre (80mg/dl).
- f. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en la comisión o intento de comisión de asalto, asesinato, atentado, o cualquier otro delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- g. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o cuando se practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente.

## VI. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación de esta cobertura cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. La Póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Adendum, debiendo la Compañía comunicar la decisión de acuerdo con la cláusula de "NOTIFICACIONES" de las Condiciones Generales.
- b. Si el Asegurado deja de estar totalmente incapacitado y no es elegible, la póliza de Seguro Colectivo de Vida quedará automáticamente terminada treinta (30) días después de la fecha en que el Asegurado deje de estar total y permanentemente incapacitado.
- c. Sin tomar en cuenta la continuación de la incapacidad total y permanente, la cobertura terminará automáticamente treinta (30) días después que un Asegurado no presente las pruebas satisfactorias de la continuación de incapacidad total y permanente, o treinta (30) días después que un asegurado rehúse ser examinado, según lo estipulado anteriormente.
- d. Por acogimiento de una pensión por vejez de acuerdo a lo indicado en el Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS.

La terminación para los incisos b) y c) será automática y no se requerirá notificación alguna. El reconocimiento o aceptación de la incapacidad total y permanente por parte de la Compañía conlleva la terminación automática de todas las coberturas del Asegurado en la póliza.

## VII. RECLAMACIONES



Compañía de Seguros, S.A.

ASSA Compañía de Seguros, S.A.  
Seguro Colectivo de Vida (Dólares)  
Condiciones Generales

En caso de ocurrir una incapacidad total y permanente la Compañía, al recibir el aviso de reclamación, proporcionará los documentos necesarios para ser completados por el Asegurado o beneficiario, y los médicos que atendieron el caso. A partir de ese momento, la Compañía iniciará el proceso de comprobar la legitimidad de la reclamación, luego de lo cual, iniciará los pagos mensuales a que hace referencia la cláusula de "**SUMA ASEGURADA**" de este Adendum.

La Compañía tendrá el derecho de requerir pruebas satisfactorias de la existencia y continuación de la incapacidad total y permanente, y de someter a exámenes físicos al Asegurado incapacitado en cualquier momento. **En caso de que el Asegurado rehusé cumplir con estos requisitos, la Compañía podrá dar por terminada esta cobertura.**

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Adendum y extiende la Cobertura de Renta por Incapacidad Total y Permanente en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No. \_\_\_\_\_.

Emitida a nombre de: \_\_\_\_\_.

En fe de lo cual, las partes firman en la República de Costa Rica, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.**

**CONTRATANTE**

---

**FIRMA AUTORIZADA**

---

**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-A05-201 de fecha 17 de agosto del 2024.