

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ACCIDENTES PERSONALES
CONDICIONES GENERALES**ÍNDICE**

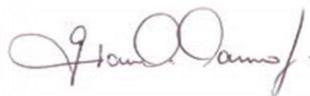
COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	2
DEFINICIONES	3
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	5
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	5
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	5
ÁMBITO DE COBERTURA.....	5
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS Y EXCLUSIONES	5
3. COBERTURAS BÁSICAS.....	5
4. EXCLUSIONES GENERALES PARA TODAS LAS COBERTURAS.....	9
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	10
5. SUMAS ASEGURADAS.....	10
6. PERIODO DE COBERTURA.....	10
7. PERIODO DE CARENCIA	10
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA	10
8. LIMITACIÓN TERRITORIAL	10
SECCIÓN V: DEDUCIBLES	10
9. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES.....	10
BENEFICIARIOS.....	10
10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIO ACREDITANTE	10
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	10
11. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.....	10
12. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO	11
13. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)	11
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS.....	11
14. PAGO DE LAS PRIMAS.....	11
15. FORMA DE PAGO	12
16. PERIODO DE GRACIA	12
17. FORMA EN QUE SE AJUSTA LA PRIMA EN PRÓRROGAS.....	12
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	12
18. RECLAMACIONES	12

19.	PAGO DE RECLAMACIONES.....	13
20.	INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS.....	13
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES.....		13
21.	VIGENCIA DEL SEGURO.....	13
22.	DERECHO DE PRÓRROGA.....	14
23.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO.....	14
CONDICIONES VARIAS.....		14
24.	PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	14
25.	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	14
27.	NULIDAD DEL CONTRATO	14
28.	INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	15
29.	SUICIDIO	15
30.	RECTIFICACIÓN DE LA EDAD	15
31.	PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO	15
32.	MONEDA	15
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....		15
33.	DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	15
34.	LEGISLACIÓN APLICABLE	15
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES		16
35.	NOTIFICACIONES O COMUNICACIONES Y EL DOMICILIO.....	16

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la “Compañía”), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el Tomador en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidos en la póliza de seguro.

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 los términos, condiciones y demás estipulaciones.



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado

ASSA Compañía de Seguros, S. A.

DEFINICIONES

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

1. **ACCIDENTE:** Es la acción repentina de un agente externo, súbita, inesperada, involuntaria y violenta, cuya fecha se encuentra determinada, de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas y la cual ha sido la causa directa de la muerte, daño físico, o incapacidad permanente del Asegurado, lo cual puede determinarse por un Médico.
2. **ASEGURADO:** Es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo. Es titular del interés objeto del seguro, y que, en defecto del Tomador, asume los derechos y obligaciones derivadas del contrato.
3. **BENEFICIARIO:** Es la persona física designada por el Asegurado, a quien se le reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de la cobertura por Muerte Accidental este seguro.
4. **CANCELACIÓN:** Es la terminación de los efectos de una cobertura prevista en el contrato de seguros ya sea por decisión unilateral o por acuerdo mutuo.
5. **COBERTURAS:** Son aquellos beneficios que otorga el contrato de seguro en caso de siniestro.
6. **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes Contratantes.
7. **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario, Vencimiento del Contrato, Periodicidad del Pago de Primas e importe de las mismas, Riesgos Cubiertos y Deducibles. Esta información se manifiesta a través de la "Solicitud-Certificado".
8. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que puede ser conocida o no por el Asegurado, que pudo haber sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.
9. **CONDUCTO DE PAGO:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Contratante por su cuenta y riesgo podrá optar, para su facilidad, a realizar los pagos mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Contratante expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Contratante no le exime de su responsabilidad de que los pagos lleguen al domicilio de la Compañía.
10. **CONTRATO DE SEGURO:** Es el contrato mediante el cual la Compañía se obliga a aceptar a cambio de una prima, la transferencia de riesgos asegurables y se obliga contractualmente, ante el acaecimiento de un riesgo, a indemnizar al beneficiario de la cobertura por las pérdidas económicas sufridas o a compensar un capital, una renta y otras prestaciones convenidas. El Contrato de Seguros se constituye en la póliza.
11. **DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación del Asegurado en la Solicitud-Certificado, o de su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos

que constituyen la base para el perfeccionamiento del contrato de seguro. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. Aplicarán las reglas establecidas en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

12. **DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Tomador debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
13. **DISPUTABILIDAD:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas del contrato de seguro dentro de un plazo determinado.
14. **EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
15. **ENFERMEDAD:** Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.
16. **ENTIDAD ASEGURADORA:** Denominado también Aseguradora o Compañía; es la persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora.
17. **FORTUITOS:** Inesperado que no se prevé.
18. **HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
19. **INTERÉS ASEGURABLE:** Por Interés Asegurable se entiende la relación lícita de valor económico o afectivo sobre una persona. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
20. **LESIÓN CORPORAL:** Es aquel menoscabo, disminución o pérdida ocasionada a la integridad física de un Asegurado, que ocurre dentro de un plazo no mayor de noventa (90) días posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida.
21. **MÉDICO:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y deberá demostrar una experiencia mínima de tres (3) años como Médico.
22. **OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES:** Son las personas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía, se comprometen frente a realizar la distribución de los productos de seguros autoexpedibles convenidos.
23. **PERIODICIDAD DE PAGO:** Frecuencia en la que el Contratante se compromete a realizar los pagos de la prima (anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual) en el domicilio de la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares.
24. **PERIODO DE CARENCIA:** Es el plazo posterior al inicio de la vigencia de la póliza donde el reclamo del seguro no procede.
25. **PERÍODO DE COBERTURA:** Se entiende que la cobertura es sobre la “base de ocurrencia”. Sobre la “base de ocurrencia”, el seguro cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia.
26. **PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de sesenta (60) días calendario para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las Solicitud-Certificado.
27. **PÓLIZA:** Es la instrumentalización del contrato de seguro, que se documenta con las Condiciones Generales y la Solicitud-Certificado.
28. **PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante a la Compañía por la protección solicitada.
29. **PRIMA NO DEVENGADA:** Corresponde a la porción de la Prima aplicable al período no transcurrido de la Vigencia de la Póliza. Por ejemplo, en el caso de una prima para doce (12) meses de vigencia la Prima No Devengada al final del primer mes de vigencia correspondería a 11/12 de la prima. En toda situación en que corresponda reintegrar al Tomador la no devengada, ésta se pondrá a disposición del mismo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la terminación anticipada del seguro en las oficinas de la Compañía, salvo que en el momento las partes acuerden otra cosa. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
30. **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.

- 31. RIESGO ASEGURABLE:** Vulnerabilidad de la persona objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño en su integridad física, salud o muerte. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.
- 32. SINIESTRO:** Constituye la acción o aparición del riesgo asegurable que hace exigible la obligación de la Compañía. Es el acontecimiento inesperado, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del Asegurado.
- 33. SOLICITUD-CERTIFICADO:** Documento que cumple la doble finalidad de solicitud para la emisión del seguro y como certificado de seguro que documenta las condiciones particulares. La solicitud de seguro es la que determina la voluntad de contratar el plan de aseguramiento; el certificado de seguro es el documento que adquirirá jurídicamente esa condición una vez perfeccionado el seguro autoexpedible, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Seguro y se pague la prima. Se documenta mediante la Propuesta de Seguro.
- 34. SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico que se define en el plan de seguro preestablecido. Corresponde a la suma máxima que pagará la Compañía en concepto de Siniestro durante la Vigencia de la Póliza.
- 35. VENCIMIENTO:** Es la fecha en que se activan los procesos para dar por terminado el Contrato de Seguro.
- 36. VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual la Compañía se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir los riesgos según se detalla en las Condiciones Particulares.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza documenta el presente contrato de seguro, se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales y Propuesta de Seguro (Solicitud-Certificado).

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: La Propuesta de Seguro (Condiciones Particulares) tiene prelación sobre las Condiciones Generales.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

3. COBERTURAS BÁSICAS

3.1. MUERTE ACCIDENTAL

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente, la Compañía pagará al Beneficiario nombrado el Monto Asegurado estipulado para esta cobertura en la Solicitud-Certificado. **El Suicidio no es considerado una causa de muerte accidental, bajo esta cobertura.**

3.2. ENFERMEDADES GRAVES

Objetivo de la Cobertura

Reconocer una suma asegurada para cubrir todas las necesidades en el caso en que al Asegurado ("usted") le sea diagnosticado o se le manifieste por primera vez alguna de las siete (07) enfermedades graves o los procedimientos que se mencionan más adelante; por favor tenga en cuenta que cualquier enfermedad o procedimiento distinto al enunciado no estará cubierto.

Importante: Las siguientes enfermedades y/o procedimientos deben estar certificados y/o diagnosticados por un Médico.

3.2.1. CÁNCER

Se cubrirá el cáncer a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna de acuerdo con la definición y demostración que se señala a continuación:

Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas de crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un Médico, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico (“biopsia”) que confirme positivamente la presencia de un cáncer.

Cabe resaltar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer durante la vigencia de la póliza, esto incluye las metástasis de esta primera manifestación. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la Compañía no será cubierta por este seguro.

3.2.1.1. Exclusiones. No se cubren las siguientes condiciones o eventos:

- i) Leucemia linfoide,
- ii) Cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno,
- iii) Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos con potencial bajo de malignidad, o no invasivos,
- iv) Todas las lesiones descritas como carcinoma “in situ”,
- v) Virus del papiloma humano,
- vi) Condilomas planos,
- vii) Displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III y
- viii) Las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera y trombocitopenia esencial,
- ix) Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de “Gleason” con un grado menor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase t2n0m0 según la clasificación de AJCC sexta edición clasificación TMN,
- x) Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH que sea certificado por un Médico, incluyendo el linfoma o sarcoma de Kaposi,
- xi) Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm, según la clasificación de Breslow,
- xii) Cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la sexta edición de AJCC clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis y
- xiii) Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la sexta edición de AJCC clasificación TMN como tal o una clasificación equivalente siempre y cuando no exista metástasis.

Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

3.2.2. INFARTO DEL MIOCARDIO

Es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardiaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de un aporte deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de setenta y dos horas (72) horas antes de dicha hospitalización, que presente:

- cambios nuevos, relevantes y caracterizados en el electrocardiograma EKG.

- aumento del diagnóstico de las enzimas cardíacas.

El infarto del miocardio que ocurre dentro de los catorce (14) días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de las arterias coronarias, angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardíaca mostrados en las imágenes cardíacas treinta (30) días después del procedimiento coronario.

3.2.2.1. Exclusiones. No se cubren las siguientes condiciones o eventos:

- (i) La insuficiencia cardíaca,
- (ii) Dolor torácico no cardíaco,
- (iii) Angina,
- (iv) Angina inestable,
- (v) Miocarditis, pericarditis y
- (vi) Lesión traumática al miocardio.

3.2.3. CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO

Es la cirugía de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Importante: La enfermedad y la cirugía de by pass coronario deben diagnosticarse y llevarse a cabo dentro de la vigencia de la presente póliza.

3.2.3.1. Exclusiones. No se cubren las siguientes condiciones o eventos:

- (i) Angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.
- (ii) Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardíaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales.
- (iii) Cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

3.2.4. ENFERMEDAD CEREBRO – VASCULAR

Corresponde a la embolia cerebral que es definida como un incidente cerebrovascular que tiene por resultado la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal, o debido a un embolismo o trombosis en un vaso intracraneal. La hemorragia subaracnoidea también está cubierta bajo esta definición.

La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una lesión cerebral "de tipo vascular", dentro de un plazo de setenta y dos (72) horas antes de dicha hospitalización.

3.2.4.1. Exclusiones. No se cubren las siguientes condiciones o eventos:

- (i) No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de (A) migraña, (B) lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia, (C) una enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, (D) las alteraciones isquémicas del sistema vestibular, (E) los accidentes cerebro vasculares post-traumáticos.
- (ii) Ataques isquémicos transitorios (AIT).
- (iii) Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.
- (iv) Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.
- (v) Trastornos isquémicos del sistema vestibular.
- (vi) Embolia cerebral silente asintomática encontrada en imágenes.

3.2.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La enfermedad que se presenta en su etapa final como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, que hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante renal.

La insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones o la continua diálisis renal de dos tipos (i) hemodiálisis o (ii) diálisis peritoneal, deberá ser institucionalizada y considerada médicamente necesaria, por un nefrólogo certificado.

3.2.5.1. Exclusiones. No se cubren las siguientes condiciones o eventos:

- (i) Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria,
- (ii) Insuficiencia renal singular.

3.2.6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado, evidenciadas por síntomas típicos de afectación de las funciones sensoriales y motoras y cuya progresión haya producido deterioro incapacitante significativo en las funciones básicas y esenciales para la independencia, pero que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

3.2.6.1. Exclusiones. No se cubren las siguientes condiciones o eventos:

- (i) Otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

3.2.7. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES

Para los efectos de esta cobertura se entiende por trasplante de un órgano vital el que se vaya a realizar o se haya realizado el asegurado como receptor del trasplante de un órgano proveniente de un donante humano fallecido o vivo, para los siguientes órganos: (i) corazón, (ii) pulmón, (iii) hígado, (iv) riñón, (v) médula ósea o (vi) páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. Por trasplante de médula ósea se entiende la recepción de un trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de médula ósea.

Importante: Será requisito indispensable para el pago de la indemnización:

- Que el asegurado notifique previamente y por escrito a la Compañía el hecho de ser definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria correspondiente y antes de que el trasplante se realice. Una vez que la Compañía ha sido notificada de este hecho sólo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si este incurriere en alguna causal legal que así lo permita.
- En el caso que ya ha realizado el trasplante, este deberá ser certificado por el médico que lo practicó, quien debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas.
- La enfermedad que da lugar al trasplante de órganos mayores debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza.
- El trasplante de órgano del cual sea candidato o ya se haya practicado el asegurado, deberá ejecutarse de acuerdo con las normas de donación y trasplante de órganos establecidos en Costa Rica.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación, deberán contener los soportes médicos respectivos.

3.2.7.1. Exclusiones. No se cubren las siguientes condiciones o eventos:

- (i) La cobertura sólo comprende el trasplante de todo el órgano descrito en el presente amparo y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de islotes de Langerhans y glóbulos hepáticos o pulmonares.
- (ii) Trasplante autólogo de medula.

3.2.8. EXCLUSIONES GENERALES A ENFERMEDADES GRAVES

- (i) Tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- (ii) Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- (iii) Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- (iv) Padecimientos congénitos, anomalías congénitas como los aneurismas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- (v) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- (vi) Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente póliza.
- (vii) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.
- (viii) Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- (ix) Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- (x) En ningún caso la compañía aseguradora pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad que haya sido conocida o diagnosticada al momento de la fecha de inicio de vigencia o de la toma o durante el periodo de carencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.
- (xi) Se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza.

4. EXCLUSIONES GENERALES PARA TODAS LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de otras exclusiones establecidas en la legislación vigente para los contratos de seguros, esta Póliza en ningún caso cubrirá lo siguiente:

- (i) Si la muerte del Asegurado resultare a consecuencia de actos delictivos o contravencionales de acuerdo al Código Penal de la República de Costa Rica, en los que participe directa o indirectamente el Asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego, conmociones civiles o guerra, declarada o no, o cualquier acto atribuible a ésta.
- (ii) Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.
- (iii) Condiciones o padecimientos preexistentes no declarados en el Certificado/Solicitud, mientras se encuentre vigente el período de Disputabilidad de la póliza
- (iv) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
- (v) Accidentes o lesiones padecidos por el Asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
- (vi) Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente Seguro.
- (vii) El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
- (viii) Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación y polo.

- (ix) **Siniestros que ocurran posterior a la fecha de cancelación de la póliza o a la exclusión de un Asegurado por parte del Tomador.**
- (x) **Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o infección.**

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

5. SUMAS ASEGURADAS

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía es la Suma Asegurada de la cobertura afectada por el siniestro, las cuales son establecidas en la Propuesta de Seguro que selecciona el Tomador.

6. PERIODO DE COBERTURA

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

7. PERIODO DE CARENIA

Para las coberturas de **MUERTE ACCIDENTAL** no aplicará ningún periodo de carencia.

Para la cobertura de **ENFERMEDADES GRAVES**, se establece un periodo de carencia de noventa (90) días, a partir de la inclusión del Asegurado en este Contrato, durante el cual el Seguro no opera.

SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA

8. LIMITACIÓN TERRITORIAL

Para la cobertura de Muerte Accidental y Enfermedades Graves, no existirá ningún tipo de limitación territorial.

SECCIÓN V: DEDUCIBLES

9. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

Para esta póliza no aplicará ningún deducible.

BENEFICIARIOS

10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIO ACREDITANTE

Para el caso de las coberturas **MUERTE ACCIDENTAL** el Monto Asegurado será pagado a los Beneficiarios de la póliza que son nombrados por el Asegurado.

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.

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

11. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo y la presentación de la documentación necesaria para el análisis del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Compañía se compromete a darle trámite diligente al reclamo interpuesto derivado de la cobertura de este seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la Compañía, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva. El retraso injustificado en el pago de dicha prestación, obligará a la Compañía a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al Asegurado o Beneficiario, mismos que, para el caso específico de mora en el pago de la indemnización, consistirán en el pago de intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma principal adeudada.

Asimismo, la Compañía se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al Asegurado, consagrados en la cláusula de Legislación Aplicable.

12. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO

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

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

El Tomador y/o Asegurado está obligado a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del siniestro.

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

El Tomador deberá cumplir con el recaudo y depósito a favor de la Compañía de las primas del seguro, según lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

13. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)

Durante la vigencia del presente Seguro, incluidos los trámites de indemnización, el Tomador se compromete a brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a mantener actualizada dicha información. En caso contrario la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

14. PAGO DE LAS PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar las Primas correspondientes de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza. La prima puede tener una Periodicidad de Pago: anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual, según sea estipulado en la Propuesta de Seguro.

15. FORMA DE PAGO

Las primas deberán ser pagadas por el Contratante en el domicilio de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto al domicilio de la Compañía y/o a una persona distinta (intermediario de seguros, representante o recaudador) no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en el domicilio de la Compañía, salvo que en las Condiciones Particulares se haya pactado que el pago de las primas se realizará en el domicilio del Asegurado. Para que la Compañía esté obligada al pago de la indemnización deberá haber percibido la prima única convenida, o las parciales, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento del pago único, o cualquier pago parcial, que se hubiese fijado en las Condiciones Particulares.

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

16. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de sesenta (60) días calendario para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera prima. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la cobertura del Asegurado terminará al final de dicho período de gracia por incumplimiento de pago, sujeto al proceso de mora en el pago.

17. FORMA EN QUE SE AJUSTA LA PRIMA EN PRÓRROGAS

Las primas se mantendrán si aumentos o disminuciones en el tiempo.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

18. RECLAMACIONES

El Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro debe comunicarlo, tan pronto pueda, a la Compañía por cualquier medio, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de siete (7) días calendario desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que se tuvo conocimiento del mismo. 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.

Si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo. De otra forma, el aviso de siniestro o presentación de pruebas dentro de los límites de tiempo estipulados en esta cláusula no invalidará ni reducirá la reclamación si no fue razonablemente posible dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

Para la cobertura de **MUERTE ACCIDENTAL**, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
4. Fotocopia del documento de identificación el Asegurado.
5. Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, se deberá aportar:
 - a. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.

- b. 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 o el trámite de apostilla respectivo.

Para la cobertura de **ENFERMEDADES GRAVES**, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
3. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado, incluyendo cualquier historial existente con anterioridad al perfeccionamiento del seguro.

La Compañía tendrá el derecho a que un Médico de su elección examine al Asegurado y acepte o rechace el dictamen médico aportado por el Asegurado y por consiguiente acepte o rechace el reclamo. Los honorarios de este Médico examinador serán pagados por la Compañía. En caso que la Compañía rechace el reclamo como consecuencia de dicho examen, el Asegurado podrá ejercer las acciones correspondientes de conformidad con la cláusula arbitral establecida en la presente Póliza.

19. PAGO DE RECLAMACIONES

Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y aceptación de pruebas satisfactorias de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía de acuerdo con la cláusula anterior.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación el Asegurado tendrá derecho a apelar ante la Compañía, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en esta póliza.

20. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

El Asegurado autoriza a la Compañía mediante un documento separado del contrato de seguro, a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió enfermedad o fallecimiento, incluyendo pero no limitado a aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el Beneficiario están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

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

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

21. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato podrá tener una vigencia anual contada a partir de la fecha de vigencia según se acuerde y se expresa en las Condiciones Particulares.

22. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza se prorroga en forma automática por períodos iguales al inicial y permanecerá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada se encuentre vigente.

En caso de modificaciones que se susciten en el contrato de seguro por acuerdo de partes, convenida con una previa solicitud del Contratante y aceptación expresa de la Compañía, deberá darse con treinta (30) días naturales de anticipación a la terminación de la vigencia del seguro. Asimismo, las partes podrán no prorrogar el contrato, avisando con treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento de la vigencia.

23. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

El seguro terminará cuando cualquiera de lo siguiente ocurra primero:

- a. El Asegurado decide expresamente no prorrogar el seguro o darlo por terminado en forma anticipada;
- b. Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago;
- c. Cuando fallece el Asegurado.
- d. Cuando se indemnice por la cobertura de Enfermedades Graves.

CONDICIONES VARIAS

24. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Cuando se trata de seguros autoexpedibles, la simple aceptación del tomador perfecciona el contrato.

25. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

26. DERECHO DE RETRACTO.

El Tomador tiene la facultad revocar unilateralmente el seguro, amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 10 días hábiles contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. La notificación de retracto deberá realizarse de conformidad con lo establecido en la cláusula “**Notificaciones o Comunicaciones**”. Una vez recibida la notificación de retracto, la Compañía dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles a contar desde el día de la notificación sobre el Retracto, recibida por la Compañía o el Operador de Seguros Autoexpedibles, solicitando devolver el monto de la prima.

27. NULIDAD DEL CONTRATO

Este contrato quedará nulo, de manera absoluta o relativa según corresponda, y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas determine que el Contratante, el Asegurado, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por el representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviene del Contratante, o el Asegurado, o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas; hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

28. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El periodo de disputabilidad se iniciará en la fecha en que se perfecciona el contrato de seguro autoexpedible. La Compañía tampoco disputará la Póliza, cuando una Condición Preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad aquí indicado.

29. SUICIDIO

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión de la póliza, la Compañía se limitará a devolver al Beneficiario las primas pagadas. Transcurrido el plazo de dos (2) años, en caso de suicidio, la Compañía no está obligada a pagar suma alguna al no ser un riesgo de muerte accidental.

30. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD

Si la edad de un Asegurado se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas. La Suma Asegurada del Asegurado no será modificada si las sumas aseguradas aplicables a los Asegurados no dependen de la edad; pero si las sumas aseguradas dependen de la edad del Asegurado, la suma asegurada será enmendada de modo correspondiente y el ajuste de prima tomará en consideración la mencionada enmienda. En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que la condición que produzca la devolución sea de conocimiento de la Compañía o solicitado por el Contratante.

31. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

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

32. MONEDA

Los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre el Asegurado y la Compañía, se efectuarán en colones según lo establece la Propuesta de Seguro. No obstante, a elección del Asegurado, cualquier pago podrá efectuarse en otra moneda al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

33. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

34. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (Acuerdo SUGESE 06 – 13), Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros (Acuerdo SGS-DES-A-031-2014) y cualquier otra normativa que sea aplicable.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

35. NOTIFICACIONES O COMUNICACIONES Y EL DOMICILIO

Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía al Asegurado, deberá ser por escrito y será entregado personalmente, o bien, comunicado a los medios de notificación establecidos en la Solicitud-Certificado, pudiendo ser cualquier medio de comunicación a distancia que permita brindar un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción. El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal; desde que sea depositado en las oficinas del correo; o bien, desde que se compruebe la recepción de la comunicación generada a distancia, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse a partir de esa fecha.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Asegurado a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá cumplir con la misma regla establecida anteriormente siempre que sea realizada en las direcciones de contacto establecidas en las Condiciones Particulares, o Solicitud-Certificado.

assa COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.



FIRMA AUTORIZADA

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número **P19-57-A05-692** de fecha **22 de octubre de 2016**.