

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Cédula jurídica 3 – 101 – 593961

SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE TÉRMINO RENOVABLE ANUALMENTE EN DÓLARES

NOTA: Se indica que el producto registrado es copia fiel del producto “ SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE TERMINO RENOVABLE ANUALMENTE EN DOLARES”, registrado bajo el código P14-26-A11-609 en el marco de la transferencia total de cartera de Triple-S Blue, INC. I.I cédula jurídica 3-012-631203 a ASSA Compañía de Seguros, S.A, cédula jurídica 3-101-593961 debidamente autorizada mediante resolución SGS-R-2453-2022 del 3 de marzo de 2022 por la Superintendencia General de Seguros y la cual fue modificada y aclarada mediante resolución SGS-R-2456-2022 de fecha 16 de marzo del 2022.

ADDENDUM – SUSTITUCIÓN DE ASEGURADORA, INFORMACIÓN DE CONTACTO Y CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE TÉRMINO RENOVABLE ANUALMENTE EN DÓLARES

Queda por este medio mutuamente entendido entre ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “La Compañía”) y el Contratante/Tomador nombrado en las Condiciones Particulares, sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales de la Póliza y al presente Addendum, que vienen a modificar el Contrato de Seguro indicado, sujeto a los términos y condiciones contenidos en el mismo.

El derecho a gozar de las prestaciones que se pueda suministrar mediante este Addendum depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos los términos, condiciones y demás estipulaciones del Contrato de Seguro que se modifica mediante el presente Addendum.

I. DEFINICIONES

Para efectos especiales de este Addendum, se establecen las siguientes definiciones:

LA COMPAÑÍA: Se refiere a ASSA Compañía de Seguros, S.A., con cédula de persona jurídica número 3 – 101 – 593961, la cual está registrada en la SUGESE mediante la Resolución SGS-R-251-2009 con fecha de inscripción 27 de noviembre de 2009 e identificada con el código A05.

TRIPLE-S: Se refiere a Triple-S Blue, Inc., I.I. en Costa Rica, con cédula de persona jurídica número 3-012-631203, la cual está registrada en la SUGESE mediante la Resolución SGS-R-456-2010 con fecha de inscripción 08 de marzo de 2012 e identificada con el Código A11.

II. CONDICIONES GENERALES

CAMBIO DE ENTIDAD ASEGURADORA

A través del presente Addendum, la Compañía sustituye y toma el lugar de TRIPLE-S como la aseguradora responsable de proveer la cobertura necesaria de la Póliza, sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales de la Póliza.

Por lo anterior, a partir de la emisión de este Addendum, la Compañía 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 y al pago de la prima respectiva.

La cobertura de este Addendum está sujeta a que la póliza descrita se encuentre vigente y a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella por Addendum.

CAMBIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO Y PARA RECLAMOS

A través del presente Addendum, la Compañía manifiesta que para notificaciones, consultas o trámites referentes a su Póliza, deberá utilizar los siguientes medios de contacto de la Compañía en sustitución de los de TRIPLE-S:

CONSULTAS, NOTIFICACIONES Y OTRAS COMUNICACIONES:

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica |
Teléfono: (506) 2503-2700 | Fax: (506) 2503-2797 | Apartado: 46-6155, Fórum, Santa Ana | Correo electrónico: contacto@assanet.com

AVISO DE SINIESTRO:

Teléfono: (506) 2503-ASSA (2503-2772) | Correo electrónico: reclamoscr@assanet.com

CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

A través del presente Addendum, y siempre que su Póliza incluya esta posibilidad, la utilización de servicios médicos fuera de la República de Costa Rica será por medio del proveedor que, de tiempo en tiempo, la Compañía establezca en Estados Unidos de América y comunique a los Asegurados a través de su página web. Por lo tanto, quedan sin efecto las disposiciones originales de la Póliza referidas a los *Arreglos entre Planes (Inter Plan Arrangements)* con licenciatarios de BlueCross y/o BlueShield fuera del área geográfica de Costa Rica, lo cual incluye al programa BlueCard® o Programa Tarjeta Azul y el programa BlueCross BlueShield Global Core.

La Compañía garantiza que la red que seleccione será equivalente a la red BlueCross BlueShield en todos los aspectos sustanciales, incluyendo los servicios que prestan. En el resto del mundo (exceptuando Estados Unidos de América), se cubrirán los gastos fuera de red.

ARTÍCULO SUPLETORIO

En todo lo que no esté previsto en este Addendum, se aplicarán las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales que rigen este seguro, por lo cual las restantes condiciones contractuales de su Póliza, que incluye prima, deducibles, exclusiones, periodos de disputabilidad y carencias, se mantienen inalterados.

En fe de lo cual, se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

Assa Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P14-26-A05-1032 de fecha 25 de julio del 2024.

CONDICIONES GENERALES

Las presentes constituyen las Condiciones Generales de la póliza denominada: **SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE TÉRMINO RENOVABLE ANUALMENTE EN DOLARES**, que se regirá por las siguientes cláusulas.

TRIPLE-S BLUE, INC.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

TRIPLE-S BLUE, INC., es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza, y acuerda pagar los beneficios de acuerdo con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la presente póliza.

TRIPLE-S BLUE, INC. es concesionario independiente de la BlueCross and BlueShield Association, lo que permite a TRIPLE-S BLUE, INC., comercializar sus productos en Costa Rica con el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA.

Esta La Póliza es emitida en consideración a las declaraciones en la Solicitud del Tomador, que forma parte de la presente póliza y al pago de la primera prima. El certificado para cada Asegurado se emite de acuerdo con la solicitud de inclusión, la cual se adhiere a la documentación.

CODIGO DE PRODUCTO:

FECHA DE REGISTRO:

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General

I.INDICE

II. DEFINICIONES.....	7	DEL ASEGURADO	19
III.BASES DEL CONTRATO Y		DEL BENEFICIARIO.....	19
DOCUMENTACION DE LA POLIZA.....	9	VII. PRIMAS.....	19
DOCUMENTACIÓN DE LA POLIZA.....	9	PRIMA A PAGAR y PERIODO DE GRACIA	19
PERÍODO DE COBERTURA.....	10	MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA.....	20
PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO.....	10	AJUSTES EN LA PRIMA.....	20
BASES DE LA COBERTURA.....	10	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS POR	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN.....	10	DOBLE PAGO.....	21
SUMA ASEGURADA Y LÍMITES DE		FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.....	21
RESPONSABILIDAD.....	11	AJUSTES ANUALES DE PRIMAS.....	21
EDAD.	11	VIII. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE	
ELEGIBILIDAD.....	11	DE RECLAMACIONES.....	22
INCLUSION DE ASEGURADOS.....	11	AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACION	
PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.....	12	DE RECLAMOS.	22
COMISIÓN DE COBRO.....	12	Requisitos para la Tramitación de	
CERTIFICADO DE SEGURO.....	12	un Siniestro	22
DERECHOS SOBRE LOS BENEFICIOS		Generales para cualquier	
PROVISTOS POR LA PÓLIZA.	12	tipo de reclamación.....	22
IV. AMBITO DE COBERTURA Y		Requisitos adicionales para reclamos por	
BENEFICIOS CUBIERTOS.....	12	Seguro de Vida.....	23
COBERTURA BASICA DE SEGURO DE VIDA.....	13	Requisitos adicionales para reclamos por	
RIESGOS EXCLUIDOS BAJO LA COBERTURA		Beneficio Adicional por Muerte Accidental	
DEL SEGURO DE VIDA.....	13	y Desmembramiento	23
TERMINACION DE LA COBERTURA.....	13	Casos no fatales.....	23
COBERTURAS OPCIONALES.....	13	Casos fatales.....	23
B.BENEFICIO OPCIONAL DE MUERTE		Medidas que puede tomar la Compañía	
ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.....	13	en caso de siniestro.....	24
INDEMNIZACIÓN POR VARIAS PÉRDIDAS.....	14	Requisitos adicionales para reclamos	
DOBLE BENEFICIO.....	15	por Gastos Funerario.....	24
CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL BENEFICIO		Plazo para Indemnizar.....	24
OPCIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL Y		IX. VIGENCIA, PRÓRROGAS, TERMINACION	
DESMEMBRAMIENTO.....	15	24
RIESGOS EXCLUIDOS PARA ESTA COBERTURA...15		VIGENCIA.....	24
C. BENEFICIO OPCIONAL GASTOS		REPORTE PARA EL PROCESO DE	
FUNERARIOS.....	16	RENOVACIÓN.	25
Causales de Terminación.....	16	REHABILITACIÓN.....	25
Riesgos Excluidos.....	16	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA GRUPAL.....	25
SUICIDIO.....	17	TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.....	25
INDISPUTABILIDAD.....	17	TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA	
Causales de Terminación bajo la cobertura		CADA ASEGURADO INCLUIDO EN LA	
del Seguro de Vida.....	17	POLIZA GRUPAL.	26
V. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS.....	17	X. CONDICIONES VARIAS.....	26
BENEFICIARIOS	17	RETICENCIA O FALSEDAD EN	
VI. OBLIGACIONES DEL TOMADOR,		LA DECLARACIÓN DEL RIESGO.....	26
ASEGURADO Y BENEFICIARIO.....	18	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	27
OBLIGACIONES DEL TOMADOR.....	18	MODIFICACIONES DE POLIZA.	27

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	28	LEGISLACION APLICABLE	29
PRESCRIPCION	28	XII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	29
MONEDA.	28	COMUNICACIONES.	30
LEGITIMACION DE CAPITALES.	28	DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES AL	
XI. INSTANCIAS DE RESOLUCION DE		ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS.....	30
CONTROVERSAS.....	29	DEBER DE NOTIFICACIÓN AL ASEGURADO	
RESOLUCIONES EN SEDE		O SUS	
ADMINISTRATIVA.....	29	BENEFICIARIOS.....	30
MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE		MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER	
CONFLICTOS.....	29	INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA	
TRIBUNAL CON JURISDICCION	29	PÓLIZA.....	30

I. DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza y sujeto a las demás condiciones de la misma, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye:

Accidente. Es un acontecimiento imprevisto, inesperado, que no ha sido intencionalmente ocasionado por el Asegurado, que ocasiona lesión corporal accidental al asegurado y que ocurre por medios accidentales.

Adendum. Documento que se adiciona a la póliza de seguros en el que se establecen modificaciones a las condiciones prevalecientes antes de incorporación.

Agravación de riesgo. Es el resultado del acaecimiento de hechos que de haber existido al tiempo de la celebración de este contrato de seguro, hubieren podido influir de modo directo en la existencia o en los términos y condiciones del mismo de acuerdo a las reglas y prácticas de suscripción de la Compañía.

Asegurado individual. Es la persona física vinculada al Tomador del seguro y que forma parte del Grupo Asegurable, y sobre el cual se contratan las coberturas bajo este contrato.

Asegurado. Persona cubierta bajo esta póliza.

Beneficiario. Persona designada por el Asegurado que tiene derecho a recibir las prestaciones bajo esta póliza.

Condición Preexistente. Es cualquier afectación de salud, padecimiento, condición anormal, enfermedad o lesión corporal, visible o no, que sufra o haya sufrido el Asegurado, que razonablemente deba ser conocida por éste de manera indubitable conforme su nivel de conocimiento y capacidad de entendimiento, o que le hubiere sido diagnosticada por un profesional en ciencias de la salud, que se haya manifestado por primera vez o haya sido tratada médicamente con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.

Daño. Es el perjuicio personal, moral o material producido a consecuencia directa de un siniestro.

Domicilio contractual. Dirección anotada por el Tomador en la solicitud de seguro, salvo comunicación por escrito en contrario.

Edad. Se refiere a la edad cumplida por el Asegurado.

Empleado. Es una persona con empleo activo con el patrono contratante de la póliza. Este Plan excluye la cobertura a los trabajadores temporales o por temporadas.

Empleo activo. Significa que el empleado está trabajando para un patrono en su lugar de trabajo por un salario que el patrono le paga regularmente; realizandoregularmente; realizando las tareas materiales y esenciales de su ocupación regular. Empleo activo incluye días normales en que no se trabaja, como vacaciones, fines de semana y días feriados.

Estado de Embriaguez. Para los efectos de esta Póliza, un Asegurado se encuentra en Estado de Embriaguez o Ebriedad cuando el examen de alcoholemia revele una concentración de alcohol de 0.8% ó más de contenido alcohólico en la sangre, o su equivalente en la respiración, al momento del accidente.

Grupo Asegurable. Son las personas naturales que poseen un vínculo común que las identifica como grupo y conforman la cartera asegurada bajo esta póliza. La descripción del Grupo Asegurable se hará constar en las Condiciones Particulares de esta póliza. Únicamente pueden incorporarse y mantener la condición de Asegurados bajo esta póliza, las personas que formen parte del Grupo Asegurable pactado.

Hospital. Hospital debidamente acreditado y autorizado como tal por las autoridades pertinentes en el país en que este ubicado. Hospital no incluye instituciones que sean principalmente una casa de convalecencia, hospicio, asilo o institución para el cuidado o tratamiento de alcohólicos, adictos a drogas o ancianos.

Hospitalización. Se entiende por hospitalización la admisión y estancia en un hospital y por lo cual el asegurado incurra en gasto diario por concepto de cuarto y alimentación. El asegurado debe demostrar que dicha hospitalización fue necesaria para la atención de una enfermedad o accidente. La reclusión debe ser mayor de 24 horas. Una estadía en la Sala de Emergencia no se considerará como reclusión en hospital, aún cuando exceda el término de 24 horas arriba indicado.

Incapacidad Total y Permanente. Disminución en al menos un 67% en la capacidad orgánica o funcional de un Asegurado para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias.

Lesión Corporal. Es el daño o detrimento sufrido en el cuerpo del Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto bajo esta Póliza que, en ausencia del tratamiento médico adecuado, ponga en peligro la salud, la integridad física o la vida del Asegurado.

Lugar de trabajo. Es el lugar usual donde su patrono conduce negocios; una localidad alterna si la autoriza el patrono; o una localidad a la cual su ocupación le requiera que viaje.

Nosotros, Compañía. Se refiere a Triple-S Blue, Inc., que utilizará el nombre comercial de BlueCross BlueShield Costa Rica.

Patrono. Individuo, compañía o corporación donde el asegurado individual sea empleado activo, e incluye a cualquier división, subsidiaria o compañía afiliada mencionada en la póliza.

Período de gracia. Período de 30 días naturales posterior a la fecha de exigencia del pago de la prima, durante el cual ésta puede ser pagada y se mantiene el derecho sobre las indemnizaciones o beneficios previstos en la póliza.

Prima . Importe económico que debe pagarse a la Compañía, como contraprestación a la cobertura otorgada por esta póliza.

Prima devengada. Fracción de prima pagada, que en caso de cancelación anticipada del Contrato, no corresponde devolver al Asegurado.

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.

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.

Renovación de la Póliza: No es una obligación contractual de la Compañía 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.

Suma Asegurada. Es el importe económico contratado para cada uno de los beneficios provistos por la póliza, según conste en la Solicitud de Inclusión de cada asegurado y en los certificados de seguro respectivos.

Tomador. La persona física o jurídica (Compañía, Corporación, Asociación o Patrono), solicitante que celebra el presente Contrato para asegurar un número determinado de personas que reúnen los requisitos exigidos por la Compañía en esta Póliza y que conforman el Grupo Asegurable.

Cuando así sea reportado y aprobado por la Compañía, la presente póliza cubrirá a aquellas compañías, corporaciones, firmas o individuos que sean subsidiarias, aliadas o afiliadas al Tomador, siempre y cuando su nombre aparezca en las Condiciones Particulares

III. BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA

DOCUMENTACIÓN DE LA POLIZA. La documentación válida que conforma la presente

póliza y para fijar los derechos y obligaciones, es la siguiente: la solicitud del seguro firmada por el Tomador y/o solicitud de Inclusión de Asegurados, la propuesta de seguro aceptada por el Tomador, las Condiciones Particulares, y las coberturas o beneficios opcionales contratados, así como otras solicitudes o propuestas que se presenten luego de emitido el seguro y la adenda que se llegaren a agregar a la póliza, y cualquier declaración del Tomador y/o del Asegurado relativa al riesgo. En cualquier parte de este contrato donde se use la expresión “esta póliza” se entenderá que constituye la documentación ya mencionada. **Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales.**

PERÍODO DE COBERTURA. El seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza; no obstante, el reclamo puede ser presentado después de que la vigencia haya llegado a su término. Lo anterior sin perjuicio de los términos de prescripción previstos en la presente póliza.

PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO. La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Compañía deberá ser aceptada o rechazada dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo, mediante nota escrita al solicitante. Si la Compañía no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, así como otros contemplados en la normativa legal vigente sobre contratos de seguros, la Compañía deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La solicitud de seguro no obliga al solicitante sino hasta el momento en que se perfecciona el contrato con la aceptación de la Compañía.

Cuando haya una propuesta de seguro realizada por la Compañía, la propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince días hábiles y la notificación por escrito al solicitante de su aceptación dentro de ese plazo, por parte del Tomador, perfecciona el contrato.

BASES DE LA COBERTURA. La presente Póliza se emite de acuerdo a la información ofrecida en la Solicitud de Seguro, y/o en cualquier otra declaración efectuada durante el proceso de suscripción por el Tomador y/o los asegurados.

Tratándose de la inclusión de Asegurados individuales, la efectividad del contrato en cada caso particular, queda sujeta a la veracidad de la información que éste aporte en la Solicitud de Inclusión respectiva y/o cualquiera otra declaración efectuada. La Compañía se reserva el derecho de solicitar evidencia de asegurabilidad.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN. Este seguro opera bajo la modalidad de Seguro Colectivo, y con Prima Contributiva o Prima No Contributiva, en la proporción y según conste en las Condiciones Particulares de la póliza.

SUMA ASEGURADA Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD. Queda entendido que la suma asegurada de esta póliza se indica en la Condiciones Particulares o en la Solicitud de Inclusión y representa el límite máximo de responsabilidad de la Compañía en caso de siniestro.

Si existiesen sumas aseguradas independientes para los beneficios previstos por la póliza, dichos montos operarán como Límites Máximos de responsabilidad de la Compañía para cada uno de los beneficios asociados.

EDAD. No se tiene limitación de edad para ingresar y o permanecer como asegurado en cada una de las coberturas contratadas en esta póliza, no obstante, las primas a aplicar en cada periodo anual de la póliza estarán siendo calculadas considerando las edades alcanzadas por cada uno de los miembros que conforman el grupo.

ELEGIBILIDAD Son elegibles para este seguro aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable y que al momento de suscribir 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.

Según se determine se podrán considerar elegibles como asegurados bajo esta póliza:

- a) Todos los empleados del patrono, o todos los de una clase o clases determinadas por las condiciones o características de sus trabajos particulares.
- b) Todos los miembros de la unión, o todos los de alguna clase o clases así determinadas por condiciones propias de sus empleados, o por su condición de miembros de la unión, o por ambas.
- c) Todos los miembros de la asociación, o todos los de alguna clase o clases así determinadas por condiciones propias de sus empleos o profesiones, o su condición de miembros de la asociación, o por ambos.
- d) Clientes de Instituciones Financieras;
- e) Clientes de Compañías de Seguro;

Lo anterior siempre que el asegurado:

1. Esté activamente trabajando a la fecha de efectividad de esta póliza; o
2. Respecto a empleado o asociado o miembro de grupos que se encuentren a prueba, luego de transcurrido el período de tiempo de prueba estipulado en el Acuerdo Patronal, y después de la fecha de inicio de la póliza.

INCLUSION DE ASEGURADOS. Las personas que sean reportadas por el Tomador para efectos de inclusión, formarán parte del Grupo Asegurado sin necesidad de examen previo, de modo que adquirirán la cobertura de seguro de forma automática. La Compañía conformará un REGISTRO DE LOS ASEGURADOS que integran la Póliza; el cual será actualizado mensualmente conforme el movimiento de inclusiones y

exclusiones. Lo anterior sin perjuicio de lo estipulado en estas condiciones sobre la Elegibilidad de los miembros del Grupo Asegurado.

Durante la vigencia de esta Póliza, el Tomador deberá enviar a la Compañía de forma mensual y en los formularios proporcionados al efecto, los reportes de Inclusión de las personas que se incorporarán al Grupo Asegurado, los cuales se harán acompañar de las solicitudes individuales de inclusión firmadas por dichas personas.

Los Asegurados podrán ser excluidos en cualquier momento a solicitud escrita del Tomador, a cuyo efecto se señalará la fecha y causa respectiva.

Cuando un Asegurado deje de reunir las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, el Tomador deberá solicitar a la Compañía la exclusión correspondiente.

Cuando un Empleado no se encuentre en empleo activo, el Tomador deberá solicitar a la Compañía la exclusión correspondiente.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES. Esta póliza no dispone de participación de utilidades para el Tomador, el Asegurado, y/o el Beneficiario(s).

COMISIÓN DE COBRO. La Compañía reconocerá al Tomador la tasa de comisión de cobro pactada que conste en las Condiciones Particulares de esta póliza, por concepto de recaudación de primas.

CERTIFICADO DE SEGURO. La Compañía entregará a cada Asegurado incluido en esta póliza, un Certificado de seguro que contenga al menos la siguiente información: Lugar y fecha de emisión, número de la póliza colectiva, nombre del Tomador, vigencia, Identificación del asegurado, condiciones del aseguramiento individual, suma asegurada, vigencia del aseguramiento individual y coberturas, monto de la prima a pagar por el aseguramiento individual, medios de comunicación, documentación contractual o forma de accederla.

Este certificado debe ser entregado en un plazo no mayor a 10 (diez) días contados a partir de la fecha en que la inclusión del asegurado haya sido reportada a la Compañía por parte del Tomador.

DERECHOS SOBRE LOS BENEFICIOS PROVISTOS POR LA PÓLIZA. En caso de evento amparado por este contrato, tendrán derechos sobre los beneficios provistos, el Asegurado, los beneficiarios designados, y a falta de éstos, los causahabientes que correspondan.

IV. AMBITO DE COBERTURA Y BENEFICIOS CUBIERTOS.

Con sujeción a las demás condiciones establecidas en la póliza, las exclusiones, restricciones y límites que resultaren aplicables, este seguro ofrece las siguientes coberturas:

A. COBERTURA BÁSICA DE SEGURO DE VIDA

La Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, de acuerdo con la opción elegida en la Solicitud y según consta en el Certificado de Seguro; si durante la vigencia de la póliza ocurre el fallecimiento del Asegurado.

RIESGOS EXCLUIDOS BAJO LA COBERTURA DEL SEGURO DE VIDA:

La Compañía no será responsable de pago bajo esta póliza, si la muerte de cualquier Asegurado resultare a consecuencia de alguna de las siguientes exclusiones:

- a) En caso de que el Asegurado fallezca por un padecimiento o condición preexistente conforme se define en esta póliza.
- b) Fallecimiento del Asegurado a causa de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), si el deceso se produjera durante los primeros 24 meses de cobertura.

Para estos eventos la Compañía, reembolsará la prima pagada.

TERMINACION DE LA COBERTURA. Esta cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Finalización de la vigencia de la póliza sin que la prima haya sido pagada.
- b) A solicitud expresa del Asegurado.
- c) Vencido el período de gracia sin que la prima haya sido pagada.
- d) Al momento del fallecimiento del Asegurado.

COBERTURAS OPCIONALES.

B.BENEFICIO OPCIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO. En consideración a la solicitud del Tomador y/o Asegurado y al pago de la prima estipulada, la Compañía conviene en pagar las indemnizaciones que más adelante se indican si, a causa de accidente, el Asegurado falleciera o llegara a sufrir la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones descritos en esta Póliza.

Las indemnizaciones que pagará la Compañía en caso de accidente cubierto por esta Cobertura, se establecerán con base en la Suma Asegurada de la Póliza, que se denominará LA SUMA PRINCIPAL, en las proporciones que se indican en la siguiente Tabla de Beneficios:

TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO INDEMNIZACION	
A) Muerte	La Suma Principal
B) Pérdida de ambas manos, por separación en, o arriba de las muñecas	La Suma Principal
C) Pérdida de ambos pies, por separación en, o arriba de los tobillos	La Suma Principal
D) Pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos	La Suma Principal
E) Pérdida de una mano y de un pie, por separación en, o arriba de la muñeca y el tobillo	La Suma Principal
F) Pérdida completa e irreparable de la vista de un ojo y la pérdida de una mano por separación en, o arriba de la muñeca	La Suma Principal
G) Pérdida completa e irreparable de la vista de un ojo, y la pérdida de un pie por separación en, o arriba del tobillo	La Suma Principal
H) Pérdida de una mano o de un pie, por separación en, o arriba de la muñeca o del tobillo	La mitad de la Suma Principal
I) Pérdida completa e irreparable de la vista de un ojo	La mitad de la Suma Principal
J) Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano, por separación en, o arriba de las articulaciones metacarpofalangianas	La cuarta parte de la suma principal
La indemnización por muerte se pagará a los Beneficiarios designados y por pérdidas de miembros, al propio Asegurado. En todo caso, la cantidad máxima a pagar por pérdidas en un solo accidente será la Suma Principal.	

INDEMNIZACIÓN POR VARIAS PÉRDIDAS. En caso de varias pérdidas, causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de las proporciones correspondientes a cada una, sin exceder de la Suma Principal. Mientras no se haya pagado la totalidad de la Suma Principal, este Seguro continuará en vigor para el caso de

fallecimiento por accidente hasta el próximo aniversario de la Póliza, por la diferencia entre la Suma Principal y las indemnizaciones ya pagadas.

DOBLE BENEFICIO. El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Beneficios que precede, será el DOBLE si tales lesiones corporales fueren sufridas:

- a) Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o
- b) Mientras el Asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor ordinario de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o
- c) Como consecuencia de un incendio en un edificio o local donde se desarrollen actividades públicas tales como teatros, hoteles o similares en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio, pero que no sea el lugar donde el Asegurado trabaje.

Todos los términos y condiciones especificadas en las cláusulas de Suicidio, Indisputabilidad e Indemnización por varias pérdidas aplican a esta Cláusula de Doble Beneficio. Sin embargo, la cantidad máxima pagadera bajo esta Estipulación por pérdidas sufridas como resultado de un solo accidente, será el Doble de la Suma Principal.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL BENEFICIO OPCIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO. Esta cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Finalización de la vigencia de la póliza sin que la prima haya sido pagada.
- b) A solicitud expresa del Asegurado.
- c) Vencido el período de gracia sin que la prima haya sido pagada.
- d) Al momento del fallecimiento del Asegurado.

RIESGOS EXCLUIDOS PARA ESTA COBERTURA:

La Compañía no será responsable de pago bajo esta póliza, si el accidente que sufriera Asegurado resultare a consecuencia de alguna de las siguientes exclusiones:

- a) **Suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa; ya sea que cualquiera de tales actos**

- se cometa en estado de enajenación mental o no;
- b) Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por provocación suya o de sus Beneficiarios;
 - c) Accidentes que se realicen mientras se encuentra el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas;
 - d) Accidentes de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aeronave de línea comercial con itinerario, debidamente autorizada para el transporte de pasajeros;
 - e) Accidentes en que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículo que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia o velocidad;
 - f) Actos de personas que tomen parte en paros, huelgas o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares; o de personas que actúen en conexión con alguna organización política; o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos; o bien, por las medidas de represión de los mismos, tomadas por las autoridades;
 - g) Hostilidades, actividades de guerra, declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, conspiración, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de derecho o de hecho;
 - h) Contaminación radiactiva, fisión o fusión nuclear;
 - i) Cualquier infección bacteriana, excepto la resultante de lesión corporal externa y accidental;
 - j) Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, excepto si son necesarios para la curación de lesiones accidentales;
 - k) El desempeño de servicio militar, naval, de seguridad o policía;

C. BENEFICIO OPCIONAL GASTOS FUNERARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado, se otorgará una indemnización adicional para cubrir los gastos funerarios, por el monto citado en la Solicitud de Inclusión y/o en las Condiciones Particulares.

Causales de Terminación de este beneficio:

Aplican las causales estipuladas bajo la Cobertura del Seguro de Vida.

Riesgos Excluidos bajo este amparo:

Aplican las exclusiones estipuladas en la Cobertura del Seguro de Vida.

SUICIDIO. En caso de que el fallecimiento de un Asegurado ocurriese por suicidio, cualquiera que sea su estado mental o el móvil del suicidio la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente, siempre y cuando éste ocurra después de dos (2) años contados desde la última inclusión ininterrumpida.

INDISPUTABILIDAD. Se establece un período de disputabilidad equivalente al lapso de dos años contabilizados a partir de que se acepta la inclusión y aseguramiento de cada asegurado individual. Una vez transcurrido este plazo, salvo cuando el Asegurado hubiera actuado con dolo, la Compañía no disputará la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas relacionadas con la información brindada por éste para los efectos de aseguramiento.

La Compañía tampoco disputará tales beneficios, cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

V. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS.

BENEFICIARIOS - El(o los) beneficiario(s) designado(s) en esta póliza por el Asegurado, son los que se señalan en la Solicitud de Inclusión y/o en el Certificado de Seguro respectivo.

Esta designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada ante la Compañía, ya sea directamente o a través del Tomador del Seguro.

En caso de que algún o algunos de los beneficiarios muriese antes que el Asegurado, el monto a indemnizar se distribuirá en forma proporcional a los beneficiarios sobrevivientes, a no ser que el Asegurado haya establecido otra cosa en la Solicitud de inclusión y/o en las Condiciones Particulares de esta póliza. En caso de que ningún beneficiario sobreviviese a la muerte del Asegurado, el total de la suma a indemnizar corresponderá a los herederos legales del mismo.

“Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Si el beneficiario lo es en razón de un crédito a favor del asegurado, su beneficio se limitará al saldo insoluto de la deuda incluyendo intereses generados al momento del siniestro, según el contrato de crédito y la certificación contable correspondiente pero sin exceder la suma asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el beneficio indicado, el remanente se pagará al asegurado, a sus beneficiarios distintos del acreditante o a sus herederos, según corresponda."

VI. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO.

OBLIGACIONES DEL TOMADOR.

- 1.-** Pagar la prima que le corresponda dentro de los plazos establecidos en esta póliza.
- 2.-** Cumplir con las obligaciones de esta póliza, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada.
- 3.-** Suministrar a la Compañía en forma mensual y dentro de los primeros quince (15) días naturales de cada mes, un detalle con la información de cada ASEGURADO individual incluido a la póliza en el mes inmediato anterior. Dicho informe contendrá como mínimo para cada Asegurado la siguiente información: Nombre completo y dos apellidos; fecha de nacimiento, Número de identificación y tipo; Nacionalidad; Estado civil; Ocupación; Género y Suma asegurada.
- 4.-** De manera simultánea, informará a la Compañía la nómina de Asegurados excluidos durante el mismo período del reporte, a cuyo efecto proveerá la siguiente información: Nombre completo y dos apellidos; Número de identificación y tipo; Fecha de exclusión.

Los incumplimientos, los errores y las omisiones incurridas por el Tomador, por la Compañía o por los Intermediarios de Seguros, si los hubieren, no son oponibles al reclamo de derechos sobre la póliza, siempre y cuando no medie mala fe. Cuando este tipo de anomalía ocurra, la detección deberá ser informada a la contraparte afectada.

Los ajustes de prima que originen las situaciones descritas en el párrafo anterior, deberán ser efectuados en un plazo no mayor a 10 días naturales a partir de que la Compañía determine el ajuste, y los reintegros que pudieren proceder, serán efectuados en un plazo máximo de 10 días hábiles a partir de que se determine su procedencia.

5.- 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.

6.- 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.

7.- 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.

DEL ASEGURADO:

1. Pagar la prima según corresponda, dentro de los plazos establecidos en esta póliza.
2. Someterse a los exámenes médicos, tantas veces como sea razonable desde el punto de vista médico mientras una reclamación se encuentre pendiente
- 3.- En caso de siniestro, cumplir con los requerimientos contenidos en el aparte VIII AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.

DEL BENEFICIARIO:

1. Presentar el reclamo por Muerte natural o accidental del Asegurado o su cónyuge.
2. Presentar los requisitos indicados en la presente póliza.

VII. PRIMAS.

PRIMA A PAGAR Y PERIODO DE GRACIA. La prima que corresponda a cada uno de los Asegurados que se incorporen a esta póliza se calculará con base en la tarifa que conste en las Condiciones Particulares del contrato. El importe a satisfacer por cada Asegurado individual se detalla en la Solicitud de inclusión y en el Certificado de Seguro respectivo.

La prima inicial se debe pagar dentro de los 10 (diez) hábiles siguientes al momento del perfeccionamiento del contrato, salvo pacto en contrario en beneficio de la persona asegurada.

El pago puntual de las primas es responsabilidad del Tomador y del Asegurado según corresponda, dentro de los plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales.

La prima podrá ser honrada mediante el pago directo en caja, a través de depósito o transferencia bancaria a las cuentas de la Compañía o mediante cargo automático a tarjeta de crédito o débito. Las primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en el domicilio de la compañía de sus representantes o intermediarios autorizados.

El pago de las primas después de la primera está sujeto al Período de Gracia establecido en esta póliza.

Si dentro del Período de Gracia sobreviniere un siniestro amparable por esta póliza y la prima no se hubiere pagado, la Compañía podrá deducir de las indemnizaciones que resultaren procedentes, el importe de prima pendiente de pago.

MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA. Si la prima no ha sido pagada durante el Periodo de Gracia, la Compañía podrá tomar una de las siguientes acciones:

- a) Dar por terminado el contrato cuando se incumpla con su obligación; en cuyos casos, salvo pacto en contrario, la Compañía quedará liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora. Deberá notificar su decisión al Tomador y a los asegurados, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.
- b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Tomador y/o el asegurado individual se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que la Compañía escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Para el cobro en la vía ejecutiva, se incluirá además de la prima dejada de pagar el interés legal o pactado y servirá de título ejecutivo la certificación del monto de tal prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al contratante, cualquiera que ella sea.

AJUSTES EN LA PRIMA. Los ajustes de prima originados en modificaciones a la póliza, deberán cancelarse en un término máximo de diez días naturales contados a partir de la fecha en que el la Compañía acepte la modificación solicitada. Si la prima de ajuste no es pagada durante el período establecido, la modificación se tendrá por no aceptada y

la póliza mantendrá el estado inmediato anterior a la solicitud de cambio. Si la modificación a la póliza origina devolución de prima, la Compañía deberá efectuarla en un plazo máximo de diez días hábiles, contado a partir de la solicitud.

DEVOLUCIÓN DE PRIMAS POR DOBLE PAGO. Cuando se haya incurrido en doble pago de alguna prórroga o ajuste, la Compañía procederá a devolver la prima pagada en exceso en la proporción en que el Tomador y el Asegurado hayan contribuido al pago de la misma, en un plazo máximo de diez días hábiles a partir del momento en que se determine la procedencia de la devolución.

FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS. El pago de la prima es anual, sin embargo la Compañía le otorga la facilidad de pago fraccionado, en cuyo efecto la prima fraccionada se determinaría multiplicando la prima anual por los siguientes factores:

- factor semestral: **0.50**;
- factor trimestral: **0.25**;
- factor mensual: **0.0833**.

AJUSTES ANUALES DE PRIMAS. La compañía podrá modificar las tarifas en cualquier prórroga contractual de la Póliza; siempre que la notifique al contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

Las Primas Comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se estarían ajustando anualmente en la prórroga contractual de las pólizas, con base en la experiencia de la siniestralidad presentada por la póliza durante su último período de vigencia anual.

Específicamente el porcentaje de Ajuste anual máximo aplicable a las primas se determinaría de la siguiente manera:

PORCENTAJE DE AJUSTE ANUAL DE PRIMAS = PORCENTAJE DE AJUSTE POR SINIESTRALIDAD

En donde:

PORCENTAJE DE AJUSTE POR SINIESTRALIDAD corresponderá según la siguiente tabla:

Razón de Siniestralidad	Porcentaje Ajuste por Siniestralidad
Menor de 55%	0%
55% -74%	10%
75% 99%	15%
100%-149%	20%
150% - 199%	30%

200%-299%	40%
300%-399%	50%
400%-499%	60%
500% ó más	80%

La RAZÓN DE SINIESTRALIDAD será el resultado de dividir el monto de los siniestros pagados durante el último período de vigencia anual de la póliza más los montos provisionados de siniestros que se encuentren pendientes de liquidación, entre el monto de las Primas Emitidas netas de cancelaciones o devoluciones durante el último período de vigencia anual de la póliza.

VIII. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES.

AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACION DE RECLAMOS. Todo hecho que se presuma cubierto por esta póliza deberá ser reportado por el Asegurado o el(o los) beneficiario(s) a la Compañía, en el término de siete (7) días hábiles a partir de la fecha de ocurrencia del hecho que motiva la reclamación, o del momento en que se tuviere conocimiento del mismo, sin detrimento de lo que se establece en el Artículo 42. Notificación del siniestro de la Ley 8956, Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En caso de que el Asegurado o el(o los) beneficiario(s) presente el reclamo ante el Tomador y/o, éste contará con un plazo de diez (10) días hábiles para presentar la documentación correspondiente a la Compañía, y ésta tendrá la facultad, en caso de detectar requisitos pendientes, de comunicarse directamente con el Asegurado o su(s) beneficiario(s) a fin de solicitar el o los requerimiento (s) faltante (s).

Si el aviso de siniestro no se presenta dentro del plazo indicado, con el propósito de evitar, obstruir, entorpecer, dificultar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, o para entorpecer, evitar, desvirtuar o dificultar la recolección de datos, indicios o testimonios, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

No obstante, si se demostrase que el aviso no se presentó dentro del plazo estipulado en el párrafo anterior por razones de fuerza mayor y que fue presentado tan pronto como fue razonablemente posible, el reclamo no será invalidado por esta razón.

Requisitos para la Tramitación de un Siniestro

Para solicitar el pago de una indemnización el Asegurado deberá presentar a la Compañía los siguientes requisitos:

i. Generales para cualquier tipo de reclamación:

- a) Carta suscrita por el Asegurado o lo(s) beneficiario(s) solicitando la indemnización.**

b) Fotocopia del documento de identificación el Asegurado y/o del(os) beneficiario(s). Asimismo, tratándose de beneficiarios menores de edad, se debe presentar constancia de nacimiento.

ii. Requisitos adicionales para reclamos por Seguro de Vida:

a) Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del asegurado.

b) Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, debe aportar:

i. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.

ii. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular. En caso que los documentos vengan en un idioma distinto al español, deberá además proporcionarse una traducción oficial al efecto.

iii. Requisitos adicionales para reclamos por Beneficio Adicional por Muerte Accidental y Desmembramiento :

i. Casos no fatales.

En caso de producirse un accidente cubierto por el presente Beneficio, el Asegurado se obliga a:

a) Adjuntar al aviso a que se refiere el literal anterior, una certificación médica que exprese la causa, naturaleza y consecuencias conocidas o presuntas de las lesiones sufridas por el Asegurado, así como la constancia de encontrarse sometido a un tratamiento médico a consecuencia de tal accidente;

b) Requerir al Médico que lo asista, que envíe a la Compañía, con la frecuencia que ésta indique, cuanto informe solicite sobre la evolución de las lesiones y actualización del pronóstico de curación.

c) Informe de Autoridades Judiciales o Administrativas si lo hubiere.

ii. Casos fatales.

a) Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del asegurado.

b) Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, debe aportar:

i. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.

ii. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular.

En caso de que los documentos vengan en un idioma distinto al español, deberá además proporcionarse una traducción oficial al efecto.

iii. Medidas que puede tomar la Compañía en caso de siniestro.

a) En los casos no fatales, la Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por el o los médicos que estime conveniente.

b) En los casos fatales, la Compañía se reserva el derecho de exigir la exhumación y/o autopsia del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los Beneficiarios o herederos prestar su conformidad y concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La exhumación y/o autopsia se efectuará con citación de los Beneficiarios o herederos, quienes podrán designar un Médico para representarlos.

Todos los gastos ocasionados por las gestiones a que se refiere este inciso serán por cuenta de la Compañía, exceptuando los honorarios y gastos del Médico representante de los Beneficiarios o herederos.

iv. Requisitos adicionales para reclamos por Gastos Funerarios:

Deben presentarse las facturas originales correspondientes a tales gastos.

Plazo para Indemnizar

La Compañía se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten, en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de que el ASEGURADO y/o el TOMADOR presenten todos los requisitos para el pago de reclamos establecidos en estas Condiciones Generales.

IX. VIGENCIA, PRÓRROGAS, TERMINACION.

VIGENCIA. Esta póliza es de vigencia anual y se prorrogará automáticamente a su vencimiento.

La eficacia de la cobertura para cada uno de los Asegurados que se incluyan durante la vigencia de la misma, correrá a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguros respectivos.

El Asegurado que haya sido incorporado a la póliza, mantendrá dicha condición en las prórrogas subsecuentes, salvo que medie solicitud de exclusión de su parte o del Tomador de la póliza.

Las primas correspondientes a las inclusiones y prórrogas deberán ser pagadas dentro de los plazos establecidos en esta póliza.

REPORTE PARA EL PROCESO DE PRÓRROGA. Para el proceso de la Compañía entregará al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento natural

Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono (506) 2503-2700 Fax: (506) 2503-2797, Apartado 46-6155, Fórum, Santa Ana, contacto@assanet.com.

de la póliza, un reporte con el detalle de los Asegurados Individuales y sus respectivas sumas aseguradas, con la finalidad de que verifique y avale dicha información como base para la prórroga respectiva. Si la información no se ajusta a los datos propios del Tomador, éste debe reportar a la Compañía las modificaciones que correspondan y se emita el respectivo recibo de pago.

REHABILITACIÓN. Terminada la Póliza por falta de pago, el Tomador podrá solicitar su rehabilitación y la Compañía evaluará si acoge dicha solicitud. La solicitud deberá ser presentada mediante carta suscrita por el Tomador.

La Compañía tendrá un plazo de quince (15) días naturales para evaluar la solicitud de rehabilitación, contados a partir de la fecha de recepción de la misma.

TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA GRUPAL. La Compañía podrá terminar esta póliza en cualquier momento en que:

1. Menos del setenta y cinco (75%) por ciento de los empleado o asociado o miembro de grupos elegibles se encuentren asegurados bajo los términos de la misma. Tal terminación será efectiva treinta (30) días naturales después de nuestro aviso de terminación enviado al Tomador a la dirección reportada para recibir comunicaciones.
2. Se dé por terminado el contrato, si la prima no ha sido pagada dentro de los plazos establecidos, conforme lo dispuesto en la cláusula Mora en el Pago de la Prima de esta póliza.
3. En la fecha en que el Tomador de la Póliza desea que sea efectiva su cancelación, habiendo notificado por escrito a la Compañía dicha cancelación con treinta (30) días naturales de anticipación, en cuyo caso la cláusula de periodo de gracia no será aplicable; o

TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA. Durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos un mes de anticipación a la fecha de eficacia del acto. En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

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.

TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO INCLUIDO EN LA POLIZA GRUPAL.

Los beneficios para cada asegurado individual terminarán automáticamente por cualquiera de las siguientes razones que ocurra primero:

1. La cancelación o terminación de la póliza grupal.
2. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al grupo al cual se le ha expedido esta póliza.
3. La muerte del Asegurado.

X. CONDICIONES VARIAS.

RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO. La reticencia o falsedad intencional por parte 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 de esta póliza, según corresponda. 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 declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. 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 las siguientes posibilidades:

a) La Compañía tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al Tomador la modificación a la póliza, 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 la notificación, la Compañía, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminada esta póliza conservando la prima devengada hasta el momento que se notifique la decisión.

b) Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir esta póliza en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Tomador la prima no devengada al momento de la rescisión. El derecho de la Compañía de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

Estas disposiciones son aplicables de igual manera al Asegurado en relación con las declaraciones rendidas por éste en la Solicitud de Inclusión y en cualquier otra información adicional aportada en el proceso de incorporación a esta póliza.

Efecto de la Reticencia o Inexactitud de Declaraciones sobre el Siniestro

Si un siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión de esta póliza por motivos de reticencia o inexactitud de declaraciones conforme se regula en el artículo anterior, la Compañía rendirá 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 brindará 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 la condición real del riesgo configura una exclusión de cobertura con base en las Condiciones Generales de esta póliza, 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.

RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA. Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador 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 del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

MODIFICACIONES DE POLIZA. Los términos y condiciones contenidos en la Póliza pueden ser modificados mediante convenio expreso entre la Compañía y el Contratante, o por un aviso que debe realizar La Compañía al Contratante con las razones por las cuales se realiza el ajuste, sin requerir del consentimiento de los Asegurados sobre dicha modificación siempre que La Compañía la comunique con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato para que sus intereses no se vean afectados. Tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de vigencia de esa modificación.

La Compañía, previo a la aplicación efectiva de la modificación, deberá comunicar a los Asegurados, con al menos un mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, cuáles son los aspectos modificados para que no se vean afectados en sus intereses. Esta comunicación a los Asegurados podrá realizarse de manera directa o a través del Tomador, mediante campaña informativa presencial o 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. La

colaboración del Tomador en este proceso, no libera a La Compañía de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al Asegurado de buena fe.

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.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION - La información que sea suministrada por el Tomados y la persona Asegurada a la Compañía con ocasión de esta Póliza, estará protegida por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo autorización por escrito del Asegurado en contrario, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos.

Quedan a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente. Queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

PRESCRIPCION - Todos los derechos derivados de esta póliza prescribirán en un plazo de cuatro (4) años, que se contarán a partir del momento en que tales derechos sean exigibles por la parte que los reclama.

MONEDA. Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta póliza, son liquidables en dólares de los Estados Unidos de América.

No obstante, las obligaciones monetarias finales de cualquiera de las partes, podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Costa Rica, a precio de venta vigente a la fecha de pago de la obligación.

LEGITIMACION DE CAPITALES. Tanto el Tomador como la persona asegurada en esta póliza y los beneficiarios, se comprometen a proporcionar a la Compañía en cualquier tiempo del contrato, la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales. El Asegurado se compromete a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "**CONOZCA SU CLIENTE**",

así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía se lo solicite.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado incumpla con esta obligación y devolverá la prima no devengada en un plazo no mayor de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

XI. INSTANCIAS DE RESOLUCION DE CONTROVERSIAS.

RESOLUCIONES EN SEDE ADMINISTRATIVA. Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato, pueden ser resueltas en sede administrativa según el siguiente procedimiento: Cuando procediere el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado dicha resolución, indicándole con claridad los motivos del rechazo o declinatoria del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado.

El Asegurado podrá apelar dicha resolución en un plazo de diez días hábiles (10) a partir de la notificación, indicando los argumentos y elementos de prueba en que fundamenta su disconformidad.

El Asegurado podrá asimismo solicitar revisión de los montos de indemnización que haya fijado la Compañía con base en los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados. La Compañía estará obligada a revisar y a determinar si efectivamente corresponden a dichos costos.

MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. Asimismo, si ambas partes así lo acuerdan podrán acudir a resolver sus controversias a los medios alternos de solución de conflictos, establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social No. 7727 de 9 de diciembre de 1997, o bien acudir a la vía judicial.

TRIBUNAL CON JURISDICCION - Cualquier demanda respecto a disputas que conciernan a este contrato deben ser presentados ante los Tribunales de la República de Costa Rica.

LEGISLACION APLICABLE - El presente contrato de seguro se rige por la legislación de la República de Costa Rica. En lo que no esté previsto en sus estipulaciones por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros No. 8956, el Código Civil y el Código de Comercio.

XII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.

COMUNICACIONES. Las comunicaciones que se dirijan a la Compañía, con motivo de cualquier asunto relacionado con esta póliza, deberán realizarse por escrito y recibidas

en sus oficinas principales ubicadas San José Costa Rica; o a través del Intermediario de Seguros, debiendo éste entregar las comunicaciones dentro del plazo de cinco días hábiles que corren a partir del recibido por parte del Intermediario de Seguros. El Tomador y el Asegurado deberán indicar una dirección para comunicaciones a la Compañía. Para los efectos de esta póliza, el DOMICILIO CONTRACTUAL, será la dirección anotada por el Tomador y/o Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última que haya sido reportada a la Compañía.

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Tomador o al Asegurado, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado, este último dirigido a la dirección consignada en el expediente de la póliza.

El Tomador y/o Asegurado deberán reportar a la Compañía por escrito o a través del intermediario autorizado todo cambio de dirección o domicilio, de lo contrario se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, o dirección de correo electrónico, apartado postal, fax o el medio que haya sido proporcionado por el Asegurado.

DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES AL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS. El Asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

DEBER DE NOTIFICACIÓN AL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS. La Compañía se obliga a notificar al asegurado acreditado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar esta póliza, a fin de que estén en posibilidad de adoptar acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

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/>.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el (los) registro (s) número P14-26-A05-1032 de fecha 25 de julio del 2024.