

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS

SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE VIDA CON ASISTENCIAS

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	5
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	5
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	5
SECCIÓN I - ÁMBITO DE COBERTURA	5
3. RIESGOS CUBIERTOS	5
3.1 COBERTURA BÁSICA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	5
3.2 COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA	5
3.2.1 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	6
3.2.2 VISITA MÉDICA A DOMICILIO (UN SERVICIO CADA 72 HORAS)	6
3.2.3 EXAMENES DE LABORATORIO	6
3.2.4 TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA CON MOTIVO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD	6
4. SUMA ASEGURADA	7
5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	7
SECCIÓN II - EXCLUSIONES	7
6. EXCLUSIONES GENERALES	7
7. EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	7
8. EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA	8
9. LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA	8
SECCIÓN III - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	9
10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	9
SECCIÓN IV - OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	9
11. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	9
12. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO	10
13. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)	10
14. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA	10
SECCIÓN V - PRIMA	10
15. PAGO DE LA PRIMA	11
16. FORMA DE PAGO	11
17. PERIODO DE GRACIA	11
18. RECARGOS Y DESCUENTOS	11
SECCIÓN VI - RECLAMOS POR SINIESTROS	11
19. AVISO Y PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN	11
20. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO	12
21. PAGO DE INDEMNIZACIONES	12
SECCIÓN VII - VIGENCIA	12
22. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	12
23. VIGENCIA DEL SEGURO	12
24. DERECHO DE PRÓRROGA	12
25. TERMINACIÓN DEL SEGURO	12
SECCIÓN VIII - OTRAS CONDICIONES	13
26. DERECHO DE RETRACTO	13
27. ELEGIBILIDAD	13
28. EDAD	13
29. REHABILITACIÓN	13
30. MONEDA	13
31. PROTECCIÓN DE DATOS	13
SECCIÓN IX - CONTROVERSIAS	14
32. LEGISLACIÓN APLICABLE	14
33. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	14
34. PRESCRIPCIÓN	14



Compañía de Seguros, S.A.

ASSA Compañía de Seguros, S.A.
Seguro Autoexpedible de Vida con Asistencias
Condiciones Generales

SECCIÓN X - COMUNICACIONES	14
35. NOTIFICACIONES	14

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 Asegurado nombrado en la Solicitud – Certificado de Seguro (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) del(los) Asegurado(s) nombrado(s) en la Solicitud – Certificado de Seguro (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, 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 del Asegurado.
2. **Asegurado:** Es la persona física identificada en la Solicitud – Certificado de Seguro, que 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. Es el titular del Interés Asegurable.
 - 2.1. Para efectos de la cobertura de **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** y en los casos en que el Tomador contrate el Plan de Asegurado más Cónyuge en la Solicitud – Certificado de Seguro, se entenderá como Asegurado las siguientes personas:
 - 2.1.1. La persona física identificada en la Solicitud – Certificado de Seguro como Asegurado Titular.
 - 2.1.2. El Cónyuge del Asegurado Titular.
3. **Beneficio:** Es la prestación, indemnización o reembolso a la que el Asegurado o el Beneficiario accederá en caso de ocurrencia de alguno de los hechos expresamente cubiertos por el presente Seguro, de acuerdo con las condiciones de la Solicitud – Certificado de Seguro.
4. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
5. **Condiciones Generales:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, 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.
6. **Cónyuge y/o conviviente:** Se refiere a la persona que conste inscrito como Cónyuge en el Registro Civil respectivo, o, en su defecto, la persona que mantenga un lazo afectivo permanente, en unión de hecho, por más de tres (3) años de convivencia ininterrumpida dentro del mismo hogar junto con el Asegurado y que, de común acuerdo con La Compañía, justifique su aseguramiento
7. **Emergencia:** Hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental, reportado inmediatamente después de ocurrido, que ponga en riesgo la integridad física del Asegurado, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de asistencia.
8. **Enfermedad:** Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado. Las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, que desde el punto de vista médico se consideren como asociadas a una enfermedad previa, se considerarán como la misma Enfermedad Amparada que les dio origen.
9. **Enfermedad Preexistente:** Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado anterior a la fecha de Inicio de la vigencia de la póliza y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, Resonancia Nuclear Magnética, Cateterismo, etc.).
10. **Entidad Aseguradora:** Denominado también Compañía es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora.
11. **Eventos Catastróficos:** Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, incluyendo pero sin limitarse a terremotos, maremotos, inundaciones, huracanes, ciclones, tormentas tropicales, vendavales, deslizamientos de tierra, epidemias, erupciones volcánicas, huaico, y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
12. **Hora Contractual:** Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia de la póliza según se muestra en la Solicitud – Certificado de Seguro.
13. **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.
14. **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 y Solicitud – Certificado de Seguro. Descrito en adelante como el “Seguro”.
15. **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.
16. **Solicitud – Certificado 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.

17. **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.
18. **Suma Asegurada:** Es el monto máximo a cargo de la Compañía establecido por cada Siniestro y para cada cobertura, de acuerdo al Plan contratado por el Asegurado.
19. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o Jurídica que suscribe el Seguro con la Compañía. Es al Contratante a quien le corresponde la obligación de pagar las Primas estipuladas en ella.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Solicitud – Certificado de Seguro, Condiciones Especiales y Addenda en caso que las hubiere.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: La Solicitud – Certificado de Seguro tiene prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente.

SECCIÓN I - ÁMBITO DE COBERTURA

3. RIESGOS CUBIERTOS

A través de la presente póliza, se brinda cobertura ante el riesgo de fallecimiento que tiene el Asegurado designado en la Solicitud – Certificado de Seguro, y adicionalmente se brindan ciertos servicios de asistencia según indicados más adelante.

3.1 COBERTURA BÁSICA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento del Asegurado, producido por cualquier causa en los términos definidos en la póliza, la Compañía pagará a quien sea Beneficiario, la Suma Asegurada escogida por el Tomador en la Solicitud – Certificado de Seguro. En caso de fallecimiento por Accidente, se brindará cobertura siempre que dicho fallecimiento haya sucedido **dentro de un (1) año posterior a la fecha de ocurrencia del Accidente y sea efecto directo de las Lesiones originadas por el Accidente.**

La Compañía también brindará cobertura, en los casos de fallecimiento del Asegurado que ocurran como consecuencia de Accidente sobrevenido al tratar de salvar otras vidas humanas.

Siempre que haya sido seleccionado por el Tomador en la Solicitud – Certificado de Seguro y medie el pago de una prima adicional; la Compañía brindará cobertura de **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** al Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular, en cuyo caso la suma asegurada sobre la vida del Cónyuge será equivalente a un 50% de la suma contratada para el Asegurado Titular. En caso que no se contrate la cobertura para el Cónyuge, se brindará cobertura en los términos indicados por la póliza únicamente al Asegurado Titular establecido en la Solicitud – Certificado de Seguro.

3.2 COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

Compañía se compromete, bajo las condiciones definidas en la póliza, a brindar cada uno de los Servicios de Asistencia que se identifican a continuación. Todos los Servicios de Asistencia contemplados tienen sujeta su prestación siempre y cuando el domicilio del Asegurado permita el desplazamiento del personal designado por la Compañía.

En casos particulares que la Compañía no logre brindar los Servicios de Asistencia a través de su red de proveedores, estos serán brindados bajo la modalidad de reembolso, siempre y cuando aplique y Asegurado o Beneficiario de la Asistencia haya actuado bajo las condiciones establecidas en la póliza.

Los Servicios de Asistencia serán brindados tanto al Asegurado designado en la Solicitud – Certificado de Seguro, como su Cónyuge o compañero de unión de hecho, así como sus hijos menores de veintiún (21) años que vivan permanentemente en el mismo domicilio y con dependencia económica del Asegurado. Cada una de dichas personas será identificada como “Beneficiario de la Asistencia”.

3.2.1 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Por solicitud del Asegurado, la Compañía pondrá en contacto al Asegurado o Beneficiario de la Asistencia con un Médico para que le brinde una orientación médica telefónica, ante cualquier Emergencia o para orientarlo en la utilización de medicamentos y en la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén aquejando al Asegurado o Beneficiario de la Asistencia, recomendaciones médicas en general, vacunación, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

3.2.2 VISITA MÉDICA A DOMICILIO (UN SERVICIO CADA 72 HORAS)

Por solicitud del Asegurado y siempre que sea autorizado por el Médico que brindó la Orientación Médica Telefónica indicada anteriormente, la Compañía podrá dirigir un Médico al domicilio de éste a para realizar chequeos médicos básicos al Asegurado o Beneficiario de la Asistencia. En caso de que la ubicación no permita brindar la visita al domicilio en la dirección habitual se le brindará la opción de dirigirse a nuestros médicos de la red con previa coordinación. El servicio se brindará previa coordinación y autorización médica telefónica dependiendo de la descripción del padecimiento.

La presente cobertura de Asistencia se brindará por un máximo de dos (2) eventos por año póliza y sin límite en el costo. Cada una de las asistencias se brindará con una diferencia mínima de setenta y dos (72) horas.

3.2.3 EXAMENES DE LABORATORIO

Por solicitud del Asegurado o Beneficiario de la Asistencia, la Compañía podrá brindar la autorización para realizar exámenes de laboratorio que incluyen: análisis de heces, orina, triglicéridos y lípidos. El servicio será brindado con un prestador de la red de la Compañía.

Esta cobertura se dará a partir del tercer mes permanencia en la póliza (con tres pagos efectuados) y tiene un límite de un (1) evento o examen al año, sin límite en el costo

3.2.4 TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA CON MOTIVO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

En caso que el Asegurado o Beneficiario de la Asistencia sufra una lesión súbita e imprevista a consecuencia de un Accidente o una Enfermedad que requiera traslado terrestre a un centro hospitalario y éste no se pueda trasladar por sus propio medios, por solicitud del Asegurado o Beneficiario de la Asistencia la Compañía efectuará la respectiva coordinación para el traslado del Asegurado o Beneficiario de la Asistencia hasta la clínica o el centro médico más cercano, para que continúe la atención médica a cargo del proveedor de servicios médicos contratado por el Asegurado, sea por medio de la seguridad social, privada, o mediante la aplicación de un seguro privado de salud. En todo caso el Asegurado asumirá los costos y gastos derivados de la atención médica, los cuales bajo ninguna circunstancia se entenderán que corren por la Compañía.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente. Una vez avalado por parte del operador médico de la Compañía al enviar el servicio de ambulancia, el Asegurado o Beneficiario de la asistencia debe confirmar con el centro asistencial al que el paciente va a ser trasladado.

Este servicio de asistencia se brindará por un máximo de dos (2) eventos por año póliza y sin límite en los costos. A su vez, se prestará siempre y cuando se cuente con la infraestructura privada requerida cerca del domicilio del Asegurado, por lo que en caso de no contarse con esta se coordinará con el servicio público de ambulancia.

4. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para la cobertura de **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** será la señalada por el Tomador en la Solicitud – Certificado de Seguro.

5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

En el caso de la cobertura de **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**, los límites de responsabilidad de la Compañía serán los establecidos por el Tomador en la Solicitud – Certificado de Seguro. En el caso de la cobertura de **SERVICIOS DE ASISTENCIAS**, los límites de responsabilidad son los establecidos en las Condiciones Generales en la descripción de cada uno de los servicios de la cobertura.

SECCIÓN II - EXCLUSIONES

6. EXCLUSIONES GENERALES

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

- 6.1. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- 6.2. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- 6.3. Eventos catastróficos de la naturaleza, tales como sismos: terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- 6.4. Participación activa del Asegurado o Beneficiario de la Asistencia en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; servicio militar, así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo; o bien en peleas o riñas, salvo en aquellos casos de peleas o riñas en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.
- 6.5. Los accidentes que sobrevengan al Asegurado o Beneficiario de la Asistencia en la práctica de cualquier deporte o competencia de forma profesional.
- 6.6. El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose como aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del Asegurado o Beneficiario de la Asistencia; tales como la minería, ser bombero, vigilante de seguridad, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- 6.7. Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- 6.8. Viajes aeronáuticos que efectúe el Asegurado o Beneficiario de la Asistencia en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- 6.9. Participación del Asegurado o Beneficiario de la Asistencia como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- 6.10. Bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en materia de tránsito en relación con los grados permitidos de presencia de alcohol en la sangre o aire espirado. Esta exclusión resulta aplicable a cualquier accidente, por lo que no está referida únicamente a accidentes de tránsito.

7. EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Se encuentran excluidas de la cobertura de **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** que otorga la presente Póliza, los hechos que sean consecuencia de:

- 7.1. Enfermedad o lesiones preexistentes a la contratación del seguro
- 7.2. Suicidio dentro de los primeros dos (2) años de vigencia de la póliza.
- 7.3. Por acto delictivo cometido por alguno de los Beneficiarios de la póliza contra el Asegurado, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le corresponda al Beneficiario excluido.
- 7.4. Accidentes provocados por el Asegurado.
- 7.5. Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un Accidente sujeto a indemnización.

8. EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

Se encuentran excluidas de la cobertura de **SERVICIOS DE ASISTENCIA** que otorga la presente PÓLIZA, los hechos que sean consecuencia de:

- 8.1. Por orden de autoridad competente que impida la ejecución de los servicios incluidos en la cobertura de Asistencia.
- 8.2. Por intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- 8.3. Por complicaciones derivadas de Accidentes preexistentes.
- 8.4. Servicios que el Asegurado o Beneficiario de la Asistencia haya contratado sin previo consentimiento de la Compañía; salvo en caso de comprobada fuerza mayor que le impida seguir el procedimiento establecido para la solicitud de los servicios.
- 8.5. Por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado o Beneficiario de la Asistencia, con dolo o mala fe.
- 8.6. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales, ni los causados por ingestión de bebidas alcohólicas.
- 8.7. Por falta de colaboración por parte del Asegurado o Beneficiario de la Asistencia, en relación con la entrega de información veraz y oportuna para la prestación del servicio, o con el personal designado por la Compañía. Se incluye la falta de identificación correcta por parte del Asegurado o Beneficiario de la Asistencia.
- 8.8. Los servicios solicitados que superen el límite de eventos por año póliza.

9. LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA

9.1. PERIODO DE COBERTURA

El periodo de cobertura de esta póliza es sobre la base de la ocurrencia del siniestro, por lo que cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia.

9.2. PERIODOS DE CARENCIA Y DE ESPERA

La cobertura de **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** no tiene periodos de carencia ni de espera. En el caso de la cobertura de asistencia de **EXAMENES DE LABORATORIO**; esta se brindará a partir del tercer (3) mes de la vigencia inicial de la póliza.

9.3. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La cobertura a 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.

El periodo de disputabilidad se iniciará: (i) En la fecha en que se otorga la cobertura al Asegurado; (ii) 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; o (iii) Si la cobertura del Asegurado hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

9.4. LIMITACIÓN TERRITORIAL Y TEMPORAL

Las coberturas de la presente póliza operarán las veinticuatro (24) horas del día, todos los días del año, dentro de la República de Costa Rica para el caso de la Cobertura de Asistencia y bajo cobertura mundial en el caso de la cobertura de **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el siniestro, tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en esta póliza. Solamente estarán cubiertos los Asegurados que residan permanentemente en la República de Costa Rica.

9.5. DEDUCIBLES

A las coberturas establecidas en la presente póliza, no se aplicarán deducibles.

SECCIÓN III - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado designa libremente a su(s) Beneficiario(s) de la cobertura de **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA** al momento de suscribir la Póliza y podrá modificarlos en cualquier momento, siempre que el seguro se encuentre vigente, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el Asegurado dirigido a la Compañía. Si se designa más de un Beneficiario y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), los Beneficiarios tendrán una participación igual. Si cualquier Beneficiario designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado Beneficiario terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos Beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en la designación de Beneficiarios. Cualquier cantidad para la que no haya Beneficiario designado al fallecimiento del Asegurado, será pagada de conformidad con el proceso sucesorio respectivo. Cuando no se designe Beneficiarios, o la designación se torne ineficaz o el seguro se quede sin Beneficiarios por cualquier causa, se considerarán Beneficiarios a los herederos establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

Advertencia: *En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios 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 Beneficiarios al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.*

SECCIÓN IV - OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

11. 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.

12. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO

El Tomador y/o Asegurado están obligados a brindar la información en consideración de las declaraciones contempladas en la Solicitud – Certificado de Seguro. **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 Asegurado 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, Asegurado o Beneficiario deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula **AVISO Y PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN. 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, Asegurado o Beneficiario deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro. De igual forma, deberán colaborar con la Compañía en relación con todos los documentos necesarios para que la Compañía 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, liberará a la Compañía de su obligación de indemnizar.**

13. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES 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 Asegurado 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.

14. 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.

SECCIÓN V - PRIMA

15. PAGO DE LA PRIMA

La prima es mensual y no podrá ser fraccionada.

16. FORMA DE PAGO

El Asegurado es el único responsable del pago de las primas, y el Operador de Seguros Autoexpedible se encargará de efectuar el recaudo de la misma. Estando el seguro vigente y la prima del periodo 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.

17. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de sesenta (60) días naturales 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 cobertura del Asegurado terminará automáticamente al final de dicho período de gracia por incumplimiento de pago.

18. RECARGOS Y DESCUENTOS

En la presente póliza no se aplican recargos ni descuentos de ningún tipo.

SECCIÓN VI - RECLAMOS POR SINIESTROS

19. AVISO Y PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

En caso de fallecimiento del Asegurado o solicitud de la cobertura de Servicios de Asistencia, el Asegurado o los Beneficiarios de éste, según sea el caso, deberán comunicarse telefónicamente a los números de teléfono **(506) 2503-ASSA (2503-2772)** o por correo electrónico a la dirección reclamoscr@assanet.com, de forma inmediata y no debiendo exceder el plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro. A su vez, en caso de fallecimiento deberá aportar la siguiente documentación:

Cobertura de MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

1. Entrega del formulario de reclamación suministrado por la Compañía completo y firmado.
2. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.
3. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
4. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil.
5. En caso del Asegurado, si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, se deberá aportar:
 - 5.1 Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció;
 - 5.2 Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos emitidos en el extranjero deben entregarse con la certificación consular o el trámite de apostilla respectivo.

Cobertura de SERVICIOS DE ASISTENCIA:

Para solicitar los SERVICIOS DE ASISTENCIA, se deberá contactar al número telefónico antes indicado para coordinar el servicio. Únicamente en los casos que la cobertura de **SERVICIOS DE ASISTENCIA** se brinde previa autorización de la Compañía a través de reembolso, se deberán aportar los siguientes documentos:

1. Entrega del formulario de reclamación suministrado por la Compañía completo y firmado.
2. 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 y/o Beneficiario del Servicio de Asistencia, fecha y lugar del servicio, así como el tipo de servicio brindado y el número de la Póliza.
3. Original de la factura expedida por la empresa o profesional médico prestador de los Servicios de Asistencia.

4. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o Beneficiario del Servicio de Asistencia 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.**

20. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

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

Revisión: Cualquier Asegurado o Beneficiario, 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 su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página web de la Compañía.

21. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Toda reclamación aceptada, será pagada al Asegurado o Beneficiario dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna por parte de la Compañía.

SECCIÓN VII - VIGENCIA

22. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato se da con la aceptación por parte del Tomador, de la Solicitud – Certificado de Seguro presentada por la Compañía, así como el respectivo pago de la prima.

23. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato tendrá una vigencia anual renovable contada a partir de la fecha de emisión señalada en la Solicitud – Certificado de Seguro.

Los Asegurados tendrán un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la Póliza del Seguro Autoexpedible para solicitar su rectificación, transcurrido el plazo sin haberse solicitado rectificación, serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la Póliza.

24. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza podrá ser prorrogada por los mismos períodos de vigencia establecidos en la Solicitud - Certificado de Seguro y permanecerá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía el pago oportuno de las primas.

25. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este contrato podrá ser terminado de forma anticipada por:

- a) Mutuo Acuerdo.
- b) Falta de pago de la prima del seguro.

- 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 (1) mes de anticipación a la fecha efectiva de la terminación.
- 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.

Asimismo, las coberturas del Seguro finalizarán automáticamente cuando se presente alguna de las siguientes condiciones y en las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:

- a. La muerte del Asegurado.
- b. Al final del plazo de vigencia de la Póliza sin que se haya renovado.

SECCIÓN VIII - OTRAS CONDICIONES

26. DERECHO DE RETRACTO

El Tomador tiene la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de la emisión de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. El plazo aquí dispuesto es el mínimo, sin perjuicio de que las entidades aseguradoras establezcan en la póliza un plazo más extenso a favor del asegurado. Una vez superado el plazo aquí establecido o el estipulado en la póliza, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, dentro del plazo indicado y a partir de su emisión, en los términos y condiciones establecidos en la póliza respectiva y en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. La Compañía procederá a devolver el monto de la prima en el plazo máximo de 10 días hábiles contado a partir del día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, mediante comunicación efectuada al Asegurado.

27. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para este Seguro aquellas personas que cumplan con lo establecido en la condición de la **EDAD**.

28. EDAD

Para ser Tomador y/o Asegurado, se deberá contar con una edad de al menos dieciocho (18) años.

29. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período de rehabilitación ya que la cobertura terminó automáticamente por falta de pago. El Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la póliza mediante notificación por escrito a la Compañía, 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.

30. MONEDA

Este seguro será contratado en colones.

31. 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.

SECCIÓN IX - CONTROVERSIAS

32. 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.

33. 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 y/o Asegurado podrán 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.

34. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se derivan de la presenta 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.

SECCIÓN X - COMUNICACIONES

35. 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 la Solicitud – Certificado de Seguro o a la dirección del intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que brinde 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 la Solicitud – Certificado de Seguro.

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 o operador de seguros autoexpedibles designado en la Solicitud – Certificado de Seguro, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado, 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.



Compañía de Seguros, S.A.

ASSA Compañía de Seguros, S.A.
Seguro Autoexpedible de Vida con Asistencias
Condiciones Generales

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'G. O. O.', is written above a horizontal line.

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 P14-23-A05-760 de fecha 25 de abril del 2019.