

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL UMBRELLA – CONTRATO TIPO (COLONES)
CONDICIONES GENERALES

Mediante esta PÓLIZA, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “LA COMPAÑÍA”) conviene con el TOMADOR indicado en las CONDICIONES PARTICULARES (denominado el “TOMADOR”) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos y condiciones estipulados en la PÓLIZA.

El derecho a las prestaciones estipuladas en esta PÓLIZA depende del correcto cumplimiento de parte del TOMADOR con todos sus términos, condiciones y demás estipulaciones, así como las normas imperativas de las leyes aplicables.

La PÓLIZA está conformada por los siguientes documentos:

- CONDICIONES PARTICULARES
- CONDICIONES GENERALES
- PROPUESTA DE SEGURO, cuando se emita.
- SOLICITUD DE SEGURO que incluye las DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Las presentes CONDICIONES GENERALES se rigen por definiciones y condiciones detalladas a continuación.

El presente es un contrato tipo, bajo modalidad individual, donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por el asegurador con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que las partes de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial.

I. Definiciones

Para efectos de la presente PÓLIZA se utilizarán los conceptos que a continuación se detallan, los cuales serán escritos en letras mayúsculas a lo largo del documento.

- a) **ADDENDUM:** Documento escrito que modifica parte de las CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES o ADDENDUM previo de la PÓLIZA, ya sea por solicitud del Contratante o como requerimiento de la COMPAÑÍA para la suscripción del contrato. En plural se denomina Addenda. El ADDENDUM y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.
- b) **ASEGURADO:** Es la persona física o jurídica cuyo patrimonio es susceptible de afectación en caso de declaración de una responsabilidad civil cubierta. Para los efectos de este contrato el ASEGURADO siempre será la misma persona que el TOMADOR y las obligaciones y derechos que se disponga para éste serán también aplicables al ASEGURADO NOMBRADO cuando corresponda.
- c) **ASEGURADO NOMBRADO:** Es la persona física o jurídica diferente del ASEGURADO

identificada en las CONDICIONES PARTICULARES a cuyo favor operará igualmente esta PÓLIZA y cuyo patrimonio es susceptible de afectación en caso de declaración de una responsabilidad civil cubierta.

- d) **COBERTURA(S) BÁSICA(S):** Se refiere a los amparos a las que se obliga LA COMPAÑÍA mediante el presente contrato y que siempre se contratan con el seguro.
- e) **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recogen los principios básicos que regulan este contrato de seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe LA COMPAÑÍA, incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes contratantes e incorporan las condiciones especiales. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
- f) **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del TOMADOR, ASEGURADO, ASEGURADO NOMBRADO y BENEFICIARIOS, vigencia del contrato, periodicidad del pago de PRIMAS e importe de las mismas, riesgos cubiertos y DEDUCIBLES, así como cualquier otra disposición que complementa CONDICIONES GENERALES. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
- g) **DAÑO:** Para efectos de esta PÓLIZA lo conforma la afectación sufrida por un TERCERO a consecuencia del menoscabo de su patrimonio provocado por DAÑOS a su propiedad, gastos incurridos, LESIONES CORPORALES o muerte, como consecuencia directa y eficiente de un EVENTO. Incluye el DAÑO MORAL siempre y cuando las pólizas básicas indicadas en las CONDICIONES PARTICULARES también cubran este tipo de daño. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- h) **DAÑO MORAL:** Todo aquel DAÑO causado al ámbito no material de un TERCERO, tales como, pero no limitados a, dolor, sufrimiento, angustia, estrés, nerviosismo, pérdida de la cordura y otros similares, sean o no sujetos de tasación monetaria.
- i) **DAÑOS DE TIPO SUBTERRANEO:** DAÑOS que afectan la propiedad ajena que se encuentran debajo de la superficie de la tierra o agua, como alambres, conductos, tuberías maestras, (de gas, agua, y otras sustancias, electricidad, fibra óptica, líneas de transmisión), alcantarillado, tanques, túneles y bienes o cosas semejantes, y cualquier aparato en conexión con los mismos, y que ocurren durante el uso de equipo mecánico utilizado con el propósito de la nivelación de terrenos, la pavimentación, excavación, perforación, los trabajos de sacar tierra (de una zanja de préstamo), de llenar, rellenar o de pilotaje (clavar pilototes).
- j) **DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestaciones del ASEGURADO, o su representante, mediante las cuales comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de LA COMPAÑÍA así como para la determinación de la PRIMA a cobrar.
- k) **EVENTO:** Error u omisión involuntaria imputable al ASEGURADO, derivada directamente del ejercicio de las actividades descritas en las CONDICIONES GENERALES, que tiene lugar durante el período de VIGENCIA de la PÓLIZA y que es susceptible de generarle una responsabilidad de tipo civil a éste o al ASEGURADO NOMBRADO frente a un TERCERO. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- l) **INTERÉS ASEGURABLE:** Por INTERÉS ASEGURABLE se entiende el interés económico que el ASEGURADO y/o ASEGURADO NOMBRADO tiene en la conservación de la integridad del patrimonio ASEGURADO.

- m) **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.
- n) **LESIONES CORPORALES:** Son los DAÑOS en la integridad física de la persona incluyendo la muerte que ocurra en cualquier tiempo y que resulta de ello, enfermedad o padecimiento físico sufrido por cualquier TERCERO, causados por un EVENTO.
- o) **LÍMITE AGREGADO ANUAL:** Es la suma máxima por la cual LA COMPAÑÍA asume la responsabilidad y otorga cobertura a los SINIESTROS que ocurran dentro de la vigencia del seguro. Esta suma es única por PÓLIZA y no aumenta por la inclusión de ASEGURADOS, ASEGURADOS NOMBRADOS, UNIDADES ASEGURADAS, ACTIVIDADES, JURISDICCIONES, o cualquier otro elemento contemplado en el contrato.
- p) **LÍMITE DE PARTICIPACIÓN:** Suma fija que se establece en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA que representa la participación económica del ASEGURADO en el siniestro. Sólo opera en siniestros amparados por las pólizas básicas pero que por algún motivo no se cuenta con la cobertura para ese riesgo específico. En ese caso se indemnizará en exceso del LÍMITE DE PARTICIPACIÓN dispuesto en las CONDICIONES PARTICULARES.
- q) **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:** Es la suma máxima que pagará LA COMPAÑÍA según se indique en las CONDICIONES PARTICULARES. Esta suma es única por PÓLIZA y no aumenta por la inclusión de ASEGURADOS, ASEGURADOS NOMBRADOS, UNIDADES ASEGURADAS, ACTIVIDADES, JURISDICCIONES, o cualquier otro elemento contemplado en el contrato.
- r) **LÍMITE ÚNICO COMBINADO:** Es el límite para las indemnizaciones tanto para LESIONES CORPORALES a TERCERAS PERSONAS como DAÑOS a la propiedad de TERCEROS que se vean afectados en un EVENTO amparado. Esta suma es única por PÓLIZA y no aumenta por la inclusión de ASEGURADOS, ASEGURADOS NOMBRADOS, UNIDADES ASEGURADAS, ACTIVIDADES, JURISDICCIONES, o cualquier otro elemento contemplado en el contrato.
- s) **PERJUICIO:** Ganancia dejada de percibir por un TERCERO como consecuencia directa de un EVENTO. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- t) **PÓLIZA:** Representa el contrato de seguro y está integrada por los siguientes documentos
 - CONDICIONES PARTICULARES
 - CONDICIONES GENERALES
 - PROPUESTA DE SEGURO, cuando corresponda
 - SOLICITUD DE SEGURO que incluye las DECLARACIONES DEL ASEGURADO.
- u) **PRIMA:** Precio que paga el TOMADOR o un TERCERO a su favor por la cobertura del seguro a la que se obliga LA COMPAÑÍA, su monto, conducto de pago y periodicidad de pago se establecen en las Condiciones Particulares. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- v) **PRIMA NO DEVENGADA:** Corresponde a la porción de la PRIMA aplicable al período no transcurrido de la VIGENCIA DE LA PÓLIZA. En toda situación en que corresponda reintegrar al TOMADOR la PRIMA NO DEVENGADA, ésta se pondrá a disposición del mismo dentro de los diez 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.
- w) **RECLAMO:** Manifestación formal de parte de un TERCERO hecha al ASEGURADO o ASEGURADO NOMBRADO solicitando la indemnización de DAÑOS o PERJUICIOS. Incluye tanto los planteamientos en sede privada, administrativa, arbitral y judicial. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.

- x) **SINIESTRO:** Constituye la materialización del riesgo. Para efectos de las obligaciones relacionadas con el acaecimiento del SINIESTRO el mismo se entenderá como cualquiera de las siguientes situaciones, en cuanto sea de conocimiento del ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO:
- i. EL EVENTO
 - ii. EL DAÑO o PERJUICIO causado a un TERCERO como consecuencia de un EVENTO
 - iii. El RECLAMO planteado por un TERCERO en contra del ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO.
- Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- y) **SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario completado por el TOMADOR que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo, determinar la PRIMA a pagar y decidir la eventual expedición de la PÓLIZA. Incluye las declaraciones bajo fe de juramento que realiza el TOMADOR del seguro.
- z) **SUBROGACIÓN:** Es la cesión, a favor de LA COMPAÑÍA, de los derechos que corresponden al ASEGURADO o ASEGURADO NOMBRADO contra un TERCERO. Ocurre en razón de la indemnización.
- aa) **TERRITORIO DE LA PÓLIZA:** La República de Costa Rica. Lo anterior significa que los SINIESTROS deberán tener lugar en el territorio costarricense y que los derechos y obligaciones derivados del contrato se interpretarán conforme a la legislación y competencia jurisdiccional de Costa Rica salvo que en las CONDICIONES PARTICULARES se disponga de otra forma.
- bb) **TERCERO o TERCERAS PERSONAS:** Persona diferente de LA COMPAÑÍA, el ASEGURADO y ASEGURADO NOMBRADO y de sus empleados y familiares o familiares de sus representantes, directores, empleados y socios hasta segundo grado de afinidad y consanguinidad.
- cc) **TOMADOR:** Es la persona física mayor de 18 años o persona 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.
- dd) **UNIDAD ASEGURADA:** Lugar o lugares declarados en las CONDICIONES PARTICULARES en los que se da el desarrollo de las ACTIVIDADES desempeñadas por el ASEGURADO y los ASEGURADOS NOMBRADOS. Por acuerdo de las partes en las CONDICIONES PARTICULARES puede simplemente indicarse todo el territorio de Costa Rica.
- ee) **VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el período durante el cual LA COMPAÑÍA se compromete, a brindar la cobertura.

II. CONDICIONES GENERALES

1. Prelación de términos.

Para efectos de términos y condiciones de esta PÓLIZA, en caso que alguno de ellos se contradiga con otro, se aplicará el siguiente orden de prelación:

- 1.1. Leyes de carácter imperativo vigentes.
- 1.2. CONDICIONES PARTICULARES y sus ADDENDA
- 1.3. CONDICIONES GENERALES y sus ADDENDA
- 1.4. Propuesta de Seguro cuando corresponda
- 1.5. SOLICITUD DE SEGURO, aceptada por LA COMPAÑÍA.

1.6. Otras leyes y normativa aplicables.

2. Cobertura.

2.1. COBERTURA BÁSICA. LA COMPAÑÍA se compromete a indemnizar económicamente los DAÑOS y PERJUICIOS sufridos por TERCEROS por los que sea responsable civilmente el ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO a consecuencia de un EVENTO. Lo anterior únicamente respecto a responsabilidad civil en el exceso no cubierto por otros seguros de responsabilidad civil. Es decir la indemnización deberá estar cubierta por alguno de los seguros de responsabilidad civil referidos en las CONDICIONES PARTICULARES y esta PÓLIZA indemnizará solamente el monto en exceso sobre lo pagado por esos seguros y hasta el LÍMITE DE RESPONSABILIDAD establecido en las CONDICIONES PARTICULARES.

Esta PÓLIZA no operará en exceso de los sublímites que contengan las PÓLIZAS básicas, salvo que se pacte lo contrario en las CONDICIONES PARTICULARES.

2.2. Exclusiones.

2.2.1. Queda excluido de la cobertura del presente contrato y por lo tanto LA COMPAÑÍA no estará obligada a indemnizar aquello que esté considerado como exclusiones en los seguros de responsabilidad civil en exceso de los cuales opera esta PÓLIZA.

2.2.2. Queda excluido de la cobertura del presente contrato y por lo tanto LA COMPAÑÍA no estará obligada a indemnizar los daños y perjuicios generados por riesgos de aviación y riesgos marítimos portuarios excepto tratándose de embarcaciones de placer.

2.2.3. Por tratarse éste de un contrato tipo, en las CONDICIONES PARTICULARES las partes podrán adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las mencionadas en los apartados anteriores 2.2.1.

2.3. Determinación de la responsabilidad civil. La responsabilidad civil del ASEGURADO y ASEGURADO NOMBRADO se determinará mediante sentencia judicial o laudo arbitral en firme, o mediante reconocimiento extrajudicial siempre que exista acuerdo escrito previo al reconocimiento por parte de LA COMPAÑÍA. Según lo anterior LA COMPAÑÍA no quedará obligada por reconocimiento de adeudos, transacciones o cualesquiera otros actos jurídicos de naturaleza semejante, aceptados o concertados sin su conocimiento. La confesión de la materialidad de un hecho, no podrá ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad.

2.4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA en ningún momento pagará un monto mayor, independientemente de los rubros que se incluyan, a las sumas indicadas en las CONDICIONES PARTICULARES como LÍMITE DE RESPONSABILIDAD, LIMITE UNICO COMBINADO o LÍMITE AGREGADO ANUAL, la suma que se alcance primero.

2.5. Territorialidad. Para que se encuentre cubierto, el EVENTO deberá haber ocurrido dentro de los límites de Costa Rica y los RECLAMOS planteados de conformidad con la normativa costarricense y sometidos a la jurisdicción costarricense, salvo que en las CONDICIONES PARTICULARES se estipule otra cosa.

2.6. Clase de seguro. El presente seguro corresponde a la categoría de Seguros Generales, Ramo de Responsabilidad Civil.

2.7. Periodo de Cobertura. De conformidad con el artículo 15 de la Ley Reguladora del

Contrato del Seguro en adelante LRCS se aclara que el periodo de cobertura de este seguro es por reclamación, de manera que solo se cubren EVENTOS ocurridos durante el período de VIGENCIA DE LA POLIZA y cuya reclamación tenga lugar durante dicho periodo; lo anterior salvo que se estipule expresamente en las CONDICIONES PARTICULARES que el seguro es por ocurrencia.

3. Obligaciones del ASEGURADO

El ASEGURADO deberá cumplir con todas las obligaciones que se detallan en la presente condición y en las CONDICIONES PARTICULARES. El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones generará el derecho de LA COMPAÑÍA, según se indica en cada caso, a quedar liberado de sus obligaciones contractuales, reteniendo en todo caso la PRIMA DEVENGADA y la PRIMA NO DEVENGADA según se especifique en cada caso. En esta PÓLIZA las condiciones de TOMADOR y ASEGURADO recaerán siempre sobre la misma persona.

3.1. INTERÉS ASEGURABLE

El ASEGURADO declara ser titular de un interés lícito y económico en la no ocurrencia del riesgo cubierto por esta PÓLIZA. La desaparición del INTERÉS ASEGURABLE traerá como consecuencia la terminación del contrato de seguro.

Cuando el ASEGURADO no tenga INTERÉS ASEGURABLE al momento de contratar el seguro, podrá hacerlo válidamente sujeto a la condición suspensiva que, en el plazo máximo de un mes a partir del inicio de la vigencia del contrato, adquiera tal INTERÉS ASEGURABLE. En caso de no adquirirse el INTERÉS ASEGURABLE en el plazo indicado, el ASEGURADO deberá notificarlo a LA COMPAÑÍA para efectos de que ésta reintegre las PRIMAS pagadas, las que estarán a disposición del ASEGURADO a más tardar diez (10) días hábiles.

3.2. Pago de la PRIMA

3.2.1. Obligación de pago. El ASEGURADO deberá cumplir con el pago de la PRIMA del seguro, según lo dispuesto en las CONDICIONES PARTICULARES en cuanto a monto, conducto de pago y periodicidad.

En el momento en que LA COMPAÑÍA pague la indemnización correspondiente al máximo del LÍMITE DE RESPONSABILIDAD, se entenderá por devengada la PRIMA correspondiente al resto del período de VIGENCIA DE LA PÓLIZA con base en el cual fue calculada. El ASEGURADO podrá realizar el pago correspondiente en ese momento o en su defecto éste se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

3.2.2. Recargo por fraccionamiento de pagos. En caso que se acuerde un pago fraccionado de la PRIMA, lo cual constará en las CONDICIONES PARTICULARES, el máximo recargo por fraccionamiento que aplicará la COMPAÑÍA serán los siguientes:

3.2.2.1. Pagos semestrales 4%.

3.2.2.2. Pagos cuatrimestrales 5%.

- 3.2.2.3. Pagos trimestrales 6%.**
- 3.2.2.4. Pagos bimestrales 7%.**
- 3.2.2.5. Pagos mensuales 8%.**

Un recargo distinto podrá negociarse entre las partes indicando lo que corresponda en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

- 3.2.3. Lugar y conducto de pago.** Las **PRIMAS** correspondientes al seguro deben pagarse en cualquiera de las oficinas autorizadas por **LA COMPAÑÍA**, en el territorio nacional según se indica en la **SOLICITUD DE SEGURO**.

En caso de convenirse alguna posibilidad de pago distinta deberá disponerse así en la **SOLICITUD DE SEGURO**.

- 3.2.4. Periodo de gracia.** La primera **PRIMA**, y fracciones de ésta, deberá ser pagada dentro de los diez días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato. Las **PRIMAS** correspondientes a renovaciones se pagarán dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha renovación. De no pagarse dentro de esos plazos se producirá la mora del **ASEGURADO**. Generada la mora, **LA COMPAÑÍA** notificará dentro de los cinco días hábiles siguientes la terminación del contrato a partir de la mora. Si ocurre algún **SINIESTRO** cubierto durante el período de gracia, **LA COMPAÑÍA** deducirá de la indemnización el valor de la **PRIMA** anual pendiente de pago. En caso que se haya otorgado la cobertura durante el período de gracia, **LA COMPAÑÍA** podrá recibir el cobro correspondiente en el monto proporcional al número de días transcurridos hasta la notificación de la terminación automática.

Un período de gracia distinto podrá negociarse entre las partes indicando lo que corresponda en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

- 3.2.5. PRIMA de Depósito.** En los casos en que se determine en las **CONDICIONES PARTICULARES** el método de pago mediante **PRIMA** de depósito se aplicará el siguiente procedimiento.

- 3.2.5.1.** La **PRIMA** designada en la **PÓLIZA** como “la **PRIMA** de depósito o **PRIMA** mínima y de depósito” es solamente un “adelanto” que será abonado al monto de la **PRIMA** realmente devengada y liquidada al final del periodo de la **PÓLIZA** o parte del mismo según se defina en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

- 3.2.5.2.** En las **CONDICIONES PARTICULARES** se indicará la base a utilizar para la liquidación así como la tarifa aplicable y la información requerida de parte del **ASEGURADO**.

- 3.2.5.3.** Al final de cada período o parte del mismo según se establezca en las **CONDICIONES PARTICULARES** como el período respecto al cual ha de practicar la liquidación se computará la **PRIMA** realmente devengada mediante dicha revisión de cuentas e informes que debe suministrar el **ASEGURADO** y a base de la notificación dada al **ASEGURADO**.

- 3.2.5.4.** De conformidad con el resultado de la liquidación, se determinará la **PRIMA NO DEVENGADA**.

- 3.2.5.5.** Si la **PRIMA** de depósito resultare menor a la devengada se hará el cobro respectivo al **TOMADOR**, que contará con quince días hábiles para pagar después de recibida la notificación.

- 3.2.5.6.** Si la PRIMA de depósito resultare mayor se devolverá al TOMADOR el monto no devengado que estará disponible en las oficinas de LA COMPAÑIA a más tardar 10 días hábiles después de la liquidación.
- 3.2.5.7.** El reintegro indicado en la condición 3.2.5.6. no procederá si en las CONDICIONES PARTICULARES se estableció que se trata de una PRIMA mínima y de depósito.
- 3.2.6. PRIMA mínima siempre devengada.** Tal y como se encuentra justificado en la nota técnica del producto, los costos administrativos de emisión y mantenimiento de la PÓLIZA, generan que desde la emisión de la PÓLIZA exista una PRIMA mínima siempre devengada. De conformidad con lo anterior esa PRIMA mínima siempre devengada corresponderá, de acuerdo al período de cobertura transcurrido a los siguientes porcentajes de la PRIMA total:
- 3.2.6.1. Hasta 10 días, 15%
 - 3.2.6.2. Hasta 1 mes, 20%
 - 3.2.6.3. Hasta 1 1/2 meses, 25%
 - 3.2.6.4. Hasta 2 meses, 30%
 - 3.2.6.5. Hasta 3 meses, 40%
 - 3.2.6.6. Hasta 4 meses, 50%
 - 3.2.6.7. Hasta 5 meses, 60%
 - 3.2.6.8. Hasta 6 meses, 70%
 - 3.2.6.9. Hasta 7 meses 75%
 - 3.2.6.10. Hasta 8 meses, 80%
 - 3.2.6.11. Hasta 9 meses, 85%
 - 3.2.6.12. Hasta 10 meses, 90%
 - 3.2.6.13. Hasta 11 meses 95%
- 3.2.7. Recargos:** Sobre la prima que pague el Contratante, cada renovación anual ASSA Compañía de Seguros podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un estudio tarifario el cual contempla la siniestralidad del periodo del último año. Para el cálculo de la siniestralidad se utilizan las primas netas pagadas del último año y los siniestros netos incurridos del último año, que corresponden a: Siniestros pagados del último año y siniestros pendientes reportados a fin de vigencia. Con esta información se estima el índice de siniestralidad, como el cociente de los siniestros entre las primas. Al determinar el índice de siniestralidad se podrá aplicar un ajuste a la prima según el rango de la siguiente tabla.

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Más de 40% hasta 50%	0%
Más de 50% hasta 60%	15%
Más de 60% hasta 80%	35%
Más 80%	100%

Esta revisión se realizará anualmente.

3.3. Declaración del riesgo

El ASEGURADO está obligado a declarar a LA COMPAÑÍA todos los hechos y circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo. El ASEGURADO quedará relevado de esta obligación cuando LA COMPAÑÍA conozca o debiera razonablemente conocer la situación. Deberá declarar expresamente todos los seguros de responsabilidad civil con que cuente y aportar sus condiciones vigentes e informar cualquier modificación sobre los mismos. En caso de que las PÓLIZAS de responsabilidad civil básicas, correspondan a una Compañía ASEGURADORA diferente a LA COMPAÑÍA, es obligación del ASEGURADO presentar junto con la SOLICITUD DE SEGURO ante LA COMPAÑÍA, copia de los contratos correspondientes de esas PÓLIZAS.

Por otra parte, todas las PÓLIZAS de Responsabilidad Civil básicas, sean de LA COMPAÑÍA u otras ASEGURADORAS, sobre las cuales operará este contrato, deberán contar con una vigencia consolidada y deberán coincidir con la de este contrato de Responsabilidad Civil. En caso de EVENTO si las VIGENCIAS DE LAS PÓLIZAS no son iguales y alguna de las básicas se encontrara sin vigencia por no haber sido renovada, la presente PÓLIZA Umbrella no operará.

La reticencia o falsedad intencional por parte del ASEGURADO, sobre hechos o circunstancias que conocidos por LA COMPAÑÍA hubieren 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. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado. La misma será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.

Si la reticencia o falsedad no son intencionales se procederá de la siguiente manera:

- 3.3.1. LA COMPAÑÍA tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al ASEGURADO la modificación del contrato la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de su notificación LA COMPAÑÍA podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la PRIMA DEVENGADA al momento que se notifique la decisión, y reintegrando, el valor de PRIMAS NO DEVENGADAS, que deberá estar a disposición del TOMADOR en las oficinas de LA COMPAÑÍA a más tardar diez días hábiles después de terminado el contrato de conformidad con la CONDICIÓN GENERAL 12.
- 3.3.2. Si LA COMPAÑÍA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera ASEGURADO podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al TOMADOR la PRIMA NO DEVENGADA al momento de la rescisión que deberá estar a disposición del ASEGURADO en las oficinas de LA COMPAÑÍA a más tardar diez días hábiles

después de terminado el contrato de conformidad con la **CONDICIÓN GENERAL 12.**

Si la reticencia o falsedad son intencionales, el contrato se tendrá por nulo pero LA COMPAÑÍA tendrá derecho a devengar la totalidad de las PRIMAS pagadas.

Si un SINIESTRO ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, LA COMPAÑÍA deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse al ASEGURADO. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al ASEGURADO, 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 a la persona asegurada respectivamente.

3.4. Agravación del riesgo

El ASEGURADO está obligado a velar porque el estado del riesgo no se agrave. Deberá también notificar por escrito a LA COMPAÑÍA aquellos hechos, posteriores a la celebración del contrato, que sean desconocidos por LA COMPAÑÍA e impliquen razonablemente una AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

La notificación se hará con no menos de diez días hábiles de antelación a la fecha en que se inicie la AGRAVACIÓN DEL RIESGO, si ésta depende de la voluntad del ASEGURADO. Si la AGRAVACIÓN DEL RIESGO no depende de la voluntad del ASEGURADO, éste deberá notificarla a LA COMPAÑÍA dentro de los cinco días hábiles siguientes al momento en que tuvo, o debió razonablemente tener conocimiento de la misma.

Notificada la AGRAVACIÓN DEL RIESGO en los términos indicados, o adquirido de otra forma el conocimiento de la situación de AGRAVACIÓN DEL RIESGO por parte de LA COMPAÑÍA, se procederá de la siguiente manera:

- 3.4.1. A partir del recibo de la comunicación o puesta en conocimiento, LA COMPAÑÍA contará con un mes para proponer la modificación de las condiciones de la PÓLIZA. La modificación propuesta tendrá efecto al momento de su comunicación al ASEGURADO cuando fuera aceptada por éste. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato si demuestra que las nuevas condiciones del riesgo hubieran impedido su celebración, deberá en este caso reintegrar las PRIMAS no devengadas que estarán a disposición del TOMADOR a más tardar diez días hábiles después de terminada la cobertura en las oficinas de LA COMPAÑÍA de conformidad con la **CONDICIÓN GENERAL 12.**
- 3.4.2. LA COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato si en el plazo de diez días hábiles, contados a partir del recibo de la propuesta de modificación, el ASEGURADO no la aceptare. En ese caso deberá reintegrar las PRIMAS no devengadas que

estarán a disposición del ASEGURADO a más tardar diez días hábiles después de terminada la cobertura en las oficinas de LA COMPAÑÍA de conformidad con la CONDICIÓN GENERAL 12.

- 3.4.3. En caso de que sobrevenga el SINIESTRO cubierto antes de la aceptación de la propuesta o de la comunicación al ASEGURADO de la rescisión del contrato, LA COMPAÑÍA deberá cumplir la prestación convenida.

El incumplimiento por parte del ASEGURADO de sus deberes de notificación dará derecho a LA COMPAÑÍA a dar por terminado el contrato. La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida por parte del ASEGURADO la comunicación de LA COMPAÑÍA. Si el incumplimiento fuere intencional se tendrá por terminado el contrato a partir del momento en que debió notificarse. Se entenderá por intencional si la agravación fue evidente para el ASEGURADO y aun así no la notificó a LA COMPAÑÍA.

En caso de ocurrir un SINIESTRO, sin que el ASEGURADO hubiere comunicado la AGRAVACIÓN DEL RIESGO, LA COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización en forma proporcional a la PRIMA que debió haberse cobrado. En caso de que LA COMPAÑÍA justifique que las nuevas condiciones hubieren impedido el aseguramiento quedará liberado de su obligación restituyendo las PRIMAS no devengadas las cuales quedarán a disposición del ASEGURADO en las oficinas de LA COMPAÑÍA a más tardar diez días hábiles después de declinado el RECLAMO de conformidad con la CONDICIÓN GENERAL 12. Cuando el ASEGURADO omitiere la notificación con dolo o culpa grave LA COMPAÑÍA podrá retener la PRIMA NO DEVENGADA y quedará liberado de su obligación.

3.5. Medidas de prevención de DAÑOS

El ASEGURADO adoptará por su propia cuenta, todas las medidas de prevención para evitar DAÑOS, atenderá las recomendaciones razonables, justificadas y proporcionales que le haga LA COMPAÑÍA para prevenir pérdidas, destrucciones o DAÑOS y cumplirá las resoluciones legales y las recomendaciones del fabricante.

3.6. Disminución de consecuencias del SINIESTRO

El ASEGURADO deberá emplear los medios razonables a su alcance para disminuir las consecuencias del SINIESTRO lo que incluye el aviso oportuno a LA COMPAÑÍA de cualquier gestión que deba realizarse dentro de un plazo específico dispuesto por una autoridad. El incumplimiento de esta obligación facultará a LA COMPAÑÍA para reducir su prestación en proporción al DAÑO que se pudo haber evitado. LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda prestación derivada del SINIESTRO si el ASEGURADO incumpliere esta obligación con dolo o culpa grave.

LA COMPAÑÍA correrá con los gastos de disminución de las consecuencias del SINIESTRO, originados en la obligación establecida en el párrafo anterior, siempre que se demuestre su costo conforme a los medios usualmente admitidos en derecho, independientemente de que los resultados no sean efectivos. En ningún caso se indemnizarán los gastos que sean evidentemente inoportunos o desproporcionados.

La participación de cualquiera de las partes en las labores de disminución de pérdidas y conservación no perjudicará sus derechos. Si el ASEGURADO actuó siguiendo las instrucciones de LA COMPAÑÍA este último deberá rembolsar la totalidad de los gastos.

LA COMPAÑÍA quedará liberada si el ASEGURADO provoca el EVENTO con dolo o culpa grave.

3.7. Obligaciones relacionadas con la ocurrencia del SINIESTRO

El aviso del SINIESTRO, se realizará por los medios indicados en las CONDICIONES PARTICULARES. La prontitud del aviso favorecerá la celeridad del trámite de reclamación y, cuando corresponda, la inspección en sitio del SINIESTRO indicada en la condición 8.5. por parte de LA COMPAÑÍA. En caso que el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO se encuentre en posibilidad de avisar del SINIESTRO a LA COMPAÑÍA y no lo haga, dicha omisión se entenderá como una inobservancia de la obligación del deber de colaboración y, en caso que aplique, del deber de disminuir las consecuencias del SINIESTRO, ambos exigidos por los artículos 43 y 44 de la LRCS.

La sanción prevista por la LRCS para la inobservancia del deber de colaboración que afecte, de forma significativa, la posibilidad de LA COMPAÑÍA de constatar circunstancias relacionadas con el EVENTO liberará a éste de su obligación de indemnizar.

En cuanto a la disminución de las consecuencias del SINIESTRO el incumplimiento de esta obligación por parte del ASEGURADO facultará a LA COMPAÑÍA para reducir su prestación en proporción al DAÑO que se pudo haber evitado. LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda prestación derivada del SINIESTRO si el ASEGURADO incumpliera esta obligación con dolo o culpa grave.

En todo caso, el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO, deberá notificar el SINIESTRO a más tardar siete (7) días hábiles, contados a partir de la fecha en que haya tenido o debido tener conocimiento de su ocurrencia. Para esos efectos deberá, en el plazo indicado, presentar a LA COMPAÑÍA el formulario DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE debidamente completado y con la información que en ese formulario se solicita.

Como principales medios para dar Aviso de SINIESTRO son: i.) a través de la línea telefónica 2503-ASSA (2503-2772) o; ii.) al correo electrónico: reclamocr@assanet.com.

Salvo que el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO demuestre caso fortuito o fuerza mayor, el incumplimiento de las obligaciones indicadas en esta condición facultará a LA COMPAÑÍA a deducir de la indemnización el valor de los DAÑOS que le cause tal incumplimiento.

EL ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO deberán de conformidad con el artículo 43 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, colaborar con LA COMPAÑÍA en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio. El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de LA COMPAÑÍA de constatar circunstancias relacionadas con el EVENTO y estimar la pérdida liberará a éste de su obligación de indemnizar.

La obligación de indemnizar que tiene LA COMPAÑÍA se extinguirá si demuestra que el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO declaró, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin PERJUICIO de que la conducta del ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO configure el delito de simulación.

En caso de SINIESTRO, ni el ASEGURADO ni el ASEGURADO NOMBRADO podrán divulgar la existencia de esta PÓLIZA a TERCEROS sin la previa autorización de LA COMPAÑÍA.

3.8. SUBROGACIÓN

Pagada la indemnización, LA COMPAÑÍA se subrogará, de pleno derecho y hasta el monto de su importe, en los derechos de la persona asegurada contra las personas responsables del EVENTO. En este caso, el TERCERO podrá oponer a LA COMPAÑÍA las mismas excepciones que pudieran hacer valer contra el ASEGURADO. De conformidad con el artículo 706 del Código Civil, también podrá reclamarse el pago de intereses sobre el monto del importe.

LA COMPAÑÍA no podrá valerse de la SUBROGACIÓN en PERJUICIO del ASEGURADO ni el ASEGURADO NOMBRADO. Esta prohibición se extenderá a las personas con quienes el ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO tengan relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo o culpa grave. Salvo previo consentimiento por escrito de LA COMPAÑÍA, ni el ASEGURADO ni el ASEGURADO NOMBRADO podrán renunciar total o parcialmente a los derechos que tenga contra los TERCEROS responsables del EVENTO, ni aceptar responsabilidad alguna de su parte.

El ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO deberán realizar todo lo que esté razonablemente a su alcance para permitirle a LA COMPAÑÍA el ejercicio de los derechos derivados de la SUBROGACIÓN. El incumplimiento de este deber se sancionará con el pago de los DAÑOS y PERJUICIOS ocasionados.

3.9. Notificación de PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando exista una situación de PLURALIDAD DE SEGUROS de previo o como consecuencia de la suscripción del presente contrato, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo a LA COMPAÑÍA en su solicitud.

En caso que la PLURALIDAD DE SEGUROS se genere con posterioridad a la suscripción de la presente PÓLIZA, el ASEGURADO tendrá la obligación de notificar, por escrito, a LA COMPAÑÍA dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato el nombre del ASEGURADOR, la cobertura, vigencia y SUMA ASEGURADA. De no hacerlo, en caso de que LA COMPAÑÍA realice pagos sin conocer esa situación, ésta tendrá derecho a reclamar el reintegro íntegro de lo pagado en exceso. El ASEGURADO, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle a LA COMPAÑÍA los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha de efectivo reintegro, aplicando la tasa de interés legal.

3.10. LÍMITE DE PARTICIPACIÓN

EL LÍMITE DE PARTICIPACIÓN será el estipulado en las CONDICIONES PARTICULARES.

4. Valoración

De conformidad con el artículo 73 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, cuando el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO no estén de acuerdo con el monto de indemnización determinado por LA COMPAÑÍA al ocurrir el SINIESTRO, el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO pueden solicitar se practique una tasación o valoración, y LA COMPAÑÍA deberá

acceder a ello. La valoración será efectuada por un tasador único o por dos tasadores Nombrados uno por cada parte, quienes en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer tasador. El dictamen del tercer tasador, cuando fuere necesario, se mantendrá dentro de los límites de valoración que constan en los informes individuales de los otros dos tasadores, sin que pueda, ser más bajo que el menor ni más alto que el mayor.

Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

En todo caso si no existe acuerdo sobre el monto a indemnizar al TERCERO, las partes se acogerán a lo que se determine en sentencia judicial o laudo arbitral en firme.

5. Derechos de LA COMPAÑÍA en caso de SINIESTRO.

- 5.1.** Inmediatamente después de que ocurra una pérdida o un DAÑO que pudiera acarrearle a LA COMPAÑÍA alguna responsabilidad en virtud del presente seguro, ésta podrá enviar representantes a la UNIDAD ASEGURADA o al lugar donde ocurrió el EVENTO según corresponda, a fin de determinar la causa o magnitud del SINIESTRO y efectuar todas las inspecciones que se estimen necesarias.
- 5.2.** Respecto a cualquier RECLAMO, demanda o pleito en cuanto a la responsabilidad civil del ASEGURADO o ASEGURADO NOMBRADO, LA COMPAÑÍA en cualquier tiempo podrá optar por pagar al ASEGURADO o al ASEGURADO NOMBRADO el monto (sin exceder del límite aplicable estipulado en esta PÓLIZA) por lo cual quedaría extinguido tal RECLAMO ante LA COMPAÑÍA. Al efectuar el pago y finiquitarse el RECLAMO, la COMPAÑÍA renunciará al conducto y control de la defensa y no tendrá ninguna responsabilidad en adelante respecto a tal RECLAMO, demanda o pleito excepto por las costas y gastos previstos en esta PÓLIZA - en cuanto se relacione tales costas y gastos a asuntos que ya surgieron en conexión con dicho RECLAMO, demanda o pleito antes de la fecha de tal pago y renuncia y siempre que no se haya agotado el límite correspondiente.

6. Derecho de inspección.

Durante la vigencia del seguro LA COMPAÑÍA podrá realizar inspecciones en el la UNIDAD ASEGURADA, coordinando de previo con el ASEGURADO, y podrá dejar registros de video y fotográficos como constancia. Para cuyos efectos el ASEGURADO autoriza expresamente tales actos.

7. Obligación de dar respuesta oportuna al RECLAMO

LA COMPAÑÍA brindará respuesta oportuna a todo RECLAMO, mediante resolución motivada y por escrito entregada al interesado dentro del plazo máximo de 30 días naturales a partir del momento en que presente formalmente el RECLAMO conforme al FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE. A más tardar quince días hábiles luego de presentado el RECLAMO, LA COMPAÑÍA indicará por escrito en forma clara la documentación y requisitos que se encuentren pendientes de presentación. La documentación y requisitos requeridos por LA COMPAÑÍA para analizar y definir la reclamación, deberá aportarse a LA COMPAÑÍA dentro de los siguientes diez días hábiles, período durante el cual se entenderá suspendido el plazo máximo indicado de 30 días naturales. Si el

ASEGURADO no presentare la información faltante en el plazo requerido (10 días hábiles) o la misma fuera reticente, inexacta o incompleta, el RECLAMO podrá ser declinado sin PERJUICIO que el ASEGURADO pueda plantearlo nuevamente con la información completa para valorar su procedencia, salvo si la reticencia o inexactitud fuesen intencionales en cuyo caso se declinará de manera definitiva el RECLAMO.

Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, ésta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del RECLAMO.

8. Trámite de RECLAMO

El trámite de RECLAMOS será el siguiente:

- 8.1.** Aviso. De conformidad con la condición 3.7., el ASEGURADO podrá realizar el aviso de SINIESTRO a la mayor brevedad por los medios indicados en las CONDICIONES PARTICULARES. En caso que el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO se encuentre en posibilidad de avisar del SINIESTRO a LA COMPAÑÍA y no lo haga, dicha omisión podrá entenderse como una inobservancia de la obligación del deber de colaboración y, en caso que aplique, del deber de disminuir las consecuencias del SINIESTRO, ambos exigidos por los artículos 43 y 44 de la LRCS.
- 8.2.** Cuando se tengan indicios de la ocurrencia de un delito, el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO deberá presentar denuncia del mismo ante las autoridades correspondientes.
- 8.3.** Notificación del SINIESTRO. El ASEGURADO deberá presentar a LA COMPAÑÍA la notificación formal del SINIESTRO dentro de los siete (7) días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido o debido tener conocimiento de la ocurrencia del SINIESTRO. Para esos efectos deberá, en el plazo indicado, presentar a LA COMPAÑÍA el FORMULARIO DE DECLARACION DEL RECLAMANTE debidamente completado y con la información que en ese formulario se solicita.
- 8.4.** Recibido el Aviso del SINIESTRO, LA COMPAÑÍA contará con 72 horas para realizar una inspección en el sitio del SINIESTRO.
- 8.5.** Para efectos de la inspección indicada en la condición 3.7 LA COMPAÑÍA coordinará con el ASEGURADO, la realización de la misma.
- 8.6.** A más tardar quince días naturales después del SINIESTRO deberá presentar copia de los RECLAMOS presentados respecto a los otros seguros de responsabilidad civil en exceso de los cuales opera este seguro, salvo que los mismos se encuentren suscritos con LA COMPAÑÍA.
- 8.7.** La atención del RECLAMO, comunicación de lo resuelto y pago de la indemnización, si procede, se harán de conformidad con la condición 7.
- 8.8.** Al pagarse la indemnización deberá firmarse un finiquito y acordarse la SUBROGACIÓN de derechos referida en la condición 3.8.

9. Cumplimiento de la indemnización.

LA COMPAÑÍA podrá, según se negocie con el TERCERO, indemnizar en dinero o mediante reposición, reparación o reconstrucción del bien dañado u otorgamiento de prestaciones médicas en caso de LESIONES CORPORALES, por cualquier EVENTO cubierto por la PÓLIZA.

En toda indemnización la responsabilidad de LA COMPAÑÍA en ningún caso excederá del 100% del valor de la pérdida objeto de indemnización, ni del 100% del LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

10. Rectificación de la PÓLIZA

Si el contenido de la PÓLIZA difiere de la SOLICITUD DE SEGURO, prevalecerá la PÓLIZA. No obstante, el ASEGURADO tendrá un plazo de treinta 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 de emisión de 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.

11. Vigencia y Renovación

La vigencia de la presente PÓLIZA será anual. No operará prórroga o renovación automática. El ASEGURADO deberá solicitar, con al menos un (1) mes de antelación al término de la VIGENCIA DE LA PÓLIZA, su intención de renovar la misma, esa solicitud quedará sujeta a la aceptación por parte de LA COMPAÑÍA.

12. Terminación anticipada

La vigencia del contrato podrá terminar de manera anticipada en los siguientes supuestos:

- 12.1.** Por el ASEGURADO, mediante aviso escrito a LA COMPAÑÍA con al menos un mes de anticipación. Si en tal aviso no se indica una fecha específica para la revocación o ésta es anterior a un mes de la comunicación, se entenderá que surtirá efectos inmediatos a partir de la fecha en que se cumpla el mes indicado que se contará a partir del día siguiente de recepción del comunicado. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a conservar la PRIMA DEVENGADA por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al ASEGURADO la PRIMA NO DEVENGADA, suma que quedará a disposición del ASEGURADO a más tardar diez días hábiles después de terminada la vigencia en las oficinas de LA COMPAÑÍA.
- 12.2.** Por voluntad de LA COMPAÑÍA, en cualquier momento mediante aviso escrito al ASEGURADO y ASEGURADO NOMBRADO enviado a su dirección contractual, con no menos de un (1) mes de antelación, contados a partir de la fecha de recibo del comunicado.
- 12.3.** Si el riesgo dejara de existir se producirá la terminación anticipada del contrato a partir del momento en que se le notifique tal situación. En ese caso LA COMPAÑÍA devolverá la PRIMA NO DEVENGADA, suma que quedará a disposición del ASEGURADO a más tardar diez días hábiles después de terminada la vigencia en las oficinas de LA COMPAÑÍA.

La terminación anticipada del contrato se efectuará sin PERJUICIO del derecho del ASEGURADO a indemnizaciones por SINIESTROS ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada. En cualquier supuesto de terminación anticipada o nulidad del contrato en los que corresponda la devolución de la PRIMA NO DEVENGADA al ASEGURADO, se aplicarán la devolución según lo indicado en la Condición 3.2.

13. Limitación por Sanciones – Cláusula OFAC

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 posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, LA COMPAÑÍA no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a LA COMPAÑÍA, 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 por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

14. Moneda

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre el TOMADOR o ASEGURADO y LA COMPAÑÍA, se efectuarán en Colones.

15. Traspaso

La presente PÓLIZA es intransmisible salvo acuerdo expreso previo de las partes.

16. Prescripción

Los derechos derivados del presente contrato de seguro y todas las acciones que se deriven del mismo prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

17. Nulidad del contrato

Las situaciones contractuales o legales que determinen la nulidad del contrato en su totalidad, no afectarán el derecho de LA COMPAÑÍA de retener las PRIMAS NO DEVENGADAS cuando haya existido mala fe de parte del ASEGURADO.

La ilegalidad, ineficacia, invalidez o nulidad de una o varias de las estipulaciones del presente contrato declaradas por autoridad competente, no afectarán la validez, eficacia o legalidad de las restantes estipulaciones.

18. Resolución de controversias

Sin que implique un orden particular las partes podrán plantear la resolución de sus inconformidades relacionadas con el presente contrato en las siguientes instancias:

- 18.1. Por parte del ASEGURADO ante LA COMPAÑÍA en sus oficinas centrales, indicando claramente los datos necesarios para identificar la PÓLIZA, la inconformidad, el sustento de la misma y un lugar o medio para recibir notificaciones. LA COMPAÑÍA contará con treinta días naturales para comunicar por escrito y de forma razonada lo que resuelva.
- 18.2. Adicionalmente las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

19. Legislación y jurisdicción

La legislación y jurisdicción aplicable al presente contrato será la de la República de Costa Rica.

20. Protección de datos

La información relacionada con el presente contrato queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad salvo autorización del ASEGURADO.

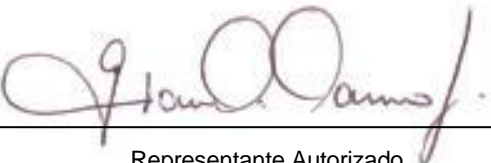
21. Notificaciones

Las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se tendrán como válidas cuando se realicen según las indicaciones de notificación dispuestas en las CONDICIONES PARTICULARES. Salvo que se indique lo contrario en la PÓLIZA toda comunicación a que haya lugar entre las partes por virtud de este contrato, se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida del destinatario, el recibido de la contraparte, el documento en el que conste el envío y recepción del correo electrónico o facsímil a la dirección o número dispuesto en las CONDICIONES PARTICULARES.

22. Declaración del registro del producto.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, ley 8653, bajo el registro número **G08-07-A05-386** de fecha 25 de Septiembre de 2020.

assa Compañía de Seguros, S. A.


Representante Autorizado