

SEGURO AUTOEXPEDIBLE POR DESEMPLEO "MIS INGRESOS PROTEGIDOS" CONDICIONES GENERALES

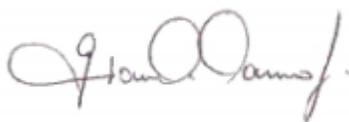
ÍNDICE

1.COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	1
2.DEFINICIONES	2
3.DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN.....	3
4.ÁMBITO DE COBERTURA	3
1.COBERTURAS BÁSICAS.....	3
2.CONDICIONANTES DE LAS COBERTURAS:.....	4
5.EXCLUSIONES	5
6.SUMA ASEGURADA	6
7.PERÍODO DE COBERTURA A BASE DE OCURRENCIA.....	6
8.TERRITORIALIDAD.....	6
9.BENEFICIARIOS.....	6
10.OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	6
11.PRIMA.....	7
12.AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA.....	7
13.PERÍODO DE GRACIA.....	7
14.PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	7
15.VIGENCIA DEL SEGURO	9
16.PRÓRROGA.....	9
17.TERMINACIÓN DEL SEGURO	9
18.DERECHO DE RETRACTO	9
19.CONDICIONES VARIAS.....	9
20.INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	10
21.COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	10

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (la "Compañía"), emite este Seguro Autoexpedible de acuerdo con las Condiciones Generales que a continuación se establecen y las declaraciones hechas por el Asegurado nombrado en la Propuesta de Seguro. 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 Asegurado con todos los dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.



**Giancarlo Caamaño, Gerente General
Representante Autorizado**

2. DEFINICIONES

Los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones.
2. **ASEGURADO:** Persona física que se encuentra cubierta y debidamente registrada en la Propuesta de Seguro, es quien contrata el seguro.
3. **BENEFICIARIO:** Persona designada por el Asegurado a quien se le reconoce el derecho de percibir la totalidad o una porción de la indemnización derivada en esta póliza.
4. **CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social.
5. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, embarazo, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la Póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.
6. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles el cual sintetiza las Condiciones Generales.
7. **DESPIDO INJUSTIFICADO:** Es aquel que se produce con responsabilidad patronal por circunstancias no imputables al Asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales. Para efectos de este seguro, en caso de que el Asegurado esté laborando para más de un patrono, se considerará desempleado involuntariamente si es despedido de tal forma en todos sus trabajos.
8. **DESPIDO COLECTIVO:** Decisión del patrono de dar por terminado los contratos de trabajo de un número de empleados igual o mayor al diez por ciento (10%) del total de una empresa con más de cien (100) empleados, o igual o mayor al veinte por ciento (20%) del total de una empresa con menos de cien (100) pero más de cincuenta (50) empleados, o a un número de diez (10) empleados cuando la empresa tiene menos de cincuenta (50) empleados, fundamentada en causas económicas, técnicas, organizativas o de producción del patrono.
9. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales.
10. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), lo que le impida de manera permanente a desempeñar su profesión, actividad u oficio habitual. Debe ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental durante la vigencia de la póliza. Se considera también como tal, la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado.
11. **INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL:** Pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impida desempeñar de forma lucrativa o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual por un mínimo de treinta (30) días calendario.
12. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en Costa Rica. El médico ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
13. **PATRONO:** Persona física o jurídica debidamente inscrita ante la CCSS, que legalmente puede contratar en Costa Rica a personas físicas bajo una relación laboral.
14. **PERÍODO DE CARENCIA:** Tiempo con posterioridad a la fecha de contratación de la póliza, durante el cual no se ampara la reclamación de ciertas coberturas.
15. **PERÍODO DE ESPERA:** Tiempo con posterioridad a la fecha de ocurrencia de un siniestro, dependiendo de la cobertura, en el cual la Compañía no tendrá obligación de indemnizar la reclamación, si no hasta vencido este.
16. **PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene la oferta que realiza la Compañía y las condiciones particulares que declara el Asegurado.

17. **SINIESTRO:** 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 a la prestación prevista en el contrato.
18. **TRABAJADOR:** Persona física que presta a otra sus servicios materiales, intelectuales o de ambos géneros en virtud de un contrato de trabajo expreso o implícito, verbal o escrito, individual o colectivo.
19. **TRABAJADOR DEPENDIENTE:** Persona que desempeña un trabajo y que a cambio recibe una contraprestación por parte de un patrono bajo una relación laboral según lo establecido por el Código de Trabajo. Para efectos de esta póliza esta persona tiene que haber suscrito y firmado un contrato de trabajo por tiempo indefinido, estar inscrito por el patrono ante la CCSS y haber estado trabajando para el mismo patrono por un término mayor a seis (6) meses continuos y con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales.
20. **TRABAJADOR INDEPENDIENTE:** Persona física que por sí misma y de forma independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no, sin importar si cotiza o no como tal ante la CCSS. No tiene relación laboral con un patrono.

3. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

La póliza se conforma con la siguiente documentación: Condiciones Generales, Propuesta de Seguro y el Dersa. La interpretación de la póliza debe seguir el siguiente orden de prelación: La Propuesta de Seguro tiene prelación sobre las Condiciones Generales y en caso de contradicciones entre estos documentos y el Dersa se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

1. COBERTURAS BÁSICAS:

1.1 COBERTURA DE RENTA POR DESPIDO INJUSTIFICADO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada, según el plan contratado en la Propuesta de Seguro, cuando en su calidad de trabajador dependiente sufra un despido injustificado. Dicha suma asegurada será pagadera en forma mensual y por un máximo de seis (6) meses como se estipula en la Propuesta de Seguro, bajo la condición de que el Asegurado presente evidencia que continúa desempleado.

Para efectos de la cobertura se considerarán las siguientes condiciones:

- a) Se ampara el despido injustificado en caso de quiebra del empleador.
- b) Para que el despido sea considerado como involuntario, será necesario que el Asegurado tenga derecho al pago de un auxilio de cesantía y que así se exprese en el correspondiente finiquito.

Una vez que la situación de desempleo termine, el Asegurado deberá dar aviso inmediato a la Compañía y simultáneamente la Compañía suspenderá los pagos mensuales correspondientes. En caso de que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su desempleo y no le notifique dicho cambio a la Compañía, esta reclamará al Asegurado la devolución de los pagos que realizó sin estar el Asegurado desempleado.

1.2 COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada, según el plan contratado en la Propuesta de Seguro, cuando en su calidad de trabajador independiente sufra una incapacidad total y temporal como consecuencia de un accidente cubierto. Dicha suma asegurada será pagadera en

forma mensual y por un máximo de seis (6) meses como se estipula en la Propuesta de Seguro, bajo la condición de que el Asegurado presente evidencia que la incapacidad continúa.

Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su incapacidad total temporal, deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio en su estado de salud, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades. En caso de que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su incapacidad y no le notifique dicho cambio a la Compañía, esta reclamará al Asegurado la devolución de los pagos que realizó sin estar el Asegurado incapacitado.

1.3 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada, según el plan contratado en la Propuesta de Seguro, en caso de que el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un accidente cubierto.

Para el pago de la indemnización prevista en esta cobertura, el fallecimiento accidental deberá suceder inmediatamente o dentro de un plazo no mayor a ciento ochenta días (180) días naturales contados a partir del accidente.

1.4 COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada, según el plan contratado e indicado en la Propuesta de Seguro, en caso de que el Asegurado sufra una Incapacidad Total y Permanente como consecuencia directa de un accidente cubierto.

2. CONDICIONANTES DE LAS COBERTURAS:

PERÍODO DE CARENCIA PARA LA COBERTURA DE RENTA POR DESPIDO INJUSTIFICADO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES

Si el Asegurado entra en situación de despido injustificado durante los dos (2) meses posteriores a la fecha de contratación de la póliza, la Compañía no amparará la reclamación. De igual forma, si la situación de despido injustificado ocurre durante los dos (2) meses posteriores a un aumento de suma asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto a dicho incremento.

PERÍODO DE ESPERA PARA LA COBERTURA DE RENTA POR DESPIDO INJUSTIFICADO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES

La obligación de la Compañía inicia a partir del mes posterior a la fecha en que haya iniciado la situación de despido injustificado, es decir, el Asegurado no gozará del pago de indemnización durante el primer mes de desempleo.

PROPIEDAD EXCLUYENTE

Las Coberturas de Renta Por Despido Injustificado Para Trabajadores Dependientes e Incapacidad Total y Temporal Para Trabajadores Independientes son excluyentes entre sí, por lo cual un Asegurado no podrá estar amparado bajo ambas coberturas a la misma vez y la Compañía dejará de pagarlas cuando ocurra alguna de las siguientes condiciones, la que ocurra primero: (i) cuando la Compañía haya cubierto el número total de pagos acordados, (ii) cuando el Asegurado fallezca, o (ii) cuando cese la condición objeto de cobertura.

5. EXCLUSIONES

Las siguientes exclusiones aplican de forma general a todas las coberturas:

1. Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
2. Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.
3. Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado.
4. Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.
5. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.
6. Riñas o peleas.
7. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección. Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres (cuando se conduzcan con fines distintos a su uso como transporte cotidiano y/o laboral) o acuáticas, actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.
8. Lesiones que se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.

Exclusiones específicas de la Cobertura de Renta Por Despido Injustificado Para Trabajadores Dependientes:

1. Si es despedido durante el período de prueba o a la finalización de este.
2. Por renuncia voluntaria del asegurado o por mutuo acuerdo.
3. Cuando el patrono termina el contrato de trabajo por justa causa.
4. Cuando el Asegurado se pensiona por vejez o invalidez.
5. Cuando el Asegurado o una familiar de este sea accionista relevante de la empresa de la cual es despedido.
6. En el caso de los servidores públicos: por expiración del plazo o período para el cual fue elegido o nombrado o por la imposición de una sanción administrativa que constituya una causal de inhabilidad, destitución o suspensión.
7. Cuando la persona asegurada se acoge voluntariamente a un régimen de movilidad laboral.
8. Entra en situación de despido injustificado a consecuencia de: jubilación, retiro obligatorio o voluntario; por participar activamente en paros, disputas laborales o huelgas ilegales o por cambios en su condición mental.
9. Entra en situación de despido injustificado como consecuencia de un despido anunciado con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza. Dicho anuncio puede haberse dado de forma privada o bien mediante comunicado público del patrono.
10. El desempleo se deba a un despido colectivo.

Exclusiones específicas de la Cobertura de Incapacidad Total y Temporal Para Trabajadores Independientes y de la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente:

1. Por lesiones que pueda sufrir el Asegurado, causadas por arma cortante, cortopunzante o de fuego durante un atraco o intento de homicidio.
2. Incapacidad de origen nervioso o psicológico, ataque de epilepsia o como consecuencia de éste.

3. **Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo de un embarazo iniciado durante la vigencia de la póliza.**
4. **Lesiones producidas al Asegurado, en virtud de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.**

Exclusiones específicas de la Cobertura de Muerte Accidental:

1. **Envenenamientos e infecciones, con excepción de los que resulten de una lesión accidental.**
2. **Homicidio doloso.**
3. **Cuando la persona asegurada fallezca por causa o como consecuencia de un tratamiento médico o una cirugía que haya sido requerida como consecuencia de un accidente no cubierto por la póliza.**
4. **Cuando la persona asegurada no fallezca por el accidente cubierto, sino por causa o como consecuencia de un tratamiento médico o una cirugía practicada como resultado del accidente.**

6. SUMA ASEGURADA

Las sumas aseguradas para las coberturas del presente seguro se establecen en la Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

7. PERÍODO DE COBERTURA A BASE DE OCURRENCIA

El presente seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, aun si el reclamo se presenta después de vencida dicha vigencia.

8. TERRITORIALIDAD

El seguro garantiza protección únicamente dentro de la República de Costa Rica.

9. BENEFICIARIOS

El Asegurado designará a uno o más beneficiarios para la Cobertura de Muerte Accidental. Tal designación se hará al momento de contratar la póliza y estos quedarán descritos en la Propuesta de Seguro.

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.

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad se deben nombrar estos y no sus tutores o representantes legales. Si se nombra beneficiario a un mayor de edad en el seguro, como representante del menor no cumple con los efectos correspondientes.

10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a. Brindar la información requerida al momento de contratar el seguro, o bien, sobre la ocurrencia de siniestros de forma veraz y oportuna.
- b. Realizar el pago de la prima en tiempo y forma.
- c. Brindar la información relacionada la Ley 8204 sobre prevención de legitimación de capitales. En caso contrario, la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

11.PRIMA

El Asegurado se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de prima, de acuerdo con lo establecido en la Propuesta de Seguro.

El pago de la prima será de pago fraccionado debiendo hacerse con la periodicidad indicada en la Propuesta de Seguro, dichos pagos se realizarán al medio de pago también indicado en la Propuesta de Seguro, sin aplicar recargos por pago fraccionado.

12.AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA

El valor de la prima se determinará de acuerdo con el grupo etario en el cual se encuentre el Asegurado. La Compañía ajustará el valor de la prima de esta póliza cuando el Asegurado supere la edad límite de cada grupo etario tal y como se establece a continuación y en la Propuesta de Seguro, en las secciones de monto de prima mensual por pagar por cada plan. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

Grupo Etario	Prima Mensual del Plan 1	Prima Mensual del Plan 2
Hasta los 64 años de edad.	UM	UM
Entre 65 a 79 años de edad.	UM	UM
Entre 80 a 84 años de edad.	UM	UM
A partir de 85 años de edad.	UM	UM

***Nota para efectos de registro:** En el Condicionado General presentado al Asegurado se especificarán de manera puntual tanto los rangos de edad como los montos de prima a pagar.

13.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.

14.PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Asegurado deberá comunicarse telefónicamente al número de teléfono **(+506) 2503-ASSA (2503-2772)** o al correo electrónico: reclamosautoexp@assanet.com. El aviso de siniestro no deberá exceder el plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Requisitos por presentar bajo la Cobertura de Renta Por Despido Injustificado Para Trabajadores Dependientes:

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Original y copia de la carta de despido del trabajo expedida y firmada por el último patrono, donde se indique la fecha de inicio y la fecha de terminación del contrato de trabajo por tiempo indefinido, así como la causa clara de terminación del mismo.
- Copia del contrato de trabajo firmado por el último patrono que aparece en el reporte de la CCSS.
- Certificación de la CCSS en la que se indique la fecha de inclusión y exclusión del empleado por el patrono.
- Original y copia del último recibo de pago y afiliación del Asegurado a la CCSS.
- Contra cada pago mensual que deba hacer la Compañía, el Asegurado deberá aportar una declaración jurada en la que confirme su estado de desempleo. Adicionalmente, deberá aportar certificación con no menos de cinco (5) días de emitida por parte de la CCSS en la que

se deje constancia que no se encuentra cotizando para dicha institución como empleado o trabajador independiente.

Requisitos por presentar bajo la Cobertura de Incapacidad Total y Temporal Para Trabajadores Independientes:

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Original y copia del dictamen médico decretándose la incapacidad total y temporal del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado, los días de incapacidad y porcentaje de incapacidad que sufre.
- Copia certificada del historial clínico completo del Asegurado desde el momento en que se originó la incapacidad total y temporal.
- Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso de que la CCSS no emita dicha certificación, deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.
- Contra cada pago mensual que deba hacer la Compañía, el Asegurado deberá aportar una declaración jurada indicando que cumple con los requisitos de trabajador independiente presentando además certificación con no menos de cinco (5) días de emitida por parte de la CCSS en la que se deje constancia que no se encuentra cotizando como empleado.

Requisitos por presentar bajo la Cobertura de Muerte Accidental:

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia del documento de identidad del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente.
- Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

Requisitos por presentar bajo la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente:

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Original y copia del dictamen médico decretándose la incapacidad total y permanente del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos.
- Original de la declaratoria de invalidez emitido por la CCSS o por medicatura forense del poder judicial. De no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un médico nombrado por el Asegurado, un médico nombrado por la Compañía y un tercer médico especialista nombrado de común acuerdo entre los médicos. La junta médica deberá tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad. Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al médico de su elección, y los honorarios del tercer médico serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
- Copia certificada del historial clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el accidente que originó la incapacidad.

- Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso de que la CCSS no emita dicha certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado. **No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

Luego de presentados todos los requisitos, la Compañía brindará respuesta al Asegurado o beneficiarios dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. A partir de la aceptación del reclamo la Compañía deberá efectuar el pago dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

15. VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza cuenta con una vigencia de un (1) año calendario contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la Propuesta de Seguro, salvo se pacte otra cosa en la misma. Lo anterior sujeto al pago de la prima en tiempo y forma también descritos en la Propuesta de Seguro.

16. PRÓRROGA

Esta póliza es prorrogable automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso de que la Compañía requiera incluir modificaciones en la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de prórroga.

17. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este seguro se dará por terminado cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- A solicitud expresa del Asegurado.
- Cuando se decrete la nulidad absoluta de la póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- Cuando exista mora en el pago de la prima y se proceda conforme a lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.
- Fallezca el Asegurado.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de finalización anticipada de la póliza, estas serán devueltas al Asegurado en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la finalización anticipada de la póliza.

18. DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud Asegurado durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado, siempre y cuando no haya ocurrido un siniestro.

19. CONDICIONES VARIAS

A. EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN

La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años. No existirá una edad máxima para la contratación de este seguro.

B. MONEDA

Todos los valores de esta póliza serán expresados en la moneda que se indique en la Propuesta de Seguro.

En caso de que el seguro sea contratado en dólares de los estados unidos de américa y las obligaciones de la Compañía o del Asegurado se requieran cumplir en moneda nacional, se tomará en cuenta el tipo de cambio de venta que el Banco Central de Costa Rica publique en la fecha en que se efectúe el pago.

C. LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte Costa Rica o aquellas con las que Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos relacionados con eventos cubiertos bajo esta póliza cuando el Asegurado o beneficiarios, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga objetivo similar.

D. 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.

20. INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de que el consumidor de seguros vea afectados sus derechos o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, tendrá derecho a acudir en primera instancia ante la Compañía, o bien, al **Centro de Defensa del Asegurado (CDA)**, al **teléfono 2291-0315**, **correo: clienteseguros@aap.cr**. En cada instancia no podrá superarse el plazo de diez (10) días hábiles a partir de su presentación. Agotada la instancia del CDA podrá interponer la queja ante la SUGESE. En el caso de reclamación, podrá acudir a la instancia judicial o arbitral según acuerden las partes. El Asegurado podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono (+506) 2243-5108 de la central telefónica.

21. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con este seguro serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado a través del medio de comunicación que haya indicado en la Propuesta de Seguro.

El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía la modificación del medio de comunicación, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última información de contacto.

Registro en SUGESE número: **G11-15-A05-943 de fecha 18 de Septiembre del 2021.**