



Compañía de Seguros, S.A.

ASSA Compañía de Seguros S.A.
Seguro Colectivo de Vida – Saldo Deudor
Addendum – Cobertura de Incapacidad Total y Permanente

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. SEGURO COLECTIVO DE VIDA – SALDO DEUDOR ADDENDUM - COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Colones: ☐ Dólares: ☐

Para ser adherido y formar parte de la Póliza N°: _____

Con efectividad desde el día: _____

Contratante/Tomador: _____

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 Contratante y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Suplementaria siempre que sea debidamente detallada en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, es declarado total y permanentemente incapacitado la Compañía le pagará, en un único abono al Contratante, el saldo no pagado, que contempla el capital y los intereses corrientes no pagados por el deudor-asegurado al momento del siniestro. Se excluye de la suma asegurada los intereses moratorios si los hubiere. Lo anterior, una vez que la Compañía reciba las pruebas satisfactorias de la existencia y de la continuación de la incapacidad total y permanente, así como los demás documentos contemplados en la cláusula AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN.

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.

II. 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.

III. SUMA ASEGURADA

El saldo no pagado, que contempla el capital y los intereses corrientes no pagados por el deudor-asegurado, al momento del siniestro.

Se excluye de la suma asegurada los intereses moratorios si los hubiere, las comisiones, o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar o por pagar.

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



IV. ADMISION

La admisión a esta cobertura queda supeditada a las políticas que mantenga el Tomador sobre el otorgamiento de créditos. Asimismo, de conformidad con las políticas de suscripción de la Compañía, será necesario que se realicen pruebas médicas que razonablemente sean requeridas.

V. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Las partes convienen en que la cobertura de incapacidad total y permanente no pagará suma alguna si es 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 pre-existente, 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 Saldo Deudor, se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum, debiendo la Compañía comunicar la decisión de acuerdo con la cláusula de “NOTIFICACIONES” de las Condiciones Generales.
- b. Por la cancelación de la deuda.



- c. **Por el incremento del riesgo en razón del estado de salud de la persona asegurada, demostrado mediante pruebas médicas, que motiva razonablemente a la Compañía que no se hubiera otorgado la cobertura del presente seguro bajo esas condiciones.**

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

Al recibo de pruebas satisfactorias de que un Asegurado, ha quedado Total y Permanentemente Incapacitado, la Compañía pagará al Contratante la suma asegurada correspondiente a esta cobertura. Requisitos a presentar:

1. Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
2. Estado de cuenta que detalle el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la declaratoria de la Incapacidad Total y Permanente, el cual deberá incluir el saldo e intereses corrientes y fecha de inicio de la operación del crédito del Asegurado.
3. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
4. Epicrisis médica o historia clínica donde se indique el tipo de enfermedad o lesión, fecha de ocurrencia, tratamiento y determinación de fecha y tipo de incapacidad.
5. Fotocopia completa debidamente certificada y foliada del historial médico completo de los centros médicos, sean estos públicos o privados, donde haya sido atendido el Asegurado (sólo en caso de que sea solicitado por la Compañía).
6. Constancia de patrono que indique desde cuándo se encuentra incapacitado.
7. Certificación original emitida por la C.C.S.S, el Instituto Nacional de Seguros, la Medicatura Forense del Poder Judicial o cualquier entidad autorizada donde se declara total y permanente incapacitado. Dicha certificación deberá indicar claramente:
 - a. El porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado.
 - b. Diagnóstico sobre los eventos que provocaron dicha incapacidad.
 - c. Que la misma no está sujeta a revisión.
8. Si la incapacidad fue provocada por Accidente, el Asegurado debe aportar copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología.
9. En el caso de documentos emitidos en el extranjero, deben presentarse debidamente legalizados o apostillados por las Autoridades consulares correspondientes. Si la documentación se encuentra en idioma diferente al español, se deberá aportar una traducción oficial preparada por un traductor acreditado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica.
10. En caso de que los requisitos aportados no sean suficientes o bien no sea posible brindarlos, el interesado deberá presentar los exámenes médicos que sean necesarios, los cuales realizará en un centro médico asignado por ASSA, los costos de estos exámenes corren por cuenta del interesado.

La Compañía se reserva el derecho de pedir cualquier otra documentación para el análisis.

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

assa COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.



Compañía de Seguros, S.A.

ASSA Compañía de Seguros S.A.
Seguro Colectivo de Vida – Saldo Deudor
Addendum – Cobertura de Incapacidad Total y Permanente

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 P14-40-A05-198 y P14-40-A05-199 de fecha 10 de septiembre del 2010 con fecha de actualización 26 de febrero del 2025.

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