

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS FUNERARIOS- LOCAL

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

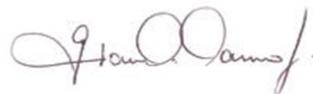
COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES.....	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	10
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	10
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	10
ÁMBITO DE COBERTURA	10
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS.....	10
3. COBERTURA BÁSICA	10
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	11
4. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)	11
5. FAMILIARES ASEGURADOS	11
SECCIÓN III: EXCLUSIONES.....	12
6. EXCLUSIONES GENERALES.....	12
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA.....	12
7. LIMITACIÓN GENERALES	12
8. LIMITACIÓN TERRITORIAL.....	13
9. PERIODO DE COBERTURA	13
10. TIEMPO DE ESPERA.....	13
SECCIÓN V: DEDUCIBLES	13
11. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES.....	13
BENEFICIARIOS.....	13
12. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	13
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES.....	14
13. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	14
14. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO PRINCIPAL.....	14
15. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)	15
16. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO).....	16
17. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)	16
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS.....	16
18. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS	16
19. FORMA DE PAGO.....	17

20. PERIODO DE GRACIA.....	17
FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA	18
21. TARIFAS	18
RECARGOS Y DESCUENTOS	18
22. RECARGOS Y DESCUENTOS	18
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	18
23. RECLAMACIONES.....	19
24. PAGO DE RECLAMACIONES.....	20
25. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS	20
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	21
26. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	21
27. VIGENCIA DEL SEGURO	21
28. DERECHO DE PRÓRROGA	21
CONDICIONES VARIAS.....	22
29. SEGURO COLECTIVO.....	22
30. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	22
31. NULIDAD DEL CONTRATO	22
32. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.....	22
33. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y FUERZA MAYOR	23
34. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS FUNERARIOS.....	23
35. SUICIDIO	23
36. ELEGIBILIDAD.....	24
37. EDAD.....	24
38. MODIFICACIONES	25
39. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD.....	26
40. REHABILITACIÓN.....	26
41. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO	26
42. SUBROGACIÓN	26
43. MONEDA.....	27
44. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	27
45. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO.....	27
46. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	27
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	28
47. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	28
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	28
48. NOTIFICACIONES	28
49. MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA	28

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 período 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 Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante el “Contratante” o el “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, Coaseguro, Copagos y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante el “Asegurado”) a la Compañía.

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



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

DEFINICIONES

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

1. **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.
2. **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS FUNERARIOS:** Es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores de Servicios Funerarios autorizados por la Compañía a nivel nacional, que adicionalmente coordina los servicios y atenciones que se detallan en este Seguro, cada vez que el Asegurado los requiera.
3. **ADDENDUM:** Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, o Addendum previo de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como condición especial de la Compañía para la aceptación del contrato. En plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.
4. **ARREGLO FLORAL:** Para efecto del presente Seguro es una composición de flores naturales esparcidas entre hojas y ramas ordenadas de forma estética, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado.
5. **ASEGURADO:** Es la persona física que se adhiere al Seguro Colectivo y que cumple con las condiciones de asegurabilidad establecidas en este Seguro y que en sí misma está expuesta al riesgo y se encuentra registrada en la Solicitud/Certificado. Reside en el territorio nacional y es toda persona física Tarjetahabiente del Tomador del Seguro.
6. **ASEGURADO PRINCIPAL:** Es la persona física en cuya cabeza recae el seguro y quien aparece como Asegurado en las Condiciones Particulares de esta póliza.
7. **ASESORÍA EN TRÁMITES LEGALES:** Comprende la asesoría en los trámites legales relacionados con la inhumación o cremación, la asesoría en los trámites del Tribunal Supremo de Elecciones (Registro Civil) o ante la entidad correspondiente, la asesoría en la solución de destino final para los restos, según la disponibilidad de los campos santos del lugar de residencia habitual del Asegurado o la asesoría para la ubicación del fallecido en un cementerio público de la misma localidad.
8. **BENEFICIARIO:** Es la persona física o jurídica que tiene un interés lícito de carácter económico o afectivo en la cosa o personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
9. **CANCELACIÓN:** Es la terminación de los efectos de una cobertura prevista en el contrato de seguros ya sea por decisión unilateral o por acuerdo mutuo.
10. **CERTIFICADO DE SEGURO:** Es el documento expedido por la Compañía que contiene información mínima requerida para informar al Asegurado sobre sus condiciones de aseguramiento una vez que se adhiere a él.
11. **CLÁUSULAS:** Son las disposiciones establecidas en el contrato de seguros a través de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares.
12. **COBERTURAS:** Son aquellas protecciones que otorga la Compañía en el contrato de seguro.
13. **COFRE O ATAÚD:** Caja de madera forrada en su interior en tela acolchada, con vidrio en la parte superior frontal, de tamaño estándar para la inhumación de una persona y de acuerdo con la regulación local vigentes, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado.
14. **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 de las partes Contratantes.
15. **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del

Contratante, Asegurado y Beneficiario, Vencimiento del Contrato, Periodicidad del Pago de Primas e importe de las mismas, Riesgos Cubiertos y Deducibles.

- 16. CONDUCTO DE PAGO:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Contratante por su cuenta y riesgo podrá(n) optar, para su facilidad, a realizar el (los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Contratante no le exime(n) de su responsabilidad de que el (los) pago(s) lleguen al domicilio de la Compañía.
- 17. CONSENTIMIENTO:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Contratante y la Compañía determinado en el contrato de seguro.
- 18. CONTRATANTE / TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el Tomador la figura de Asegurado y Beneficiario del seguro. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Contratante del seguro colectivo; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación.
- 19. CONTRATO DE APERTURA DE CRÉDITO EN CUENTA CORRIENTE DE EMISIÓN y USO DE TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO:** Documento legal que regula las condiciones y procedimientos, así como también estipula las responsabilidades de cada una de las partes, Emisor y Tarjetahabiente, con que se procederá en referencia a la Cuenta de Crédito o débito autorizada por el Emisor y aceptada por el Tarjetahabiente.
- 20. CONTRATO DE SEGURO:** Es el contrato mediante el cual la Compañía se obliga a aceptar a cambio de una prima, la transferencia de riesgos asegurables y se obliga contractualmente, ante el acaecimiento de un riesgo, a indemnizar al beneficiario de la cobertura por las pérdidas económicas sufridas o a compensar un capital, una renta y otras prestaciones convenidas. El Contrato de Seguros se constituye en la póliza.
- 21. CREMACIÓN:** Comprende el servicio de incineración del cuerpo de la persona fallecida en la localidad de residencia habitual del Asegurado, en un sitio específicamente autorizado por la autoridad sanitaria local para tal fin. Adicionalmente, incluye el suministro de una Urna Cineraria, la que será entregada a los familiares de Asegurado una vez termine el proceso.
- 22. CUENTA DE CRÉDITO O DÉBITO:** Registro contable en el cual se acumulan cargos por financiamientos o prestaciones de servicios a cargo del deudor, así como en donde se aplican los pagos o amortizaciones efectuadas a favor del Tarjetahabiente (en el caso de Tarjetas de Crédito), o bien, en el cual se acumulan cargos contra los fondos propios del Tarjetahabiente (en el caso de Tarjetas de Débito).
- 23. DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que afecten el siniestro; y tiene como finalidad que el Asegurado haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca un siniestro. El Deducible que se haya establecido en las Condiciones Particulares se rebajará de la pérdida indemnizable que corresponda al Asegurado, una vez que se haya aplicado el porcentaje de infraseguro, el salvamento y la participación contractual a cargo suyo, si existiese.
- 24. DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación del Asegurado, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la Compañía. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En caso de que la

reticencia o inexactitud sea atribuible al Asegurado o al Tomador, la Compañía estará obligada a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible al Asegurado respectivamente. La Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

25. **DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
26. **DISPUTABILIDAD:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios dentro de un plazo determinado.
27. **ELEGIBLE:** Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula “ELEGIBILIDAD”.
28. **ENFERMEDAD:** Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.
29. **ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES O ANTERIORES:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la adquisición del Seguro; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.
30. **ENTIDAD ASEGURADORA:** Denominado también Asegurador o Compañía Aseguradora es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora. Para efectos de este contrato denominada la Compañía.
31. **FAMILIAR ASEGURADO O FAMILIARES ASEGURADOS:** El término “Familiar Asegurado” o “Familiares Asegurados” significa:
 - i. Cónyuge 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 Principal y que, de común acuerdo con la Compañía, justifique su aseguramiento.
 - ii. Hijos del Asegurado Principal, que cuenten con una edad mínima de un (1) año de edad.
 - iii. Familiares del Asegurado Principal hasta segundo grado de consanguinidad y afinidad, que cuenten con una edad mínima de dieciocho (18) años de edad. Para los efectos de esta Póliza corresponderá únicamente a los padres, hermanos y nietos del Asegurado Principal.
32. **FORTUITOS:** Inesperado que no se prevé.
33. **GRUPO ASEGURABLE:** Es el grupo natural de Asegurados sobre el que se hace la emisión de un seguro colectivo, quienes tienen una vinculación jurídica con el Tomador a través de una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.
34. **GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
35. **HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
36. **INTERÉS ASEGURABLE:** Por Interés Asegurable se entiende la relación lícita de valor económico o afectivo sobre una persona. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
37. **INTERMEDIARIO DE SEGUROS:** Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas. La contratación colectiva de una póliza no exime a los agentes y corredores de seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza.
38. **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en

- concepto de una cobertura particular según se muestra en las Condiciones Particulares.
39. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así la Póliza colectiva donde el Asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.
 40. **MODALIDAD NO-CONTRIBUTIVA:** Se denomina así la Póliza Colectiva donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
 41. **PERIODICIDAD DE PAGO:** Frecuencia en la que el Contratante se compromete a realizar los pagos de la prima (anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual) en el domicilio de la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares.
 42. **PERÍODO DE COBERTURA:** Se entiende que la cobertura puede ser sobre la “base de ocurrencia” o sobre la “base de reclamación”. Sobre la “base de ocurrencia”, el seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes. Sobre la “base de reclamación”, sólo cubrirá los reclamos que presente el Asegurado a la Compañía dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la Vigencia de la Póliza o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes.
 43. **PLAN DE SEGURO O PLAN:** Alternativa elegida por el Asegurado mediante la Solicitud de Seguro del Contratante, en la cual se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por este Seguro.
 44. **PERÍODO DE GRACIA:** Es el plazo noventa (90) días hábiles 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 Condiciones Particulares.
 45. **PÓLIZA:** Es el contrato de seguro, que incluye, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y las Condiciones Particulares, así como todos los Addenda de coberturas complementarias y suplementarias y otros Addenda que se adhieran al mismo. También forma parte de la póliza toda la información recabada por la Compañía con el propósito de que ésta haga una suscripción correcta del riesgo, tales como: la solicitud y las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro hecha por el Contratante; todas las declaraciones del Contratante y de los Asegurados, contenidas en formularios entregados por la Compañía o en documentos suministrados a la Compañía por el Contratante o el Asegurado, incluyendo las declaraciones hechas por los Asegurados a los médicos examinadores de la Compañía y cualquier otra información relevante para la suscripción y selección del riesgo.
 46. **PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante a la Entidad Aseguradora por la protección solicitada.
 47. **PRIMA NO DEVENGADA:** Corresponde a la porción de la Prima aplicable al período no transcurrido de la Vigencia de la Póliza. Por ejemplo, en el caso de una prima para doce (12) meses de vigencia la Prima No Devengada al final del primer mes de vigencia correspondería a 11/12 de la prima. En toda situación en que corresponda reintegrar al Tomador la no devengada, ésta se pondrá a disposición del mismo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la terminación anticipada del seguro en las oficinas de la Compañía, salvo que en el momento las partes acuerden otra cosa. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
 48. **PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique. En caso de aplicar alguna comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza al Contratante, la misma indicará de manera expresa que dicho estipendio contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Contratante en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de potenciales Asegurados que decidan optar por otro seguro.
 49. **PROPUESTA DE PRÓRROGA:** Documento que contiene una oferta de prórroga realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de prórroga será enviada por la Compañía al Contratante

con un plazo de anticipación de al menos (30) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique. En caso de aplicar alguna comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza al Contratante, la misma indicará de manera expresa que dicho estipendio contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Contratante en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de potenciales Asegurados que decidan optar por otro seguro.

- 50. RECLAMANTE:** Persona física que actúa en calidad de tutor, albacea o representante de los menores designado por el Juez de la sucesión.
- 51. RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS FUNERARIOS:** Se entiende como tal el conjunto de empresas o entidades prestadoras de servicios funerarios a escala nacional inscritos ante el Administrador de Servicios Funerarios, y que dispone de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios definidos ofrecidos por la Compañía en cada Certificado de Seguro.
- 52. REHABILITACIÓN:** Proceso de selección de la Compañía para volver a asegurar a uno o varios Asegurado(s) que hayan perdido derecho a los beneficios de la póliza con motivo de cancelación de cobertura por incumplimiento en el pago de la prima.
- 53. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** No es una obligación contractual de la Entidad Aseguradora ni tampoco del Contratante o 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.
- 54. RIESGO(S):** Vulnerabilidad de la persona objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño en su integridad física o la muerte. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.
- 55. SERVICIOS FUNERARIOS:** Son aquellos servicios a los que hace referencia la “**COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**” de esta Póliza, debidamente contratados por el Tomador o Contratante de la Póliza en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura de esta Póliza, y debidamente aceptados por la Compañía.
- 56. SERVICIO RELIGIOSO:** Comprende, el valor del oficio en el centro religioso definido por los familiares en la localidad de residencia habitual del Asegurado fallecido, y un (1) libro de condolencias nuevo.
- 57. SINIESTRO:** Constituye la acción o aparición del riesgo que hace exigible la obligación de la Compañía. Es el acontecimiento inesperado, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del Asegurado. Para efectos de este contrato el despido involuntario de la relación laboral del Asegurado, susceptible de ser indemnizada conforme a los términos de este contrato.
- 58. SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro.
- La solicitud de seguro es la solicitud de ingreso al esquema de aseguramiento colectivo, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, por parte del aspirante a devenir Asegurado presentada a la Compañía.
- El certificado de seguro es el documento que adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento colectivo pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales.
- En el certificado de aseguramiento consta: i) Información propia de la solicitud de seguro; ii) El número de póliza colectiva y el tomador de la misma; iii) Número de registro del producto en la superintendencia; iv) Nombre, identificación y domicilio del o los asegurado(s); v)

Créditos cuyos pagos son objeto de la cobertura; vi) Vigencia; vii) Monto de la prima, forma de pago y plan de pago; viii) Límite de responsabilidad.

Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.

59. **SOLICITUD DE SEGURO DEL TOMADOR:** Formulario que será completado por algún representante del Tomador el cual recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
60. **SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico que se define por el Contratante en la Solicitud de Seguro para cada persona asegurada que se adhiere al contrato, y que es determinante para que la Compañía establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la Compañía en concepto de siniestro(s) durante la Vigencia de la Póliza para una o varias coberturas. Para este Seguro, la Suma Asegurada se mantendrá invariable.
61. **TARIFA:** Factor, generalmente dado en porcentaje, que determinará la prima de la póliza.
62. **TARJETA DE CRÉDITO / TARJETA DE DÉBITO:** Pieza plástica, con cinta magnética o dispositivo electrónico adherido a la misma, en la que se almacena la información necesaria y autorización requerida, para ser utilizada como instrumento financiero de acceso a una Cuenta de Crédito o Débito.
63. **TARJETA HABIENTE:** Es el cliente del Contratante a quien se le expide una Tarjeta de Crédito o Débito, que mantiene una Cuenta de Crédito o Débito.
64. **TANATOPRAXIA (PREPARACIÓN DEL CUERPO):** Comprende el tratamiento higiénico-sanitario para la conservación del Cuerpo de una persona fallecida, respetando los diferentes ritos religiosos y según los estándares establecidos en la República de Costa Rica.
65. **TIEMPO DE ESPERA:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
66. **TRASLADO:** Comprende el traslado del fallecido en su Cofre o Ataúd desde el lugar del fallecimiento hasta la Sala de Velación, desde la sala de velación hasta el sitio del oficio religioso, y desde el sitio del oficio religioso hasta su destino final (Osario, cenizario o cementerio), siempre dentro del perímetro urbano de la localidad de residencia habitual del Asegurado, con un máximo de treinta (30 Km.) cada recorrido, y cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado.
67. **TUMBA, NICH O BÓVEDA:** Comprende el valor del alquiler o arrendamiento y adecuación del espacio en que permanecerá por el tiempo determinado el cuerpo del Asegurado fallecido, con un máximo de cinco (5) años consecutivos, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado y según sea costumbre en la localidad donde se preste el servicio.
68. **URNA CINERARIA:** Es el elemento para contener los restos cremados (cenizas) de una persona fallecida, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de se lleve a cabo el servicio de Cremación.
69. **VELACIÓN:** Comprende el uso de la Sala de Velación en la localidad de residencia habitual del Asegurado fallecido, por el tiempo estándar estipulado localmente y hasta por un máximo de veinticuatro (24) horas, adicionalmente, la atención en la sala de velación, incluyendo el suministro de café.
70. **VENCIMIENTO:** Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.
71. **VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual la Compañía se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.
72. **VIGENCIA DEL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL:** Es el período durante el cual la Compañía se compromete, a brindar la cobertura al individuo incluido en el esquema de aseguramiento colectivo pactado. Se especifica en la Solicitud/Certificado.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro será un contrato de adhesión el cual se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Solicitud/Certificado, Solicitud de Seguro del Tomador y Addendum.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

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

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS

3. COBERTURA BÁSICA

3.1. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

En caso que el Asegurado Principal o alguno de los Familiares Asegurados fallezca por causa natural o accidental, la Compañía, una vez se haya cumplido el Tiempo de Espera establecido en el correspondiente Solicitud/Certificado, coordinará, de conformidad con el Plan de Seguro contratado, para la prestación de los Servicios Funerarios acordados dentro del territorio de la República de Costa Rica a través de la Red de Proveedores de Servicios Funerarios autorizados por la Compañía.

Por causa natural se entiende el fallecimiento por cualquier causa que no sea producto de un Accidente. Por accidental se entiende el fallecimiento como resultado directo y exclusivo de un Accidente.

Los bienes y servicios cubiertos son:

1. Servicio de Tanatopraxia (arreglo, vestimenta, maquillaje del cuerpo).
2. Ataúd o Cofre de madera de corte lineal estándar, o Urna Cineraria.
3. Asesoría en Trámites Legales ante las autoridades competentes, para la inhumación o Cremación.
4. Decoración de iglesia o sala de velación con 3 (tres) Arreglos Florales.
5. Utilización de las salas de velación a nivel nacional en caso de ser requerido, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio.

6. Espacio en arriendo por cinco (5) años en cementerios disponibles a nivel nacional donde exista dicha modalidad y según disponibilidad o servicio de Cremación.
7. Traslados terrestres a nivel nacional, lo cual comprende únicamente dentro de la República de Costa Rica.

De la misma manera, y a elección de la Compañía, en caso de que no se pudiera prestar los Servicios Funerarios indicados en esta cobertura por falta de Proveedores de Servicios Funerarios en el lugar que se solicite o debido a cualquier otra causa que imposibilite la prestación de los Servicios Funerarios indicados, la Compañía procederá a la indemnización del monto asegurado indicado en la Solicitud/Certificado y en las Condiciones Generales de esta Póliza.

SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

4. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)

Por medio de este Seguro, en caso de fallecimiento del Asegurado Principal o Familiares Asegurados por causa natural o accidental, la Compañía coordinará para la prestación de Servicios Funerarios los cuales incluirán i) Asesoría en Trámites Legales ante las autoridades competentes, para la inhumación o Cremación; ii) Traslados terrestres a nivel nacional; iii) Cofre de madera de corte lineal estándar o Urna Cineraria; iv) Servicio de Tanatopraxia (arreglo, vestimenta, maquillaje); v) Decoración de iglesia o sala de velación con tres (3) Arreglos Florales; vi) Espacio en arriendo por cinco (5) años en cementerios disponibles a nivel nacional donde exista dicha modalidad y según disponibilidad o servicio de cremación; vii) Utilización de las salas de velación a nivel nacional en caso de ser requerido, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio; a través de la Red de Proveedores de Servicios Funerarios autorizados por la Compañía.

La Suma Asegurada máxima para este Seguro será de hasta **DOS MIL DÓLARES (US\$ 2,000.00)** moneda de curso legal de los Estados Unidos de América o su equivalente en colones por fallecimiento. No obstante, la misma podrá variar en la prórroga de la Póliza, debido a la inflación sobre los gastos inflacionarios o incorporación / reducción de la prestación así como a lo indicado en la cláusula "**TARIFAS**". En estos últimos casos se informara al Asegurado antes de la prórroga del nuevo valor de la Suma Asegurada, de acuerdo al procedimiento indicado en la cláusula "**TARIFAS**".

5. FAMILIARES ASEGURADOS

Para el caso de la "**COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**" indicada en esta Póliza, los Familiares Asegurados serán designados en la Solicitud/Certificado o mediante solicitud posterior del Asegurado en caso de no detallarlos en la Solicitud/Certificado por cualquier razón, por lo cual estarán cubiertos en caso de fallecimiento por causa natural o accidental. De tal forma, podrán recibir los Servicios Funerarios indicados o en caso de que no se pudieran prestar los Servicios Funerarios indicados la Compañía procederá a la indemnización del monto asegurado indicado en la Solicitud/Certificado y en las Condiciones Generales de esta Póliza.

El pago de la indemnización se hará, a elección de la Compañía, siempre que fehacientemente se pueda comprobar por parte de un familiar o interesado que no se pudo tener acceso a los Servicios Funerarios por parte del Administrador de la Red de Servicios Funerarios. De tal manera, se procederá al reembolso del dinero pagado contra facturas al familiar o interesado que logre comprobar que realizó el gasto de los Servicios Funerarios, hasta el límite máximo indicado en la Solicitud/Certificado y en las Condiciones Generales de esta Póliza.

Para la solicitud de los Servicios Funerarios el Asegurado Principal o los Familiares del Asegurado, según sea el caso, deberán comunicarse telefónicamente con el **Administrador de la Red de Servicios Funerarios** a los teléfonos **(506) 4052-5354, (506) 4052-5355, (506) 4052-5356** en Costa Rica, o por correo electrónico a la dirección costarica@memorialinternational.com, kruiz@memorialinternational.com o mgonzalez@memorialinternational.com.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

6. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso cubrirá lo siguiente:

- a) Suicidio o autolesión.
- b) Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, o hechos que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- c) Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no son necesariamente nucleares.
- d) Catástrofes Naturales: inundaciones, terremotos, maremotos, huracanes, erupción volcánica.
- e) El Tiempo de Espera establecido para esta Póliza.
- f) Enfermedades Preexistentes o Anteriores.

De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura, por lo que la misma no operará, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía. Conforme a lo anterior, y de acuerdo con lo definido en esta Póliza, la cobertura también cesará para el resto de los Familiares Asegurados.

SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA

7. LIMITACIÓN GENERALES

Este servicio se otorga bajo las siguientes limitaciones:

1. A través del Administrador de Servicios Funerarios y de la Red de Proveedores de Servicios Funerarios en todo el territorio nacional.
2. Hasta DOS MIL DÓLARES (US\$ 2,000.00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América o su equivalente en colones por fallecimiento; el monto asegurado siempre se indemnizará en forma de las prestaciones o servicios definidos.
3. En caso del fallecimiento del Asegurado Principal de la póliza la misma se dará por terminada y dejará de aplicar a los Familiares Asegurados.

8. LIMITACIÓN TERRITORIAL

Los servicios funerarios se otorgan solo dentro del territorio de la República de Costa Rica. Únicamente estarán cubiertos los Asegurados que residan permanentemente en la República de Costa Rica.

Esta póliza no ofrece servicios de repatriación del cuerpo, por lo que en caso de que alguno de los Asegurados fallezca en el extranjero no podrá utilizar la cobertura que proporciona esta póliza.

La cobertura funeraria corresponde solo al servicio que se pueda brindar dentro de la República de Costa Rica.

9. PERIODO DE COBERTURA

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

10. TIEMPO DE ESPERA

En caso que un Asegurado fallezca por causa accidental, la “**COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**” operará de manera inmediata desde el momento de la expedición de la Solicitud/Certificado y/o durante el período de gracia, habiéndose cumplido el período de gracia la Cobertura operará siempre que el Asegurado haya pagado las Primas correspondientes, y que no fallezca por una causa considerada en la cláusula de “**EXCLUSIONES GENERALES**” de este Seguro.

En caso que un Asegurado fallezca por causa natural o por enfermedad, la “**COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**” operará después de haber transcurrido noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia que aparece en la Solicitud/Certificado, siempre que el Contratante haya pagado las Primas correspondientes, y que no fallezca por una causa considerada en la cláusula de “**EXCLUSIONES GENERALES**” de este Seguro.

SECCIÓN V: DEDUCIBLES

11. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

Para la “**COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**” no aplicará ningún deducible.

BENEFICIARIOS

12. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para el caso de esta póliza, la misma no contará con Beneficiarios pero se podrán incluir Familiares Asegurados de acuerdo a la definición de “**Familiares Asegurados**” y a lo indicado en la cláusula de “**FAMILIARES ASEGURADOS**” de esta póliza.

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

13. 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 y la presentación de la documentación necesaria para el análisis 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.

14. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO PRINCIPAL

El Tomador y/o Asegurados están obligados a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o Asegurados, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato.** La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

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

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

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

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

El Tomador deberá cumplir con el recaudo y depósito a favor de la Compañía de las primas del seguro, según lo dispuesto en las Condiciones Particulares. Al momento de fallecimiento del Asegurado, la Compañía coordinará la prestación de los Servicios Funerarios indicados o procederá a la indemnización del monto asegurado indicado en la Solicitud/Certificado y en las Condiciones Generales y cesará la cobertura de la Póliza el resto de los Familiares Asegurados.

En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación.

En el caso de que una sociedad corredora de seguros participe como Intermediario de Seguros de esta Póliza, el Contratante deberá aclarar a los Asegurados si la misma actúa como asesor con contraprestación de honorarios asumida por el Contratante, y detallará las obligaciones y responsabilidades de la misma.

Si la inclusión del Asegurado en la Póliza ocurre con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador procederá a informar al Asegurado de forma expresa y clara si la contratación de cualquier cobertura en esta Póliza es obligatoria u opcional para el Asegurado.

15. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)

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

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

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

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

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

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

El Contratante se obliga a reportar por escrito los movimientos de inclusión y exclusión de miembros del Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que ocurran dichos movimientos. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante o del Intermediario de Seguros, según sea el encargado, les acarreará responsabilidades en caso de eventos que por su responsabilidad deban ser pagados por la Compañía debido, por ejemplo, personas asegurables que actuando de buena fe debieron ser incluidos en la Póliza de Seguros pero no fueron reportados oportunamente para ser Asegurados.

La Compañía se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente, y con base en estas pruebas, dejará constancia de posibles exclusiones o limitaciones al Seguro.

16. 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 Asegurados se comprometen a brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a mantener actualizada dicha información. En caso contrario la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información

17. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)

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

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

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

18. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

Las primas serán pagaderas con periodicidad anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual, éstas serán calculadas por método mutuamente convenido por la Compañía y el Contratante.

En caso que se acuerde un pago fraccionado de la prima (periodicidad de pago menor al año), lo cual constará en las Condiciones Particulares, aplicarán los siguientes recargos máximos:

- Pagos anuales: 0% en colones o dólares.
- Pagos semestrales: 4% en colones o dólares.
- Pagos cuatrimestrales 5% en colones o dólares.
- Pagos trimestrales: 6% en colones o dólares.
- Pagos bimensuales 7% en colones o dólares.
- Pagos mensuales: 8% en colones o dólares.

19. FORMA DE PAGO

Las primas deberán ser pagadas por el Contratante en el domicilio de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto al domicilio de la Compañía y/o a una persona distinta (intermediario de seguros, representante o recaudador) no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en el domicilio de la Compañía, salvo que en las Condiciones Particulares se haya pactado que el pago de las primas se realizará en el domicilio del Asegurado. Para que la Compañía esté obligada al pago de la indemnización deberá haber percibido la prima única convenida, o las parciales, en un plazo no mayor de noventa (90) días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento del pago único, o cualquier pago parcial, que se hubiese fijado en las Condiciones Particulares.

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

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

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

20. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de noventa (90) días para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la Compañía podría notificar la

terminación automática de la Póliza al final de dicho período de gracia por incumplimiento de pago, o bien, cobrar la prima en vía ejecutiva por el plazo en que la Póliza se mantenga vigente.

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

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

21. TARIFAS

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, la Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa que utilizará para la prórroga de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares. La proporción de la afectación al ajuste de la prima será debidamente notificada al Contratante en el plazo indicado anteriormente.

Para lo anterior, se podrán tomar en consideración condiciones individuales de los Asegurados o los siguientes factores según se detallan a continuación: a) inflación estimada para los siguientes doce meses según las proyecciones del Banco Central de Costa Rica o del Instituto Nacional de Estadística y Censo, b) desviaciones y/o cambios en los costos de gastos funerarios de acuerdo a estudios de mercado que efectúe la Compañía, c) modificaciones o incrementos en los beneficios de la Póliza de acuerdo a lo que determine la Compañía, d) cambio de edad del Asegurado o Familiar Asegurado, e) aumento en los costos de administración según lo determine la Compañía y f) siniestralidad que pueda presentar el Grupo Asegurado.

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

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

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

RECARGOS Y DESCUENTOS

22. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para esta póliza no aplicarán recargos ni descuentos de ningún tipo.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

23. RECLAMACIONES

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal o algún Familiar Asegurado de acuerdo a la “**COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**”, el Asegurado Principal o los Familiares del Asegurado, según sea el caso, deberán comunicarse telefónicamente con el **Administrador de la Red de Servicios Funerarios** a los teléfonos **(506) 4052-5354, (506) 4052-5355, (506) 4052-5356** en Costa Rica, o por correo electrónico a la dirección costarica@memorialinternational.com, kruiz@memorialinternational.com o mgonzalez@memorialinternational.com.

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

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

1. El formulario de reclamación suministrado por la Compañía completo;
2. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado fallecido por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. Original y copia del certificado de defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil.
4. Carta de solicitud del reembolso indicando claramente el número de reclamación con fecha y hora de solicitud del servicio, nombre y número de identificación del Asegurado fallecido, fecha y lugar del fallecimiento, número de la Póliza, y relación completa de los documentos aportados.
5. Original de la factura expedida por la empresa prestadora de los Servicios Funerarios, así como los originales de las facturas de los servicios adicionales correspondientes.

Cuando el Asegurado fallezca y si por circunstancias ajenas a la voluntad de la Compañía se haga necesario el reembolso de los Gastos Funerarios objeto de este Seguro, cualquier familiar del Asegurado, o quien demuestre haber realizado los gastos de Servicios Funerarios deberá presentar completos los requisitos para el trámite ante la Compañía o el Intermediario de Seguros con el cual adquirió la Póliza, debiendo gestionar el trámite en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario después de ocurrido el Siniestro.

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

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

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

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales a los familiares del Asegurado o a quien demuestre haber realizado los gastos de Servicios Funerarios.

24. PAGO DE RECLAMACIONES

En caso de reembolso, toda reclamación ya ajustada, será pagada dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y aceptación de pruebas satisfactorias de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía de acuerdo con la cláusula anterior.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación, los familiares del Asegurado o a quien demuestre haber realizado los gastos de Servicios Funerarios tendrá derecho a apelar ante la Compañía, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en esta póliza.

25. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, autorizan a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la muerte 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. Los familiares del Asegurado o quien demuestre haber realizado los gastos de Servicios Funerarios y el Contratante están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

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

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

26. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

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

Cuando se trata de la Solicitud/Certificado, la cobertura del seguro entra a regir automáticamente.

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

27. VIGENCIA DEL SEGURO

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

Además, esta Póliza es prorrogable por periodos anuales de manera automática, si ninguna de las partes Tomador o la Compañía interpone aviso de no prórroga dentro de los plazos previstos en esta Póliza. Adicionalmente, esta Póliza podrá ser prorrogada 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 prórroga de la póliza según lo expresado en la cláusula "TARIFAS".

28. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza podrá ser prorrogada por periodos anuales y permanecerá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma.

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

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

CONDICIONES VARIAS

29. SEGURO COLECTIVO

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

30. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

31. 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 Contratante, 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 por el representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviene del Contratante, o 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.

32. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El periodo de disputabilidad se iniciará:

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

33. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y FUERZA MAYOR

La Compañía prestará los servicios indicados en este Seguro, a través del Administrador de Servicios Funerarios y de la Red de Proveedores de Servicios Funerarios, dependiendo siempre de la disponibilidad de los mismos en el lugar de residencia habitual del Asegurado. De cualquier forma, la Compañía no reembolsará valor alguno por aquellos servicios que no sea posible prestar en el lugar de residencia habitual del Asegurado por falta absoluta de disponibilidad local.

Cuando la Compañía o el Administrador de Servicios Funerarios no haya confirmado a los familiares la prestación del Servicio Funerario del Asegurado fallecido dentro de las cinco (5) horas siguientes a la solicitud del mismo, el Asegurado o sus familiares podrán contratar los Servicios Funerarios con el proveedor de su preferencia en la localidad de residencia habitual del Asegurado, y los Gastos Funerarios ocasionados por el servicio serán indemnizados por la Compañía a manera de reembolso, en la forma, con las limitaciones que aquí se definen y hasta las sumas aseguradas establecida en el Solicitud/Certificado. Todo pago lo hará la Compañía de acuerdo con el costo usual, razonable y acostumbrado para el servicio en el lugar donde le sea prestado.

Para efecto del presente Seguro, se consideran fuerza mayor las siguientes situaciones:

- a. Cuando la Compañía o la Red de Proveedores de Servicios Funerarios no cuente con una empresa o funeraria autorizada para prestar los servicios en el sitio donde reside habitualmente y donde será inhumado el Asegurado fallecido, y se vea en la necesidad de autorizar a los familiares del Asegurado, telefónicamente o vía correo electrónico, la contratación de los servicios a nivel local con un proveedor ajeno a la Red de Proveedores de Servicios Funerarios de la Compañía.
- b. Cuando por absoluta imposibilidad de comunicación con el Administrador de la Red de Servicios Funerarios, los familiares del Asegurado, no puedan solicitar el servicio de inhumación del Asegurado fallecido por cualquier medio telefónico o de correo electrónico, y se vean en la necesidad perentoria de contratar los servicios funerarios sin la correspondiente autorización de la Compañía o del Administrador de la Red de Servicios Funerarios de la Compañía.

34. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS FUNERARIOS

Los Servicios Funerarios objeto del presente Seguro serán prestados a través de la Red de Prestadores de Servicios Funerarios, contratada para tal fin por Administrador de la Red de Servicios Funerarios y la Compañía, en concordancia con los lineamientos de calidad exigidos por la autoridad sanitaria local, y manteniendo actualizada y a disposición de los asegurados la lista de empresas o entidades de servicio funerario que conforman la mencionada Red a nivel nacional, a la cual los asegurados tienen acceso a través de los números y correos electrónicos indicados en la cláusula “**RECLAMACIONES**”.

La Compañía se reserva el derecho de adicionar, retirar o sustituir en cualquier momento y sin previo aviso un determinado Prestador de Servicios Funerarios de la Red.

35. SUICIDIO

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión de la póliza o de su rehabilitación, la Compañía se limitará a devolver las primas pagadas. Transcurrido el plazo de dos (2) años, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

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

36. ELEGIBILIDAD

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

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

- a. Es una persona física.
- b. Reside permanentemente en el territorio costarricense.
- c. Es Tarjetahabiente del Tomador o Familiar Asegurado del Tomador.
- d. El Asegurado Principal deberá contar con una edad mínima de dieciocho (18) años de edad; los hijos del Asegurado Principal deberán contar con una edad mínima de un (1) año de edad, y; cualesquiera otros Familiares Asegurados deberán contar con una edad mínima de dieciocho (18) años de edad. Una vez que el Asegurado Principal o Familiares Asegurados hayan sido incluido en la póliza, no habrá ningún tipo de límite de edad y la Compañía continuará otorgando cobertura.

37. EDAD

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

Para ser incluidos en la presente póliza el Asegurado Principal y los Familiares del Asegurado Principal deberán contar con una edad de al menos dieciocho (18) años de edad. Lo anterior excluyendo a los hijos del Asegurado Principal, quienes podrán contar con una edad mínima de un (1) año de edad.

A partir de los sesenta y cuatro (64) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, para ser incluido un Asegurado Principal o Familiares del Asegurado Principal (en caso de incluir dos (2) o cuatro (4) Familiares Asegurados), la Compañía podrá proceder según las siguientes opciones:

1. Para cada Asegurado a incluir el cual tenga una edad mayor de (64) años, once (11) meses y veintinueve (29) días; se agregará a la prima indicada en el plan elegido en la Solicitud/Certificado, un monto de USD \$ 1,99 mensual o su equivalente en colones costarricenses., o;
2. Realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance la edad límite, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto y, por lo tanto, se proceda con la aplicación de una tarifa especial. El monto adicional producto de esta tarifa especial será adicionado de manera mensual a la prima indicada en el plan elegido en la Solicitud/Certificado.

Una vez que el Asegurado Principal o cualquier Familiar Asegurado haya sido incluido en la póliza, no existirá límite de edad para su permanencia y la Compañía continuará otorgando cobertura bajo esta Póliza.

38. MODIFICACIONES

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

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

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

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

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

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

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

En caso de que este seguro se contrate bajo modalidad no contributiva donde el Tomador es acreedor del Asegurado, el Asegurado entiende que su participación en el mismo lo es en carácter de tercero relevante, por lo cual solamente el Contratante y la Compañía, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del seguro colectivo dentro del marco de ley. En ese caso, el Asegurado tendrá el derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario de seguros.

39. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD

Si la edad de un Asegurado se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas.

La Suma Asegurada del Asegurado no será modificada si las sumas aseguradas aplicables a los Asegurados no dependen de la edad; pero si las sumas aseguradas dependen de la edad del Asegurado, la suma asegurada será enmendada de modo correspondiente y el ajuste de prima tomará en consideración la mencionada enmienda.

40. REHABILITACIÓN

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

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

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

41. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

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

42. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de la Compañía de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de las obligaciones surgidas de esta póliza, por lesiones recibidas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones.

La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los aseguradores de éstos. En igual forma lo podrá hacer del Asegurado, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación: La Compañía pagará el beneficio a algún familiar del Asegurado o a quien demuestre haber realizado los gastos por Servicios Funerarios, sujeto a lo siguiente:

- Firma del finiquito respectivo y subrogación en la Compañía todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula.
- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar el ejercicio por parte de la Compañía de los derechos subrogados.
- Cooperen y asistan a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

43. MONEDA

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

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

44. 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.

45. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

El seguro del terminará automáticamente cuando cualquiera de lo siguiente ocurra primero:

- a. En la fecha de Vencimiento de la Póliza;
- b. Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago;
- c. Fallecimiento por cualquier causa del Asegurado Principal;

46. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza y todas sus coberturas terminarán el día que se declare la ocurrencia de cualquier de las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima por parte del Contratante de la Póliza al término del Período de Gracia.
- b. Cuando el Contratante, por su parte, decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza, previa aplicación del mecanismo de comunicación previsto para los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses.

En todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el Contratante, bajo su responsabilidad y dentro del plazo de treinta (30) días naturales previo a la terminación de la póliza, deberá comunicarlo a los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses. La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizada por los Asegurados.

En caso de que este seguro se contrate bajo modalidad no contributiva donde el Tomador es acreedor del Asegurado, el Asegurado entiende que su participación en el mismo lo es en carácter de tercero relevante, por lo cual solamente el Contratante y la Compañía, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del seguro colectivo dentro del marco de ley. En ese caso, el Asegurado tendrá el derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario de seguros.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

47. 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 proceso de arbitraje, si lo consideran conveniente a sus intereses.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

48. NOTIFICACIONES

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

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

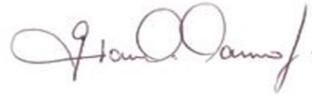
El Contratante y/o Asegurado Principal, por este medio podrá autorizar a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o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

49. MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA

El Contratante y los miembros del Grupo Asegurado podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza mediante los siguientes medios:

- Número de teléfono: 2503 2700, opción 1.
- Correo electrónico: servicio@assanet.com.
- Sitio web en el que se pueda revisar toda la documentación contractual y plantear consultas: <https://www.assanet.cr/>.

 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 P19-60-A05-807 de fecha 9 de agosto del 2024.