ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA - SALDO DEUDOR (DÓLARES)
CONDICIONES GENERALES

Mediante esta Póliza y 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, al reconocimiento médico si lo hubiere; y a cualquier otra declaración necesaria para la emisión de la Póliza - cuales Declaraciones forman parte integrante de esta Póliza - ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante "la Compañía") conviene con el Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante "el Contratante" o "el Tomador" y/o el "el Asegurado" en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurran en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones, límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante "el Asegurado") a la Compañía.

El derecho a gozar de las prestaciones que se pueda suministrar mediante esta Póliza depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. La interpretación de la póliza de seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: El Addendum o los Addenda tienen prelación sobre las Condiciones Particulares; las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y la Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro y/o Declaraciones del Asegurado y/o Contratante.

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

1. **ACCIDENTE:** Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.

2. **ADDENDUM:** Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, o Addendum previo de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como condición especial de la Compañía para la aceptación del contrato. En plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.

3. **ASEGURADO:** Es toda persona física, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Compañía y a favor de quien se ha emitido un certificado de cobertura o se ha extendido cobertura de seguros según el método convenido entre la Compañía y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia. En términos generales, 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. Para efectos de esta Póliza, se trata de el (los) deudor(es) del Contratante.

4. **BENEFICIARIO:** Es el mismo Contratante de la Póliza. Es la Entidad Financiera que otorgó el crédito a quien la Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del

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

Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma. En términos generales, es la persona jurídica que tiene un interés lícito de carácter económico en las personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Entidad Aseguradora.

5. **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.

6. **CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento expedido por la Compañía que contiene información mínima acerca del Número de Póliza Colectiva, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Monto Asegurado, y Monto de la Prima.

7. **CLÁUSULAS:** Son las disposiciones establecidas en el contrato de seguros a través de las condiciones generales y particulares.

8. **COBERTURAS:** Son aquellas protecciones que otorga la Compañía en el contrato de seguro.

9. **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.

10. **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.

11. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.

12. **CONDUCTO DE PAGO**: Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Contratante por su cuenta y riesgo podrá(n) optar, para su facilidad, a realizar el (los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Contratante no le exime(n) de su responsabilidad de que el (los) pago(s) lleguen al domicilio de la Compañía.

13. **CONSENTIMIENTO:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Contratante y la Compañía determinado en el contrato de seguro.

14. **CONTRATANTE / TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el Tomador la figura de Asegurado y beneficiario del seguro. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación.

15. **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.

16. **COBERTURA COMPLEMENTARIA:** Contrato que se adhiere a la Póliza Básica cuya suma asegurada del mismo es

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

pagadera en adición a la suma asegurada de la Póliza Básica; siempre y cuando se presenten las pruebas fehacientes de la reclamación según el beneficio bajo cada Contrato Complementario.

17. **COBERTURA SUPLEMENTARIA:** Contrato que se adhiere a la Póliza Básica cuya suma asegurada del mismo suple o reemplaza la suma asegurada de la Póliza Básica y donde se cancelan todos los contratos adicionales; siempre y cuando se presenten las pruebas fehacientes de la reclamación según el beneficio bajo cada Contrato Suplementario.

18. **DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación del Asegurado, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la Compañía. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. El asegurador podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Asegurado o al Tomador, la Compañía estará obligada a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible al Asegurado respectivamente. La Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la TERMINACION DEL CONTRATO.

19. **DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que afecten el siniestro; y tiene como finalidad que el Asegurado haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca un siniestro. El deducible que se haya establecido en las Condiciones Particulares se rebajará de la pérdida indemnizable que corresponda al Asegurado, una vez que se haya aplicado el porcentaje de infraseguro, el salvamento y la participación contractual a cargo suyo, si existiese.

20. **DEUDA**: Cuando se utilice la expresión “una deuda”, significa la cantidad que debe el Deudor al CONTRATANTE en virtud de un crédito, bajo un acuerdo estipulado y se definen los siguientes tipos de créditos: Hipotecarias, Personales, Prendario, Tarjeta de Crédito o cualquier otro tipo de crédito.

21. **DEUDOR:** cualquier persona física que contraiga deuda con EL CONTRANTANTE en, o después de la fecha efectiva de esta Póliza, en concepto de créditos. En caso de que una misma deuda sea contraída por varias personas, cada persona se considerará un deudor por sí mismo por la suma total adeudada al CONTRATANTE y estará sujeto a todas las condiciones de esta Póliza. Siempre que se trate de créditos mancomunados, deberá existir interés asegurable entre los deudores; y en casos de créditos hipotecarios, los deudores deberán vivir bajo el mismo techo para poder asegurarse mancomunadamente. En la expresión “Deudor” no se considerará incluida cualquier corporación o sociedad mercantil; por lo tanto, ninguna corporación o sociedad mercantil será elegible para seguro bajo esta Póliza. No obstante, La COMPAÑÍA podrá asegurar al hombre clave de dicha corporación o sociedad mercantil, conforme a los requisitos exigidos a los demás solicitantes.

22. **DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.

23. **DISPUTABILIDAD:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios dentro de un plazo determinado.

24. **ELEGIBLE**: Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula “ELEGIBILIDAD”.

25. **EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL**: Pandemia que ha sido declarada como tal, por la

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

Organización Mundial de la Salud. Algunas enfermedades que han sido catalogadas bajo esta categoría son: el coronavirus, el ébola, el zika y la gripe H1N1.

26. **ENTIDAD ASEGURADORA:** Denominado también Asegurador o Compañía Aseguradora es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora. Para efectos de este contrato denominada la Compañía.

27. **FORTUITOS:** Inesperado que no se prevé.

28. **HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.

29. **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.

30. **INTERMEDIARIO DE SEGUROS:** Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas. La contratación colectiva de una póliza no exime a los agentes y corredores de seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza.

31. **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 90 días posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida.

32. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el contrato Colectivo de Vida donde el Asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.

33. **MODALIDAD NO-CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el Colectivo de Vida donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.

34. **PANDEMIA**: Es una enfermedad epidémica que se extiende por muchos países o afecta a casi todos los habitantes de una zona, también se puede decir que es una epidemia mundial o global.

35. **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.

36. **PERÍODO DE COBERTURA**: Se entiende que la cobertura puede ser sobre la “base de ocurrencia” o sobre la “base de reclamación”. Sobre la “base de ocurrencia”, el seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes. Sobre la “base de reclamación”, sólo cubrirá los reclamos que presente el Asegurado a la Compañía dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la Vigencia de la Póliza o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes.

37. **PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de diez (10) días hábiles para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las Condiciones Particulares.

38. **PERIODO DE ESPERA O PERIODO DE CARENCIA**: Es un período especificado en la póliza o cobertura opcional, que se inicia a partir de la vigencia de la póliza o de la cobertura opcional, durante el cual las pérdidas que ocurran no serán cubiertas por la póliza. Los plazos de espera o periodo de carencia se encuentran regulados en la cláusula

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

"**PERIODO DE ESPERA O PERIODO DE CARENCIA**" de esta póliza.

39. **PÓLIZA:** Es el contrato de seguro, que incluye, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y las Condiciones Particulares, así como todos los Addenda de coberturas complementarias y suplementarias y otros Addenda que se adhieran al mismo. También forma parte de la póliza toda la información recabada por la Compañía con el propósito de que ésta haga una suscripción correcta del riesgo, tales como: la solicitud y las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro hecha por el Contratante; solicitudes y declaraciones incluidas en la Solicitud/Certificado, así como todas las declaraciones del Contratante y de los Asegurados, contenidas en formularios entregados por la Compañía o en documentos suministrados a la Compañía por el Contratante o el Asegurado, incluyendo las declaraciones hechas por los Asegurados a los médicos examinadores de la Compañía y cualquier otra información relevante para la suscripción y selección del riesgo.

40. **PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante a la Entidad Aseguradora por la protección solicitada.

41. **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.

42. **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 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.

43. **REHABILITACIÓN:** Proceso de selección de la Compañía para volver a asegurar a uno o varios Asegurado(s) que hayan perdido derecho a los beneficios de la póliza con motivo de cancelación de cobertura por incumplimiento en el pago de la prima.

44. **RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** No es una obligación contractual de la Entidad Aseguradora ni tampoco del Contratante o Asegurado. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.

45. **REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:** Son los exámenes médicos, clínicos o de laboratorio requeridos por la Compañía al Asegurado para comprobar su buen estado de salud; éstos son solicitados en calidad de pruebas o evidencia de asegurabilidad y como condición previa para la evaluación y selección del riesgo antes de otorgar la cobertura. Forman también parte de la Póliza de Seguro.

46. **RIESGO(S):** Vulnerabilidad de la persona objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño en su integridad física o la muerte. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado, salvo lo estipulado en la cláusula "SUICIDIO". Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.

47. **SINIESTRO:** Constituye la acción o aparición del riesgo que hace exigible la obligación de la Compañía. Es el

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

acontecimiento inesperado, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del Asegurado.

48. **SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.

49. **SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro. En tanto solicitud de seguro es la solicitud de ingreso al esquema de aseguramiento colectivo, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, por parte del aspirante a devenir Asegurado presentada a la Compañía. En tanto certificado de seguro, el documento adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento colectivo pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales. En el certificado de aseguramiento consta: **(i)** Información propia de la solicitud de seguro; **(ii)** El número de póliza colectiva y el Tomador de la misma; **(iii)** Número de registro del producto en la superintendencia; **(iv)** Nombre, identificación y domicilio del o los asegurado(s); **(v)** Suma Asegurada Inicial o Beneficio Mensual por cancelarse en caso de acaecer el riesgo asegurado; **(vi)** Vigencia; **(vii)** Monto de la prima, forma de pago y plan de pago, y; **(viii)** Límite de responsabilidad. Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.

50. **SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico que se define por el Contratante en la Solicitud de Seguro para cada persona asegurada que se adhiere al contrato, y que es determinante para que la Compañía establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la Compañía en concepto de siniestro(s) durante la Vigencia de la Póliza para una o varias coberturas.

51. **TARIFA:** Factor, generalmente dado en porcentaje, que determinará la prima de la póliza.

52. **VENCIMIENTO:** Es la fecha en que se da por terminado el contrato de seguro.

53. **VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual la Compañía se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.

54. **VIGENCIA DEL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL:** Es el período durante el cual la Compañía se compromete, a brindar la cobertura al individuo incluido en el esquema de aseguramiento colectivo pactado. Se especifica en la Certificado de Seguro o en la Solicitud/Certificado de Seguro, según sea el caso.

CONDICIONES GENERALES

La cobertura de la presente póliza corresponde a la categoría de Seguros Personales; y podrá ser contratada en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Contratante con los Asegurados. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como “Contratante del Seguro Colectivo”; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones. Producto de la inclusión del Asegurado en la Póliza, el Contratante 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.

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

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

I. COBERTURA BASICA

A. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Si un Asegurado fallece por cualquier causa estando su cobertura en vigor, y siempre que no se trate de una causa de exclusión de cobertura, la Compañía, al recibir por escrito las pruebas fehacientes de su fallecimiento, pagará a la entidad financiera la suma asegurada que será igual al saldo de la deuda a la fecha de la muerte del Deudor, con sujeción a las estipulaciones de esta póliza. Esta cobertura de Muerte por cualquier causa ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las características de riesgo únicas y propias del Asegurado y no será transferible.

Se excluye de la Suma Asegurada, pagada a la entidad financiera, los intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar, si los hubiere.

II. COBERTURA ADICIONALES

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Contratante y la Compañía han convenido en adicionar a esta Póliza Básica la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares y adheridas mediante Addendum:

B. ADDENDUM - COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.
C. ADDENDUM - COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
D. ADDENDUM - COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE.
E. ADDENDUM - COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

III. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

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

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

IV. SUMA ASEGURADA

Como Suma Asegurada se entenderá el saldo no pagado; se contempla el capital y los intereses corrientes no pagados por el deudor-asegurado, correspondientes de cada Deudor por el crédito amparado en esta Póliza.

La Suma Asegurada (suma convenida) no excederá el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro. El Contratante es responsable de declarar como Suma Asegurada el importe del saldo insoluto de cada Deudor al inicio de cada mes. A la vez, será responsable por dejar de listar en cualquier tipo de informe dirigido a la Compañía a los asegurados que: (i) hayan dejado de ser miembros elegibles; o (ii) hayan cancelado la totalidad del saldo insoluto al Contratante. Cualquier prestación que deba cumplir la Compañía por errores y omisiones incurridos por el Contratante o intermediario, faculta a

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

la Compañía para recobrar contra estos, los pagos realizados al Asegurado.

Se excluye de la Suma Asegurada, pagada a la entidad financiera, los intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar, si los hubiere.

V. 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.

VI. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El periodo de disputabilidad se iniciará:

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

b) en casos de incrementos de suma asegurada hechos con posterioridad a la fecha original en que se otorgó la cobertura a un Asegurado, el período de disputabilidad iniciará, con respecto de dicho aumento, en el momento en que la Compañía acepte dicho incremento y otorgue la cobertura así aumentada.

c) si la cobertura del Asegurado hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

VII. SUICIDIO

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro del primer año contado a partir de la fecha de emisión de la póliza o de su rehabilitación, la Compañía se limitará a devolver al beneficiario las primas pagadas. Transcurrido el primer año, en caso de suicidio la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro del primer año contado a partir de la fecha de emisión de cualquier aumento por una suma asegurada adicional, la Compañía pagará con respecto a tal aumento sólo las primas pagadas por tal aumento. Transcurrido el primer año de la suma asegurada adicional, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

VIII. PRUEBAS SATISFACTORIAS DE FALLECIMIENTO

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

LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE, quien es Beneficiario Irrevocable del Seguro, al fallecimiento del Deudor durante la vigencia de esta Póliza, "El Importe del saldo no pagado a su cargo por concepto de capital", previa notificación del hecho acaecido y presentación de pruebas fehacientes del crédito cubierto por el seguro y de la causa del fallecimiento del Deudor.

La designación del beneficiario en favor del acreedor le confiere el derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma convenida. En caso que la suma asegurada exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del Contratante, según corresponda.

La cantidad de seguro vigente sobre la vida de cada Deudor bajo esta Póliza al momento de su muerte, será una suma igual al saldo de la deuda a la fecha de su muerte, de acuerdo con los requisitos del CONTRATANTE. El saldo de la deuda no incluye en ningún momento morosidades, ni intereses.

Los causahabientes del Asegurado tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante (Beneficiario irrevocable) del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios, si existiesen. La Compañía se obliga a notificar al Contratante y al Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto dar por terminado el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante o a eventuales otros beneficiarios del seguro el importe del saldo insoluto. Que Asegurado y el Contratante deben informar su domicilio a la Compañía para que éste, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas la presente cláusula.

IX. ELEGIBILIDAD

La Compañía y el Contratante deberán acordar por escrito, a través de las Condiciones Particulares, reglas de elegibilidad para la inclusión de los Deudores de un Crédito a la Póliza de Seguro, pudiendo acordar reglas diferentes para grupos específicos siempre que no violen los principios de trato equitativo y no discriminatorio.

No obstante, en ausencia de reglas específicas, serán elegibles para el seguro bajo esta Póliza, los Deudores de un Crédito, quienes al entrar en vigor hubiesen celebrado contratos de crédito, y tengan completo el formulario de "Propuesto Asegurado" o la Solicitud/Certificado. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar al prestatario, luego de revisar el formulario/solicitud "Propuesto Asegurado" o la Solicitud/Certificado, que se someta a examen médico antes de ser incluido en la Póliza.

Los costos de los exámenes médicos serán asumidos por LA COMPAÑÍA y serán realizados por médicos que LA COMPAÑÍA designe. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar, recargar o declinar, o de exigir exámenes o informes adicionales a cualquier prestatario.

Solicitaremos se entregue a LA COMPAÑÍA un listado de todos los deudores ya existentes que EL CONTRATANTE desee incluir en esta póliza con la fecha de nacimiento, nombre, número de cédula y cantidad del Crédito.

No se aceptarán personas que se encuentren recibiendo pensión por invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social o de cualquier otra fuente.

Podrán incluirse las mujeres embarazadas que contraigan una deuda con el CONTRATANTE, y que su ginecólogo les haya pronosticado un parto natural antes de cumplir los 8 meses de embarazo. Ellas además de completar los requisitos de elegibilidad de la póliza, si son primerizas, deberán proporcionar a LA COMPAÑIA un informe del ginecólogo sobre el estado del embarazo.

Sin embargo, quedan excluidas de la póliza, hasta después de la cirugía aquellas que el ginecólogo pronostique parto no natural (como la cesárea entre otros).

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

En cualquier caso, cuando el Asegurado llega a cumplir la edad límite establecida en el acuerdo de las reglas de elegibilidad, la Compañía continuará otorgando cobertura siempre y cuando se opte mediante acuerdo con el Contratante al momento de la celebrar el Seguro Colectivo, alguna de las siguientes opciones:

1. Aplicación automática de una tarifa especial, previamente negociada entre las partes, a partir de esa edad límite y para para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro y sobre los plazos de créditos otorgables en determinada edad de la persona asegurable, o;

2. Realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance esa edad límite, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto y, por lo tanto, se proceda con la aplicación de un recargo especial o la exclusión del Asegurado de la Póliza de Seguro.

En caso de aplicarse análisis médicos que resulten en un recargo especial, la Compañía le comunicará al Asegurado una propuesta de cobertura en la que contendrá la nueva tarifa, debiendo responder su anuencia o renuencia a dicha propuesta de cobertura dentro del plazo de quince (15) días hábiles siguientes.

Estas reglas aplican también para aquellas personas que, al momento de solicitar un crédito, han superado la edad límite, debiendo realizarse de todas maneras los correspondientes análisis médicos para verificar su estado de salud e integridad física.

X. PERIODO DE ESPERA O PERIODO DE CARENCIA

Para está Póliza, aplican los siguientes periodos de espera según se indican a continuación, para los siguientes padecimientos, contados a partir de la fecha de cobertura efectiva de la Póliza:

a. El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias, doce (12) meses.

Una vez transcurrido el periodo indicado, estos padecimientos estarán sujetos a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza. Este periodo de espera se puede modificar según como sea indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

XI. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud de Seguro o de la Solicitud/Certificado presentada por el Contratante, o bien, si la Compañía realiza una Propuesta de Seguro, con la aceptación que el Contratante hace de esta propuesta. Cuando se trata de la Solicitud de Seguro o de la Solicitud/Certificado, la cobertura del seguro entra a regir una vez que esta solicitud cumpla con todos los requisitos de la Compañía y sea aceptada dentro del plazo máximo de treinta (30) días naturales. La Compañía podrá rechazar la solicitud dentro del mismo plazo de treinta (30) días naturales.

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

XII. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

Este seguro no aplica deducibles sobre ninguna cobertura

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

XIII. FECHA EFECTIVA DEL SEGURO DEL DEUDOR

Cada Deudor elegible para el seguro en lo que se refiere a un crédito, según sea definido en esta Póliza, se convertirá en ASEGURADO bajo la misma, según las disposiciones de esta Sección, siempre y cuando que en, o antes de la fecha de su elegibilidad, se haya aceptado pagar la prima de seguro requerida y sea aceptado como Asegurado por la Compañía.

El seguro de Saldo Deudor a quien no se le requiera evidencia de asegurabilidad, bajo las disposiciones de esta Póliza, será efectivo en la fecha en la cual la deuda fue incurrida.

El seguro de un Deudor, a quien sí se le requiera evidencia de asegurabilidad, será efectivo:

- En la fecha en la cual la deuda fue incurrida, si la evidencia de asegurabilidad satisfactoria a LA COMPAÑIA es presentada por el Deudor con anterioridad a la fecha que incurra la deuda; o,
- En la fecha en la cual dicha evidencia es aceptada por LA COMPAÑIA.

XIV. CERTIFICADO DE SEGURO o SOLICITUD/CERTIFICADO

La Compañía deberá proporcionar a cada Asegurado un Certificado de Seguro, o una Solicitud/Certificado, que contendrá información mínima acerca del Número de Póliza Colectiva, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Suma Asegurada, y Prima. La entrega del Certificado de Seguro, o la Solicitud/Certificado, deberá realizarse en el domicilio de la Compañía, o en el domicilio del Contratante, en el plazo de diez (10) días hábiles contados desde la aceptación del riesgo por parte de la Compañía y consecuente inclusión del Asegurado en la Póliza Colectiva.

XV. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

1. Registros e Informes

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

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

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

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

No obstante lo anterior e independiente que se haya determinado una responsabilidad concurrente, el Contratante

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

asume las responsabilidades ante la Compañía que emanen de su actuación como "Contratante del Seguro Colectivo.

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

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

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

2. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación. En el caso de que una sociedad corredora de seguros participe como Intermediario de Seguros de esta Póliza, el Contratante deberá aclarar a los Asegurados si la misma actúa como asesor con contraprestación de honorarios asumida por el Contratante, y detallará las obligaciones y responsabilidades de la misma.

3. En caso de modificación de este Contrato por parte de la Compañía y del Tomador, a efectos de que los intereses de los Asegurados no se vean afectados, el Contratante estará obligado a comunicar dicha situación al Asegurado, de acuerdo al mecanismo contenido en la cláusula de "NOTIFICACIONES", con un plazo de al menos treinta (30) días naturales antes de la entrada en vigencia de la modificación. La colaboración del Contratante 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 incumplimiento, error u omisión por parte del Contratante de las funciones antes descritas, que genere una afectación a un Asegurado, provocará que el Contratante se encuentre obligado a resarcir al Asegurado los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de que la Compañía repare la afectación al Asegurado en primera instancia, en cuyo caso el Contratante deberá proceder con el reintegro a la Compañía.

XVI. AJUSTES DE SUMA ASEGURADA

En caso de incremento de la suma asegurada, y que el monto de la misma supere el límite máximo acordado por el Contratante de la póliza, dicho incremento podrá aceptarse excepcionalmente; bajo el análisis particular del caso, sujeto a los requisitos de asegurabilidad que apliquen y la aceptación de la Compañía.

En este caso, el costo de los exámenes básicos para valorar el incremento de suma asegurada será asumido por la Compañía. Cualquier otro examen adicional que sea requerido para el análisis final de la condición de salud será asumido por el Asegurado. La Compañía se reserva el derecho de solicitar a los asegurados cualquier examen médico que considere necesario para la evaluación del aumento de suma asegurada. Así mismo, se reserva el derecho de aceptar o declinar el incremento según el resultado de la investigación.

Para cada aumento que se presente, los períodos de disputabilidad y carencia regirán a partir de la aceptación para ese aumento.

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

XVII. PRIMAS

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.

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

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

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

Las primas comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se ajustarán anualmente a la prórroga contractual de la póliza de acuerdo con el siguiente cálculo:

a) Se calcula el Índice de Siniestralidad Real que obtuvo la póliza en el periodo comprendido desde el inicio de vigencia anual hasta el último mes completo previo al mes en que se hará el estudio de la prorroga, de la siguiente manera:

$$Indice\ de\ Siniestralidad\ Real: \frac{Siniestros\ Incurridos}{Primas\ Devegadas\ Totales\ Netas}$$

Donde:

- **Siniestros incurridos**: Siniestros Pagados más los siniestros pendientes de liquidación incluyendo siniestros incurridos, pero no reportados, en el periodo comprendido.
- **Primas Devengadas Totales Netas**: Primas Netas (restando devoluciones y/o cancelaciones) +/- variación de la Provisión de Riesgos en Curso.

Si el Índice de Siniestralidad Real es mayor al Índice de Siniestralidad Esperada se realizara el cociente entre ambos para determinar un factor de ajuste por siniestralidad.

El Índice de siniestralidad Esperada por la Compañía es del 50%.

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

Si el Índice de Siniestralidad Real >50%

Factor de ajuste por siniestralidad= $\frac{Siniestralidad\ Real}{Siniestralidad\ Esperada}$

La prima comercial deberá ajustarse de esta manera:

$$\boldsymbol{prima\ comercial\ (1)_{cob;x} = Prima\ comercial\ x\ factor\ de\ ajuste\ de\ siniestralidad}$$

Prima comercial = Es la prima comercial del periodo transcurrido.

b) Se cotizará nuevamente la póliza, considerando la base de asegurados, beneficios de la póliza, % de afiliación.

$$\boldsymbol{prima\ comercial(2)}: \text{es la prima comercial que surge de recotizar la póliza}$$

c) Se compara los resultados obtenidos en punto a) y b), la nueva prima de riesgo será que la resulte mayor de ambos cálculos.

$$\boldsymbol{prima\ comercial\ nueva: max(prima\ comercial(1); prima\ comercial(2))}$$

De esta manera se tomará la prima comercial que resulte de lo obtenido en el punto c) para la renovación de la póliza.

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

La prima a pagar en cada fecha de vencimiento de prima, será igual a la suma de los cargos de prima por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, según se indica en la cláusula "**CÁLCULO DE PRIMAS**".

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

XVIII. CÁLCULO DE PRIMAS

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

Si las primas se pagan mensualmente, las mismas se determinarán multiplicando la suma asegurada total en vigor en la fecha de vencimiento de la prima, por la tarifa mensual entonces en vigor; las primas mensuales para el seguro pueden ser calculados por cualquier otro método mutuamente convenido que produzca aproximadamente la misma cantidad total.

El Contratante preparará una declaración cada mes, especificando los totales de suma asegurada de cada Asegurado en vigor en el primer día del mes, la cual, conjuntamente con la remesa de prima, será enviada a la Compañía.

Las primas serán pagaderas con periodicidad anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual, éstas

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

serán calculadas por método mutuamente convenido por la Compañía y el Contratante.

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

- Pagos semestrales: 5% en dólares.
- Pagos cuatrimestrales: 8% en dólares.
- Pagos trimestrales: 10% en dólares.
- Pagos bimestrales: 11% en dólares.
- Pagos mensuales: 12% en dólares.

Para esta póliza no aplican recargos o descuentos, a excepción de lo indicado en la cláusula “PRIMAS” de esta póliza.

XIX. PERIODO DE GRACIA

De acuerdo con la estipulación de la cláusula “PRIMAS” se concede un período de gracia de diez (10) días para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la cobertura del Asegurado terminará automáticamente al final de dicho período de gracia por incumplimiento de pago.

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

XX. PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

Esta póliza será prorrogada obligatoriamente, por periodos anuales, en el modo convenido en las Condiciones Particulares, siempre que se acredite el pago oportuno de las primas determinadas técnicamente. La Compañía podrá cambiar las primas determinadas técnicamente al momento de prorrogar la póliza según lo expresado en la Cláusula “PRIMAS”.

XXI. PERIODO DE COBERTURA

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

XXII. 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.

XXIII. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período de rehabilitación ya que la cobertura terminó automáticamente por falta de pago, según se ha establecido en la cláusula “PRIMAS”. El Contratante asume las

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

responsabilidades que emanen de su actuación como tomador del seguro colectivo; por tanto, en caso de cancelación de cobertura de uno o más Asegurados por incumplimiento en el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura para el(los) Asegurado(s) mediante notificación por escrito a la Compañía, sometiéndose el (los) Asegurado(s) a los requisitos de asegurabilidad que señale la Compañía, y previo pago de todas las primas atrasadas que adeuda el Contratante. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o declinar toda solicitud de rehabilitación.

XXIV. MODIFICACIÓN O TERMINACIÓN

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

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

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

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

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

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

En caso de agravación del riesgo la Compañía evaluará las nuevas condiciones del riesgo asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días calendario y, si fuera necesario, ajustará el alcance de la cobertura y de la prima, podrá requerir nuevas medidas de prevención de daños, razonables y necesarias o modificar las condiciones de aseguramiento existentes, según lo indicado.

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

La falta de notificación del Contratante o del Asegurado, con respecto a la agravación del riesgo, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de conformidad con la cláusula

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

"TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL DEUDOR". La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida, por parte del Asegurado, la comunicación de la Compañía

La Compañía podrá rechazar las nuevas condiciones cuando incorporen un riesgo que originalmente no hubiera cubierto, en cuyo caso procederá a la exclusión de la cobertura afectada o a la cancelación del seguro, siendo que la Compañía notificará al Contratante y al Asegurado dentro del plazo de diez (10) días hábiles su decisión.

En caso de disminución del riesgo la Compañía en un plazo máximo de diez (10) días hábiles valorará las nuevas condiciones y procederá al reintegro del exceso de prima, si procediera.

En cualquier caso, el Contratante tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

En caso de que 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.

En caso de modificación o terminación de este Contrato por parte de la Compañía y del Tomador, a efectos de que los intereses de los Asegurados no se vean afectados, el Contratante estará obligado a comunicar dicha situación al Asegurado, de acuerdo al mecanismo contenido en la cláusula de "NOTIFICACIONES", con un plazo de al menos treinta (30) días naturales antes de la entrada en vigencia de la modificación. En caso de terminación de la póliza a solicitud del Contratante, el Asegurado deberá conocer de dicha situación con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de antelación. La colaboración del Contratante en este proceso, no libera a la Compañía de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al Asegurado de buena fe.

Esta póliza también terminará en caso de que el Tomador, Asegurado o Beneficiario se encuentren en alguna de las situaciones contempladas en la cláusula "LIMITACIÓN POR SANCIONES" de esta Póliza.

XXV. TERMINACION DE LA COBERTURA DEL DEUDOR

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

- **En la fecha de Vencimiento de la Póliza;**
- **A la cancelación de la deuda;**
- **Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago;**
- **Cuando se notifique la terminación de la póliza al vencimiento del periodo de gracia;**
- **Cuando el Asegurado deja de ser elegible;**
- **Cuando aplique la cláusula "INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA";**
- **Cuando aplique la cláusula "NULIDAD DEL CONTRATO";**
- **Por encontrarse en alguna de las situaciones contempladas en la cláusula "LIMITACIÓN POR SANCIONES" de esta Póliza.**

XXVI. ADMINISTRACION

EL CONTRATANTE suministrará a LA COMPAÑÍA mensualmente, dentro de los diez (10) días siguientes al fin de

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

cada mes, un informe de los nuevos Deudores y de la terminación de seguro sobre Deudores que dejen de formar parte del Grupo Asegurado según las Condiciones de esta Póliza. Estas declaraciones formarán parte integrante de la Póliza. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como "Contratante del Seguro Colectivo"; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

XXVII. EXCLUSIONES

Las partes convienen que la Compañía no pagará la indemnización correspondiente, cuando sea atribuible directa o indirectamente, por o a consecuencia de alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

1. **Guerra declarada o no, hostilidades u operaciones bélicas, actos de enemigos extranjeros, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, guerrilla, poder militar o usurpado, ley marcial o conmoción civil, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas.**

2. **Energía nuclear, reacciones nucleares, radiación o contaminación.**

3. **Armas químicas, biológicas, bioquímicas o electromagnéticas.**

4. **El Asegurado esté prestando servicio en las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país u organismo internacional, en cualquier región del mundo.**

5. **La comisión o intento de comisión, por parte del Asegurado, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.**

6. **Participación del Asegurado en motines, riñas, huelgas, tumultos, duelos o cualquier actividad delictiva.**

7. **Lesión o muerte causadas intencionalmente al Asegurado por algún Beneficiario.**

8. **Participación del Asegurado en el aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de la misma.**

9. **Cualquier prueba de velocidad automovilística, aérea o marítima en donde el Asegurado participe como piloto, copiloto o pasajero.**

10. **Condiciones Preexistentes, salvo pacto en contrario.**

11. **Emergencia de Salud Pública Internacional.**

XXVIII. AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN

a) El Contratante o el Beneficiario, al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro debe comunicarlo tan pronto tenga conocimiento de ello a la Compañía por cualquier medio, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. El

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

plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) 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: reclamoscr@assanet.com.

b) 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.

Al recibir el aviso de siniestro, el Tomador deberá presentar:

1. Carta del tomador solicitando el pago de la indemnización; además debe indicar: i) Su anuencia a lo dispuesto en la cláusula "INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS" sobre el acceso a la información para evaluar la legitimidad de la reclamación, sus casusas y circunstancias; ii) nombre del Asegurado; iii) número del documento de identidad; iv) número de operación crediticia; v) fecha de inclusión y; vi) saldo de la deuda a la fecha del siniestro.
2. Certificado de defunción original expedido por el Registro Civil –con el tomo, folio y asiento respectivo– que demuestre el estado civil del Asegurado y su causa de muerte.
3. Fotocopia del documento de identidad del Deudor.
4. 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 legalización consular o con el apostillado correspondiente. En caso de que la documentación se encuentre en idioma diferente al español, se deberá aportar una traducción oficial preparada por un traductor acreditado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica.
5. Epicrisis médica o historia clínica de internamiento o consulta externa del paciente, en donde se indique el tipo de enfermedad o lesión, fecha de ocurrencia y tratamiento brindado (sólo si es solicitado por la Compañía).
6. Fotocopia completa debidamente certificada y foliada del historial médico completo de los centros médicos, sean estos públicos o privados, donde haya sido atendido el Asegurado (sólo si es solicitado por la Compañía).
7. Estado de cuenta que detalle el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la muerte o incapacidad del Asegurado, el cual deberá incluir el saldo e intereses corrientes y fecha de inicio de la operación del crédito Asegurado (sólo si es solicitado por la Compañía).

XXIX. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado 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.

XXX. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, en la Solicitud de Seguro, autorizan a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la lesión y

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

el monto correcto a ser pagado según la tabla de indemnizaciones, 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 y el Contratante están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

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

XXXI. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía, se efectuarán en dólares. En caso que se realice en moneda distinta a la contratada, se realizará 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.

XXXII. NOTIFICACIONES

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por la Compañía directamente al Contratante, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, o bien enviarlos por correo ordinario o certificado a la Dirección Contractual según se muestra en las Condiciones Particulares. El Contratante deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de Dirección Contractual y solicitar la modificación de la Dirección Contractual mediante Addendum, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última Dirección Contractual según aparezca en las Condiciones Particulares.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo y todo plazo que dependa de dicho aviso comenzará a contarse desde esa fecha.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante, o Asegurado, a la Compañía conforme a esta póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante, o el Asegurado, o por el intermediario de seguro por cuyo conducto se haya contratado el seguro. El Contratante por este medio autoriza a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del intermediario de seguro designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante; sin embargo, el Contratante en todo momento podrá gestionar cualquier trámite con relación al Contrato de Seguro de forma directa con la Compañía.

XXXIII. 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/.

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

XXXIV. PRESRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

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

XXXV. 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.

XXXVI. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contendidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

XXXVII. LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dicho pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento al terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen trasgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la Republica de Costa Rica o aquellas con las que la Republica de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales incluyendo pero sin limitar la generalidad de los anterior; los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas a eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentren o sean mencionados en una de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o pertenezcan a países incluidos en dichas listas y /o cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento al terrorismo, guerras y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masivas.

En consecuencia, la materialización de alguna de las situaciones anteriormente descritas faculta a la Compañía para dar por terminada la Póliza, o el aseguramiento individual cuando corresponda, de forma inmediata sin responsabilidad alguna.

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

XXXVIII. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Las partes aceptan que el otorgamiento de la participación de utilidades no será obligatorio para la Compañía y en caso de aprobarlo estará sujeta a las siguientes condiciones:

- Deberá ser aprobado de previo por la Compañía.
- Toda participación de utilidades debe estar sujeta a que la Póliza sea prorrogada para el siguiente periodo.
- El cálculo de la participación de utilidades ocurriría noventa (90) días después de terminada la vigencia de la Póliza y siempre que la Póliza sea prorrogada y se mantenga vigente.
- En el caso que no se dieran utilidades, las pérdidas del periodo serán aplicadas a la liquidación anual siguiente y en caso de persistir las pérdidas, serán aplicadas a los siguientes periodos anuales hasta su extinción. En cada prórroga del contrato, en caso de existir pérdidas, se podrán realizar los ajustes técnicos correspondientes para garantizar suficiencia de prima.

Cálculo de la Utilidad

El resultado de la cuenta se calcula como la prima pagada anual, menos los siniestros incurridos, que equivale a los siniestros pagados, siniestros reportados no pagados, menos costos de adquisición, costos de administración, costo de reaseguro, impuesto a los Bomberos e impuesto del INEC.

Porcentaje de Devolución por Buena Experiencia (DBE%)

Este porcentaje de devolución por buena experiencia dependerá de tres factores: i) volumen del grupo asegurado; ii) de la antigüedad de la póliza y; iii) de la utilidad de la póliza en el año de la participación.

Antigüedad	DBE(ant)%
1-2 años	0%
3-5 años	5%
6-10 años	10%
Más de10 años	15%

Tamaño Grupo	DBE(tam)%
0-250 asegurados	0%
251-1000 asegurados	10%
1001-5000 asegurados	20%
5001-10000 asegurados	30%
Más de 10000 asegurados	40%

Utilidad	DBE(uti)%
0 a 10%	0%
10.1% a 20%	5.0%
20.1% a 35%	7.5%
35.1% a 50%	10.0%
50.1% a 60%	15.0%
Más del 60%	20.0%

DBE% = DBE(ant)%+ DBE(tam)%+ DBE(uti)%

Fórmula

Saldo de Ejercicio

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

Resultado = P x (1 – *factor*) – *SI* – *Arrastre*

Devolución por Buena Experiencia DBE

DBE = max(P x (1 – factor) – SI – Arrastre, 0) x DBE%

Factor = B + C + Reas + Imp

Donde:

- P: Prima Pagada Anual.
- SI: Siniestros Incurridos, que equivale a los siniestros pagados, siniestros reportados no pagados.
- Arrastre: Saldos Negativos de Ejercicios Anteriores.
- Factor: Costos de Adquisición (B), Costos de Administración (C), Reaseguro (Reas), Impuesto Bomberos (Imp) e Impuesto INEC(Imp2).
- DBE%: Porcentaje de Devolución por buena experiencia.
- DBE: Devolución por buena experiencia.

Cálculo de la Devolución por Buena Experiencia

Si el resultado de la póliza es positivo entonces la póliza tuvo utilidad. En el caso que no se dieran utilidades, las pérdidas del periodo serán aplicadas a la liquidación anual siguiente y en caso de persistir las pérdidas, serán aplicadas a los siguientes periodos anuales hasta su extinción. En cada prórroga del contrato, en caso de existir pérdidas, se podrán realizar los ajustes técnicos correspondientes para garantizar suficiencia de prima.

La devolución por buena experiencia se calculará como la utilidad que generó la Póliza, ajustada por las pérdidas acumuladas de los años anteriores, por el porcentaje de devolución.

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

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 P14-40-A05-199 de fecha 10 de setiembre del 2010 con fecha de actualización 29 de agosto del 2025.

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

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA – SALDO DEUDOR
ADDENDUM - COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

Colones: ☐ Dólares: ☐

Para ser adherido y formar parte de la Póliza N°: _____

Con efectividad desde el día: _____

Contratante/Tomador: _____

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Contratante y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Suplementaria siempre que sea debidamente detallada en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura fallece durante la vigencia de la misma, la Compañía pagará una suma adicional a la suma asegurada de su cobertura básica de Muerte por Cualquier Causa, al momento en que los beneficiarios presenten el certificado médico de defunción y demás documentos contemplados en la cláusula AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente primero a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que el pago de la suma asegurada que le corresponde sea igual o mayor al pago que en virtud de esta cobertura tenga que efectuar la Compañía.

En caso que no hubiera beneficiarios declarados por el Asegurado, la Compañía no podrá adelantar el pago y se deberá presentar una notificación detallando los herederos legales del Asegurado.

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

II. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada de esta cobertura corresponde a la suma indicada de ¢1,620,000.00 (un millón seiscientos veinte mil colones) o su equivalente en dólares. La suma asegurada de este Addendum es adicional y no será descontada de la liquidación final de la suma asegurada, según quedó acordado en la cláusula de cobertura de este Addendum.

III. RECLAMACIONES

El Contratante o Beneficiario deberá enviar aviso escrito a la Compañía notificándole el fallecimiento del Asegurado y deberá ser acompañado del certificado médico de defunción según lo previsto en la cláusula de cobertura de este Addendum. La Compañía se reserva el derecho de investigar las circunstancias de la muerte del Asegurado y comprobar la legitimidad de la reclamación con sujeción a lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza de Segura Colectivo de Vida — Saldo Deudor.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin cambio.

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

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Addendum y extiende la cobertura de Gastos Funerarios en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 P14-40-A05-199 de fecha 10 de setiembre del 2010 con fecha de actualización 29 de agosto del 2025.

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

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA – SALDO DEUDOR
ADDENDUM - COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Colones: ☐ Dólares: ☐

Para ser adherido y formar parte de la Póliza N°: _____

Con efectividad desde el día: _____

Contratante/Tomador: _____

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Contratante y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Suplementaria siempre que sea debidamente detallada en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, es declarado total y permanentemente incapacitado la Compañía le pagará, en un único abono al Contratante, el saldo no pagado, que contempla el capital y los intereses corrientes no pagados por el deudor-asegurado al momento del siniestro. Se excluye de la suma asegurada los intereses moratorios si los hubiere. Lo anterior, una vez que la Compañía reciba las pruebas satisfactorias de la existencia y de la continuación de la incapacidad total y permanente, así como los demás documentos contemplados en la cláusula AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN.

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

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

Incapacidad Total y Permanente: Es el estado en que se encuentra un Asegurado como consecuencia de haber sufrido una lesión o una enfermedad, que le impide, de forma total y absoluta, generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un período no menor de nueve (9) meses continuos y que cumpla con la condición de que la probabilidad de recuperación, desde el punto de vista médico, sea nula, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente el Asegurado. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y permanente de esta póliza no guarda relación alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.

III. SUMA ASEGURADA

El saldo no pagado, que contempla el capital y los intereses corrientes no pagados por el deudor-asegurado, al momento del siniestro.

Se excluye de la suma asegurada los intereses moratorios si los hubiere, las comisiones, o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar o por pagar.

Cuando la Compañía haya pagado por esta cobertura, se cancelará automáticamente la totalidad del Seguro

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

para el Asegurado indemnizado.

IV. ADMISION

La admisión a esta cobertura queda supeditada a las políticas que mantenga el Tomador sobre el otorgamiento de créditos. Asimismo, de conformidad con las políticas de suscripción de la Compañía, será necesario que se realicen pruebas médicas que razonablemente sean requeridas.

V. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Las partes convienen en que la cobertura de incapacidad total y permanente no pagará suma alguna si es causada por alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

a. **Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.**
b. **Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.**
c. **Lesiones sufridas o enfermedades originadas en alguna condición pre-existente, desconocida como tal por la Compañía al momento de emitir la póliza, que afecten de modo material la evaluación de riesgo hecha por la Compañía.**
d. **Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas. Huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.**
e. **Lesiones sufridas por el asegurado resultantes de la acción de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma, y todo acontecimiento que se derive del estado de endrogamiento o embriaguez del asegurado. Se considera que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol, cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado igual o superior a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre (80mg/dl).**
f. **Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en la comisión o intento de comisión de asalto, asesinato, atentado, o cualquier otro delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.**
g. **Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o cuando se practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente.**

VI. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación de esta cobertura cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

a. **La póliza de Seguro Colectivo de Vida Saldo Deudor, se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum, debiendo la Compañía comunicar la decisión de acuerdo con la cláusula de "NOTIFICACIONES" de las Condiciones Generales.**

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

b. Por la cancelación de la deuda.
c. Por el incremento del riesgo en razón del estado de salud de la persona asegurada, demostrado mediante pruebas médicas, que motiva razonablemente a la Compañía que no se hubiera otorgado la cobertura del presente seguro bajo esas condiciones.

El reconocimiento o aceptación de la incapacidad total y permanente por parte de la Compañía conlleva la terminación automática de todas las coberturas del Asegurado en la póliza.

VII. RECLAMACIONES

Al recibo de pruebas satisfactorias de que un Asegurado, ha quedado Total y Permanentemente Incapacitado, la Compañía pagará al Contratante la suma asegurada correspondiente a esta cobertura. Requisitos a presentar:

1. Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
2. Estado de cuenta que detalle el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la declaratoria de la Incapacidad Total y Permanente, el cual deberá incluir el saldo e intereses corrientes y fecha de inicio de la operación del crédito del Asegurado.
3. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
4. Epicrisis médica o historia clínica donde se indique el tipo de enfermedad o lesión, fecha de ocurrencia, tratamiento y determinación de fecha y tipo de incapacidad.
5. Fotocopia completa debidamente certificada y foliada del historial médico completo de los centros médicos, sean estos públicos o privados, donde haya sido atendido el Asegurado (sólo en caso de que sea solicitado por la Compañía).
6. Constancia de patrono que indique desde cuándo se encuentra incapacitado.
7. Certificación original emitida por la C.C.S.S, el Instituto Nacional de Seguros, la Medicatura Forense del Poder Judicial o cualquier entidad autorizada donde se declara total y permanente incapacitado. Dicha certificación deberá indicar claramente:
    a. El porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado.
    b. Diagnóstico sobre los eventos que provocaron dicha incapacidad.
    c. Que la misma no está sujeta a revisión.
8. Si la incapacidad fue provocada por Accidente, el Asegurado debe aportar copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología.
9. En el caso de documentos emitidos en el extranjero, deben presentarse debidamente legalizados o apostillados por las Autoridades consulares correspondientes. Si la documentación se encuentra en idioma diferente al español, se deberá aportar una traducción oficial preparada por un traductor acreditado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica.
10. En caso de que los requisitos aportados no sean suficientes o bien no sea posible brindarlos, el interesado deberá presentar los exámenes médicos que sean necesarios, los cuales realizará en un centro médico asignado por ASSA, los costos de estos exámenes corren por cuenta del interesado.

La Compañía se reserva el derecho de pedir cualquier otra documentación para el análisis.

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

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Addendum y extiende la cobertura de Incapacidad Total y Permanente en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 P14-40-A05-199 de fecha 10 de setiembre del 2010 con fecha de actualización 29 de agosto del 2025.

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

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA – SALDO DEUDOR
ADDENDUM - COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

Colones: ☐ Dólares: ☐

Para ser adherido y formar parte de la Póliza N°: _____

Con efectividad desde el día: _____

Contratante/Tomador: _____

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Contratante y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Suplementaria cuándo ésta sea debidamente detallada en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, la Compañía pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado correspondiente, en caso de que **(i)** el Asegurado Asalariado sufra una situación de Desempleo Involuntario que le genere la pérdida total de sus ingresos, y siempre que dicha condición no se haya originado por un Despido Colectivo o Masivo anunciado de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la República de Costa Rica; **(ii)** el Asegurado Trabajador Independiente sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, impidiéndole ejercer sus actividades lucrativas e imposibilitándole hacerle frente al pago de las cuotas mensuales del crédito, condición que deberá ser debidamente diagnosticada por un médico especialista y refrendada mediante una constancia de incapacidad temporal emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Dichos amparos son **mutuamente excluyentes entre sí,** de forma tal que operará la cobertura según se trate de un Asegurado Asalariado o un Asalariado Trabajador Independiente. **En virtud de lo anterior, se deja expresa constancia que el Asegurado que califique como Asegurado Asalariado sólo tendrá derecho a recibir beneficios al amparo de la cobertura de Desempleo Involuntario y NO tendrá derecho a recibir beneficios al amparo de la cobertura de Incapacidad Total Temporal. En sentido inverso, el Asegurado que NO califique como Asegurado Asalariado sólo tendrá derecho a recibir beneficios al amparo de la cobertura de Incapacidad Total Temporal y NO tendrá derecho a recibir beneficios al amparo de la cobertura de Desempleo Involuntario.**

El monto máximo a pagar en cada Beneficio Mensual incluirá el monto de principal e intereses corrientes no pagados al momento que el Asegurado quede en estado de Desempleo Involuntario, así como las Primas que se encuentren pendientes de pago. **Este monto no incluirá intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni ningún saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en la Solicitud/Certificado.**

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

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

Amparo – Desempleo:

La efectividad de la presente cobertura, en cuanto al riesgo de Desempleo Involuntario de un Asegurado Asalariado, será aplicable según cada una de las siguientes categorías de empleo:

a) **Empleado Permanente**: La Compañía otorgará la cobertura si es despedido, siempre que exista responsabilidad patronal y el Empleado Permanente se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
b) **Empleado Copropietario**: La Compañía otorgará la cobertura si el negocio deja de operar y el Empleado Copropietario se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
c) **Empleado Bajo Contrato**: Si el Asegurado Asalariado ha estado laborando bajo un contrato laboral de plazo fijo con un mismo Patrono, la Compañía otorgará la cobertura si el Asegurado es despedido durante el plazo de su contrato o finalice de manera anticipada, por causas ajenas al Asegurado, y si se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.

La cobertura sólo será aplicable para aquellos Asegurados Asalariados que tengan al menos seis (6) meses consecutivos de laborar con un mismo Patrono. Además, se aplicará un Periodo de Carencia de un (1) mes calendario, así como un Periodo de Espera de treinta (30) días naturales, mismo que empezará a computarse a partir de la fecha del desempleo o de la finalización del período de preaviso. Finalizado dicho plazo, y siempre que Asegurado Asalariado mantenga la condición de Desempleo Involuntario, el Tomador o Beneficiario de la Póliza empezará a recibir la indemnización acordada al amparo de esta cobertura.

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

Amparo – Incapacidad Total Temporal por Accidente:

La efectividad de la presente cobertura, en cuanto al riesgo de Incapacidad Total Temporal por Accidente de un Asegurado Trabajador Independiente, estará sujeta a que este último no califique como Asegurado Asalariado.

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

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

ACCIDENTE: Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.

ASEGURADO ASALARIADO: Es la persona física que tiene empleo permanente dentro de una relación que pueda calificarse como relación laboral, está reportado por su patrono ante la CCSS, y cumple con los requisitos de elegibilidad bajo la presente cobertura adicional.

ASEGURADO TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Es la persona física que por sí misma y de forma

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

independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no, y que se encuentra registrado como tal ante la Caja Costarricense de Seguro Social. Se entiende que es la persona que no tiene relación laboral con un Patrono, y ejecuta sus actividades profesionales o su oficio de forma independiente. Para efectos de la presente Póliza, la situación de Asegurado Trabajador Independiente y Asegurado Asalariado son excluyentes entre sí.

BENEFICIO MENSUAL: Es el beneficio económico mensual a que tiene derecho el Tomador o Beneficiario en caso de la materialización de un siniestro amparable, cuyo importe y número máximo cuotas consecutivas del crédito asegurado depende de la opción seleccionada en el Certificado de Seguro o en la Solicitud/Certificado de Seguro. Este beneficio equivale en esta Póliza a la cuota del crédito que le corresponde al Asegurado pagar por mes al Tomador del seguro, producto de la operación crediticia que los vincula. La cuota del crédito atribuible a este beneficio se calculará con base al monto total otorgado del crédito.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO: Condición del Asegurado Asalariado que no recibe remuneración alguna, producto de que fue despedido con responsabilidad patronal. En caso de ser un Empleado Copropietario de la empresa para la cual labora, además de cumplir la condición anterior, la empresa debe estar en proceso de liquidación por la interposición de un proceso judicial por parte de algún tercero que no tenga el carácter de socio o accionista de la empresa.

DESPIDO COLECTIVO O MASIVO: Se refiere al supuesto en que el Patrono, por causas económicas, técnicas, organizativas o productivas, unilateralmente decide dar por terminado los contratos laborales de al menos diez (10) Empleados en empresas que tengan una planilla inferior a cien (100) Empleados, o el diez por ciento (10%) de Empleados de empresas que cuenten con una planilla de entre cien (100) y trescientos (300) Empleados, o treinta (30) Empleados en empresas que cuenten con una planilla de más de trescientos (300) Empleados.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Es el estado en que se encuentra una persona como consecuencia de haber sufrido una lesión o una enfermedad, que le impide, de forma total y absoluta, generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, y la cual implica una disminución en al menos un sesenta y siete por ciento (67%) en su capacidad orgánica o funcional para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y permanente de esta póliza no guarda relación alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: La situación física reversible y constatada médicamente, a través de la cual se le otorga una licencia médica al Asegurado Trabajador Independiente por un período mínimo de al menos treinta (30) días calendario de duración.

PATRONO: Persona física o jurídica debidamente inscrita ante la CCSS como tal, que legalmente puede contratar en Costa Rica a personas físicas bajo una relación laboral debidamente documentada.

PERIODO DE CARENCIA: Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

PERIODO DE ESPERA: Es el período de tiempo a partir del momento en que el Asegurado entra en una situación de Desempleo Involuntario y durante el cual el Asegurado debe continuar pagando al Tomador las cuotas mensuales del crédito otorgado. Durante este período, la Aseguradora no estará obligada a realizar pago alguno al Tomador o Beneficiario. Una vez transcurrido el Período de Espera, así como verificado el cumplimiento de las condiciones establecidas en esta Póliza, la Compañía procederá a realizar los pagos que correspondan al amparo de la presente cobertura.

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

III. SUMA ASEGURADA

Corresponde al Beneficio Mensual que cubrirá la Compañía, cuyo importe y número máximo de cuotas consecutivas del crédito asegurado se detalla en el Certificado de Seguro o en la Solicitud/Certificado de Seguro. **Se excluye de la suma asegurada los intereses moratorios si los hubiere, las comisiones, o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar o por pagar.**

IV. ADMISION

La admisión a esta cobertura queda supeditada a las políticas que mantenga el Tomador sobre el otorgamiento de créditos. Asimismo, de conformidad con las políticas de suscripción de la Compañía, será necesario que se realicen aquellas pruebas médicas que razonablemente sean requeridas.

V. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de "DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE", en los siguientes casos no aplicará cobertura alguna:

1. **Amparo – Desempleo Involuntario**

   a) **Si el Asegurado Asalariado queda Desempleado como resultado de terremoto, inundación, fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares y similares.**
   b) **La condición de Desempleo Involuntario no supera el Periodo de Espera de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de desempleo o de la finalización del período de preaviso.**
   c) **Es empleado por tiempo definido y la condición de Desempleado Involuntario se da como consecuencia del cumplimiento del período por el cual se estableció la relación laboral.**
   d) **Sea despedido sin responsabilidad patronal.**
   e) **Quede Incapacitado Total y Permanentemente.**
   f) **En caso de ser Empleado Permanente, no ha estado continuamente empleado con el mismo patrono, por al menos seis (6) meses previos al primer período de desempleo amparable bajo este contrato.**
   g) **En caso de ser Empleado Bajo Contrato, el plazo de su contrato sea menor a seis (6) meses de laborar con el mismo patrono.**
   h) **Está Empleado Bajo Contrato y queda Desempleado, como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo de plazo fijo.**
   i) **Tiene un trabajo temporal o estacional cuya duración sea inferior a seis (6) meses.**
   j) **Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncie, se jubile por vejez en condiciones normales o se jubile por vejez en forma anticipada y voluntariamente.**
   k) **Es despedido por su patrono como resultado de su mala conducta o rompimiento del contrato de trabajo. Si el Asegurado Asalariado apelase ante los Tribunales de Trabajo y el veredicto fuera a su favor, el reclamo sí será aceptado.**
   l) **Los casos de suspensión temporal del contrato de trabajo realizado conforme a los procedimientos previstos en el Código de Trabajo.**
   m) **Es despedido mientras el Asegurado Asalariado se encuentre laborando fuera del territorio costarricense por más de noventa (90) días naturales. Esta exclusión no**

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

aplicará si la causa por la cual el Asegurado Asalariado deja el territorio costarricense es:

- **Por trabajar en una embajada o consulado costarricense.**
- **Si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.**

n) El Empleado Permanente que no figure como asalariado en los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social y/o no ha sido incluido dentro de póliza obligatoria de riesgos del trabajo.
o) El Empleado Copropietario que no figure como asalariado en los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social y/o no ha sido incluido dentro de póliza obligatoria de riesgos del trabajo.
p) El Empleado Bajo Contrato no figure como asalariado en los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social y/o no ha sido incluido dentro de póliza obligatoria de riesgos del trabajo.
q) No supera el Periodo de Carencia de un (1) mes calendario.
r) Cualquier Condición Preexistente.

2. Amparo – Incapacidad Total Temporal por Accidente

No se cubrirán accidentes del Asegurado Trabajador Independiente que surjan como consecuencia directa o indirecta de:

a) Por suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado Trabajador Independiente.
b) Por riñas y cualquier otro acto delictuoso en que el Asegurado Trabajador Independiente participe con dolo o culpa grave o por provocación.
c) Mientras el Asegurado Trabajador Independiente se encuentre en estado de sonambulismo, o con ocasión de ataques cardiacos, epilépticos o sincopes.
d) Mientras el Asegurado Trabajador Independiente se encuentra participando en competencias en cualquier clase de vehículo.
e) Por actos de personas que tomen partes en paros, huelgas, 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 tomadas por las autoridades. Por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: terremoto, inundación o erupción volcánica que se produzcan en el territorio nacional.
f) Por cualquier enfermedad corporal o mental, o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean consecuencia del Accidente cubierto.
g) Manejar cualquier clase de vehículo automotor, mientras se encuentre bajo los efectos de bebidas alcohólicas o drogas.
h) Embarazo, alumbramiento o aborto.
i) Tomar parte de actividades de montañismo o alpinismo en el cual se usen sogas o guías, exploración de cuevas verticales, paracaidismo, volar colgado de un planeador, deportes de invierno, deportes extremos, deportes profesionales o de carrera.
j) Enfermedades, infección bacteriana o virulenta, aunque se haya contraído accidentalmente, incluyendo la infección bacteriana que sea resultado directo de una cortada o herida accidental o intoxicación alimentaria accidental.
k) Absorción o ingestión de venenos o gases tóxicos.
l) Por insolación.
m) Por demencia.
n) Las lesiones que se susciten o le ocurran al Asegurado Trabajador Independiente o le

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

sean ocasionados con objeto o arma cortante, cortopunzante, armas de fuego, artefactos explosivos o incendiarios u otro tipo de arma, independientemente de la forma en la que ocurra.

o) Sufre la Incapacidad Total Temporal durante el Periodo de Carencia.

p) Ninguna dolencia médica ni física que no sea consecuencia directa de un accidente ni que corresponda a un accidente que haya ocurrido antes de la fecha de inicio de la cobertura.

q) Los síntomas médicos normales y previsibles asociados al embarazo y al parto.

r) Resultantes, directa o indirectamente, de dolores de espalda y dolencias relacionadas, a no ser que existan pruebas radiológicas o patológicas de anormalidad médica que provoque la incapacidad.

s) Resultantes de lesiones auto-infligidas intencionadamente o la ingestión de alcohol o drogas (excepto medicamentos tomados según las instrucciones de un médico colegiado y que no sean para el tratamiento de una adicción a las drogas), el estrés, la depresión o cualquier desorden o disfunción de tipo mental o nervioso.

t) Operaciones o tratamientos médicos que no sean necesarios desde el punto de vista médico y que no sean consecuencia de un accidente.

u) Accidentes ocurridos fuera Costa Rica.

v) Recargos debidos a demoras en pagos relacionados con su obligación crediticia.

w) En caso de que la incapacidad surja como consecuencia de conflictos bélicos, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, altercados o desorden público, o atentados terroristas de cualquier tipo.

x) En caso de que la incapacidad surja como consecuencia de radiación ionizante o contaminación radiactiva por combustible nuclear o por desechos nucleares de combustibles nucleares.

y) Cualquier Condición Preexistente.

VI. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación de esta cobertura cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

a. La póliza de Seguro Colectivo de Vida Saldo Deudor se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum, debiendo la Compañía comunicar la decisión de acuerdo con la cláusula de "NOTIFICACIONES" de las Condiciones Generales.

b. Por la cancelación de la deuda.

c. Para el riesgo de Desempleo Involuntario, cuando el Asegurado Asalariado se acoja a su pensión por vejez.

d. Cuando se hayan pagado el número máximo de cuotas consecutivas de la Deuda que consten en la Solicitud/Certificado.

e. En el caso de que un Asegurado fallezca por cualquier causa contemplada en la cobertura básica de "MUERTE POR CUALQUIER CAUSA", o sufra un Accidente o Enfermedad amparable bajo la cobertura adicional "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE", la presente cobertura finalizará de manera automática y se aplicará la cobertura de "MUERTE POR CUALQUIER CAUSA" o "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE", sujeto a que dichas coberturas hayan sido oportunamente contratadas y el evento se encuentre dentro del ámbito de cobertura de las mismas.

f. Cuando termine el Desempleo Involuntario de un Asegurado Asalariado. En caso de que el Asegurado Asalariado omita notificar la finalización de su condición de

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

desempleado y, consecuentemente, siga beneficiándose de la cobertura del seguro de manera improcedente, la Compañía suspenderá de manera inmediata el pago de la indemnización y solicitará el reintegro de lo pagado indebidamente. El Asegurado Asalariado deberá realizar la devolución del dinero dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía efectuó la solicitud de reembolso correspondiente.

VII. RECLAMACIONES .

Para la cobertura de "DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE", se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Amparo – Desempleo Involuntario

Al recibo de pruebas satisfactorias de que un Asegurado Asalariado ha quedado desempleado de forma involuntaria, una vez acreditado el cumplimiento del Periodo de Carencia y el Periodo de Espera, la Compañía pagará al Contratante la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura. Requisitos por presentar:

a. El Asegurado Asalariado debe dar aviso escrito del reclamo al Tomador, dentro de los siguientes treinta (30) días naturales de haber quedado Desempleado.
b. El Tomador facilitará al Asegurado Asalariado un formulario suplido por la Compañía, el cual deberá ser completado y devuelto al Tomador, con toda la información solicitada en él, tan pronto tenga en su poder los requisitos señalados en el punto siguiente.
c. El Asegurado Asalariado debe aportar adicionalmente a la presentación del aviso de siniestro los siguientes documentos:
    i. Constancia del ex Patrono acreditando el despido de la empresa. Esta constancia debe contener: Nombre del exempleado, número de identificación, periodo laborado para la empresa, puesto desempeñado, tipo de contrato laboral que mantenía el extrabajador (permanente, copropietario, bajo contrato) y causal de despido.
    Para el caso del Empleado Bajo Contrato, si el contrato terminó de manera anticipada por causas ajenas al Asegurado, la constancia que le emita el ex Patrono deberá indicar claramente que el contrato finalizó en esa manera.
    ii. Constancia emitida por la CCSS, donde indique que el Asegurado Asalariado ha estado cotizando para ese régimen durante los últimos seis (6) meses previos a su despido, que estaba activamente trabajando para un mismo patrono y que haya estado empleado continuamente, al menos por un período de seis (6) meses antes del inicio de este contrato.
d. Para el pago del beneficio mensual pactado, una vez cumplido el Periodo de Espera, el Asegurado Asalariado debe continuar presentando cada mes al Tomador la constancia de la CCSS actualizada a la fecha de corte que corresponda para comprobar la condición de desempleo de cada mes amparable por este seguro por medio del pago del beneficio mensual. Este requisito debe cumplirse hasta que el Asegurado reanude su condición de empleo o hasta que se completen la cantidad de cuotas pactadas para recibir el beneficio mensual (lo que ocurra primero).
e. En caso de que el Asegurado Asalariado no cumpla con lo indicado en este acápite, la Compañía podrá suspender el pago del beneficio mensual. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de realizar las investigaciones que considere pertinentes, las cuales permitan comprobar fehaciente que la condición de Desempleo Involuntario del Asegurado Asalariado se mantiene.
f. La Compañía se reserva el derecho de pedir cualquier otra documentación para el análisis.
g. El Asegurado Asalariado deberá notificar a la Compañía, de manera inmediata y por escrito, cuando termine el Desempleo Involuntario que generó el pago del beneficio mensual pactado.

2. Amparo – Incapacidad Total Temporal por Accidente

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

a. El Asegurado Trabajador Independiente deberá entregar una descripción detallada por escrito del Accidente sufrido.
b. Deberá suministrar los informes Médicos relacionados con el origen y desarrollo de su Incapacidad Total Temporal, incluyendo fecha de diagnóstico
c. Deberá presentar el Informe médico original de la primera asistencia médica recibida para atender las lesiones sufridas en el Accidente.
d. Deberá presentar la orden médica por convalecencia, así como el comprobante de incapacidad emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social, que justifique el reposo y la incapacidad temporal para desempeñar sus labores ordinarias o profesión.
e. En caso de accidente de tránsito, copia del parte oficial del suceso.
f. En caso de existir reclamación judicial, copia completa de dichas diligencias.
g. Deberá disponer de una Incapacidad Total Temporal superior a 30 días naturales para poder tener derecho a la indemnización.

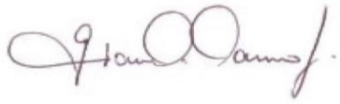
Todos los certificados médicos deberán ser emitidos por un médico especialista en la causa del siniestro y que se encuentre incorporado en el Colegio de Médicos. Durante la reclamación del Asegurado, la Compañía podrá solicitar exámenes médicos más detallados. En tal caso la Compañía abonará los costes de dichos exámenes.

Si un Asegurado Trabajador Independiente sufre una Incapacidad Total Temporal y en el transcurso de los siguientes tres (3) meses contados desde la fecha de finalización de dicha Incapacidad, vuelve a sufrir otra Incapacidad Total Temporal o una reincidencia de la anterior, la Compañía considerará como parte del evento original la nueva ocurrencia para todos los efectos contractuales. Los eventos que ocurran después de finalizado dicho lapso se tendrán, para efectos contractuales, como eventos independientes.

Si el Asegurado Trabajador Independiente no informa la finalización de su condición de Incapacidad Total Temporal y continúa beneficiando del pago mensual de la Cobertura al Tomador del seguro, la Compañía queda facultada a rebajar las cuotas giradas durante el período en que el Asegurado estaba de alta, de los pagos que deban realizarse por concepto de la nueva incapacidad temporal. No obstante, si por el tiempo que dure la nueva Incapacidad Total Temporal no fuera posible rebajar los pagos efectuados de más en el reclamo anterior, el Tomador deberán realizar la devolución respectiva a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al cobro.

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Addendum y extiende la cobertura de Empleo Involuntario en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 P14-40-A05-199 de fecha 10 de setiembre del 2010 con fecha de actualización 29 de agosto del 2025.

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

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA – SALDO DEUDOR
ADDENDUM - COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Colones: ☐ Dólares: ☐

Para ser adherido y formar parte de la Póliza N°: _____

Con efectividad desde el día: _____

Contratante/Tomador: _____

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Contratante y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Suplementaria cuándo ésta sea debidamente detallada en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, la Compañía pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado correspondiente, en caso de que **(i)** el Asegurado Asalariado sufra una situación de Desempleo Involuntario que le genere la pérdida total de sus ingresos, y siempre que dicha condición no se haya originado por un Despido Colectivo o Masivo anunciado de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la República de Costa Rica; **(ii)** el Asegurado Trabajador Independiente sufra una Enfermedad o Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, impidiéndole ejercer sus actividades lucrativas e imposibilitándole hacerle frente al pago de las cuotas mensuales del crédito, condición que deberá ser debidamente diagnosticada por un médico especialista y refrendada mediante una constancia de incapacidad temporal emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Dichos amparos son **mutuamente excluyentes entre sí,** de forma tal que operará la cobertura según se trate de un Asegurado Asalariado o un Asalariado Trabajador Independiente. **En virtud de lo anterior, se deja expresa constancia que el Asegurado que califique como Asegurado Asalariado sólo tendrá derecho a recibir beneficios al amparo de la cobertura de Desempleo Involuntario y NO tendrá derecho a recibir beneficios al amparo de la cobertura de Incapacidad Total Temporal. En sentido inverso, el Asegurado que NO califique como Asegurado Asalariado sólo tendrá derecho a recibir beneficios al amparo de la cobertura de Incapacidad Total Temporal y NO tendrá derecho a recibir beneficios al amparo de la cobertura de Desempleo Involuntario.**

El monto máximo a pagar en cada Beneficio Mensual incluirá el monto de principal e intereses corrientes no pagados al momento que el Asegurado quede en estado de Desempleo Involuntario, así como las Primas que se encuentren pendientes de pago. **Este monto no incluirá intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni ningún saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en la Solicitud/Certificado.**

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta

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

póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

Amparo – Desempleo:

La efectividad de la presente cobertura, en cuanto al riesgo de Desempleo Involuntario de un Asegurado Asalariado, será aplicable según cada una de las siguientes categorías de empleo:

a) **Empleado Permanente**: La Compañía otorgará la cobertura si es despedido, siempre que exista responsabilidad patronal y el Empleado Permanente se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
b) **Empleado Copropietario**: La Compañía otorgará la cobertura si el negocio deja de operar y el Empleado Copropietario se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
c) **Empleado Bajo Contrato**: Si el Asegurado Asalariado ha estado laborando bajo un contrato laboral de plazo fijo con un mismo Patrono, la Compañía otorgará la cobertura si el Asegurado es despedido durante el plazo de su contrato o finalice de manera anticipada, por causas ajenas al Asegurado, y si se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.

La cobertura sólo será aplicable para aquellos Asegurados Asalariados que tengan al menos seis (6) meses consecutivos de laborar con un mismo Patrono. Además, se aplicará un Periodo de Carencia de un (1) mes calendario, así como un Periodo de Espera de treinta (30) días naturales, mismo que empezará a computarse a partir de la fecha del desempleo o de la finalización del período de preaviso. Finalizado dicho plazo, y siempre que Asegurado Asalariado mantenga la condición de Desempleo Involuntario, el Tomador o Beneficiario de la Póliza empezará a recibir la indemnización acordada al amparo de esta cobertura.

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

Amparo – Incapacidad Total Temporal por Accidente:

La efectividad de la presente cobertura, en cuanto al riesgo de Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente de un Asegurado Trabajador Independiente, estará sujeta a que este último no califique como Asegurado Asalariado.

En caso de que el Asegurado tenga una Condición Preexistente la misma deberá de ser expuesta e incluida en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación, así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

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

ACCIDENTE: Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.

ASEGURADO ASALARIADO: Es la persona física que tiene empleo permanente dentro de una relación que pueda calificarse como relación laboral, está reportado por su patrono ante la CCSS, y cumple con los requisitos de elegibilidad bajo la presente cobertura adicional.

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

ASEGURADO TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Es la persona física que por sí misma y de forma independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no, y que se encuentra registrado como tal ante la Caja Costarricense de Seguro Social. Se entiende que es la persona que no tiene relación laboral con un Patrono, y ejecuta sus actividades profesionales o su oficio de forma independiente. Para efectos de la presente Póliza, la situación de Asegurado Trabajador Independiente y Asegurado Asalariado son excluyentes entre sí.

BENEFICIO MENSUAL: Es el beneficio económico mensual a que tiene derecho el Tomador o Beneficiario en caso de la materialización de un siniestro amparable, cuyo importe y número máximo cuotas consecutivas del crédito asegurado depende de la opción seleccionada en el Certificado de Seguro o en la Solicitud/Certificado de Seguro. Este beneficio equivale en esta Póliza a la cuota del crédito que le corresponde al Asegurado pagar por mes al Tomador del seguro, producto de la operación crediticia que los vincula. La cuota del crédito atribuible a este beneficio se calculará con base al monto total otorgado del crédito.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO: Condición del Asegurado Asalariado que no recibe remuneración alguna, producto de que fue despedido con responsabilidad patronal. En caso de ser un Empleado Copropietario de la empresa para la cual labora, además de cumplir la condición anterior, la empresa debe estar en proceso de liquidación por la interposición de un proceso judicial por parte de algún tercero que no tenga el carácter de socio o accionista de la empresa.

DESPIDO COLECTIVO O MASIVO: Se refiere al supuesto en que el Patrono, por causas económicas, técnicas, organizativas o productivas, unilateralmente decide dar por terminado los contratos laborales de al menos diez (10) Empleados en empresas que tengan una planilla inferior a cien (100) Empleados, o el diez por ciento (10%) de Empleados de empresas que cuenten con una planilla de entre cien (100) y trescientos (300) Empleados, o treinta (30) Empleados en empresas que cuenten con una planilla de más de trescientos (300) Empleados.

ENFERMEDAD: Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Es el estado en que se encuentra una persona como consecuencia de haber sufrido una lesión o una enfermedad, que le impide, de forma total y absoluta, generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, y la cual implica una disminución en al menos un sesenta y siete por ciento (67%) en su capacidad orgánica o funcional para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y permanente de esta póliza no guarda relación alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: La situación física reversible y constatada médicamente, a través de la cual se le otorga una licencia médica al Asegurado Trabajador Independiente por un período mínimo de al menos treinta (30) días calendario de duración.

PATRONO: Persona física o jurídica debidamente inscrita ante la CCSS como tal, que legalmente puede contratar en Costa Rica a personas físicas bajo una relación laboral debidamente documentada.

PERIODO DE CARENCIA: Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

PERIODO DE ESPERA: Es el período de tiempo a partir del momento en que el Asegurado entra en una situación de Desempleo Involuntario y durante el cual el Asegurado debe continuar pagando al Tomador las cuotas mensuales del crédito otorgado. Durante este período, la Aseguradora no estará obligada a realizar pago alguno al Tomador o

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

Beneficiario. Una vez transcurrido el Período de Espera, así como verificado el cumplimiento de las condiciones establecidas en esta Póliza, la Compañía procederá a realizar los pagos que correspondan al amparo de la presente cobertura.

III. SUMA ASEGURADA

Corresponde al Beneficio Mensual que cubrirá la Compañía, cuyo importe y número máximo de cuotas consecutivas del crédito asegurado se detalla en el Certificado de Seguro o en la Solicitud/Certificado de Seguro. **Se excluye de la suma asegurada los intereses moratorios si los hubiere, las comisiones, o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar o por pagar.**

IV. ADMISION

La admisión a esta cobertura queda supeditada a las políticas que mantenga el Tomador sobre el otorgamiento de créditos. Asimismo, de conformidad con las políticas de suscripción de la Compañía, será necesario que se realicen aquellas pruebas médicas que razonablemente sean requeridas.

V. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de "DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE", en los siguientes casos no aplicará cobertura alguna:

1. **<u>Amparo – Desempleo Involuntario</u>**

   a) **Si el Asegurado Asalariado queda Desempleado como resultado de terremoto, inundación, fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares y similares.**
   b) **La condición de Desempleo Involuntario no supera el Periodo de Espera de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de desempleo o de la finalización del período de preaviso.**
   c) **Es empleado por tiempo definido y la condición de Desempleado Involuntario se da como consecuencia del cumplimiento del período por el cual se estableció la relación laboral.**
   d) **Sea despedido sin responsabilidad patronal.**
   e) **Quede Incapacitado Total y Permanentemente.**
   f) **En caso de ser Empleado Permanente, no ha estado continuamente empleado con el mismo patrono, por al menos seis (6) meses previos al primer período de desempleo amparable bajo este contrato.**
   g) **En caso de ser Empleado Bajo Contrato, el plazo de su contrato sea menor a seis (6) meses de laborar con el mismo patrono.**
   h) **Está Empleado Bajo Contrato y queda Desempleado, como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo de plazo fijo.**
   i) **Tiene un trabajo temporal o estacional cuya duración sea inferior a seis (6) meses.**
   j) **Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncie, se jubile por vejez en condiciones normales o se jubile por vejez en forma anticipada y voluntariamente.**
   k) **Es despedido por su patrono como resultado de su mala conducta o rompimiento del contrato de trabajo. Si el Asegurado Asalariado apelase ante los Tribunales de Trabajo y el veredicto fuera a su favor, el reclamo sí será aceptado.**

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

l) Los casos de suspensión temporal del contrato de trabajo realizado conforme a los procedimientos previstos en el Código de Trabajo.
m) Es Despedido mientras el Asegurado Asalariado se encuentre laborando fuera del territorio costarricense por más de noventa (90) días naturales. Esta exclusión no aplicará si la causa por la cual el Asegurado Asalariado deja el territorio costarricense es:
- **Por trabajar en una embajada o consulado costarricense.**
- **Si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.**

n) El Empleado Permanente que no figure como asalariado en los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social y/o no ha sido incluido dentro de póliza obligatoria de riesgos del trabajo.
o) El Empleado Copropietario que no figure como asalariado en los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social y/o no ha sido incluido dentro de póliza obligatoria de riesgos del trabajo.
p) El Empleado Bajo Contrato no figure como asalariado en los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social y/o no ha sido incluido dentro de póliza obligatoria de riesgos del trabajo.
q) No supera el Periodo de Carencia de un (1) mes calendario.
r) Cualquier Condición Preexistente.

2. <u>Amparo – Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente</u>

No se cubrirán accidentes del Asegurado Trabajador Independiente que surjan como consecuencia directa o indirecta de:

POR ENFERMEDAD: No se cubrirán enfermedades que sean:

a) De origen nervioso, tales como Encefalitis, Meningitis, Neuritis, Enfermedades congénitas de origen nervioso, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Altzeimer, Parkinson, Síndrome Tourette, Esclerosis múltiple, Esclerosis lateral amiotrófica, Accidente Vascular Cerebral, Trauma Craneoencefélico
b) Producidas con motivos de embarazos, parto, aborto, y toda condición relativa al proceso de gestación.
c) Las originadas por problemas a la columna vertebral, tales como Discopatía Degenerativa, Hernia de Disco, Protrusiones de Disco, Espondilolistesis, Espondilolisis, Espondiloartrosis.

POR ACCIDENTES: No se cubrirán accidentes que surjan a consecuencia de:

a) Por suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado Trabajador Independiente.
b) Por riñas y cualquier otro acto delictuoso en que el Asegurado Trabajador Independiente participe con dolo o culpa grave o por provocación.
c) Mientras el Asegurado Trabajador Independiente se encuentre en estado de sonambulismo, o con ocasión de ataques cardiacos, epilépticos o sincopes.
d) Mientras el Asegurado Trabajador Independiente se encuentra participando en competencias en cualquier clase de vehículo.
e) Por actos de personas que tomen partes en paros, huelgas, 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

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

la realización de tales actos tomadas por las autoridades. Por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: terremoto, inundación o erupción volcánica que se produzcan en el territorio nacional.

f) Por cualquier enfermedad corporal o mental, o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente cubierto.
g) Manejar cualquier clase de vehículo automotor, mientras se encuentre bajo los efectos de bebidas alcohólicas o drogas.
h) Embarazo, alumbramiento o aborto.
i) Tomar parte de actividades de montañismo o alpinismo en el cual se usen sogas o guías, exploración de cuevas verticales, paracaidismo, volar colgado de un planeador, deportes de invierno, deportes extremos, deportes profesionales o de carrera.
j) Enfermedades, infección bacteriana o virulenta, aunque se haya contraído accidentalmente, incluyendo la infección bacteriana que sea resultado directo de una cortada o herida accidental o intoxicación alimentaria accidental.
k) Absorción o ingestión de venenos o gases tóxicos.
l) Por insolación.
m) Por demencia.
n) Las lesiones que se susciten o le ocurran al Asegurado Trabajador Independiente o le sean ocasionados con objeto o arma cortante, cortopunzante, armas de fuego, artefactos explosivos o incendiarios u otro tipo de arma, independientemente de la forma en la que ocurra.
o) Sufre la Incapacidad Total Temporal durante el Periodo de Carencia.
p) Ninguna dolencia médica ni física que no sea consecuencia directa de un accidente ni que corresponda a un accidente que haya ocurrido antes de la fecha de inicio de la cobertura.
q) Los síntomas médicos normales y previsibles asociados al embarazo y al parto.
r) Resultantes, directa o indirectamente, de dolores de espalda y dolencias relacionadas, a no ser que existan pruebas radiológicas o patológicas de anormalidad médica que provoque la incapacidad.
s) Resultantes de lesiones auto-infligidas intencionadamente o la ingestión de alcohol o drogas (excepto medicamentos tomados según las instrucciones de un médico colegiado y que no sean para el tratamiento de una adicción a las drogas), el estrés, la depresión o cualquier desorden o disfunción de tipo mental o nervioso.
t) Operaciones o tratamientos médicos que no sean necesarios desde el punto de vista médico y que no sean consecuencia de un accidente.
u) Accidentes ocurridos fuera Costa Rica.
v) Recargos debidos a demoras en pagos relacionados con su obligación crediticia.
w) En caso de que la incapacidad surja como consecuencia de conflictos bélicos, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, altercados o desorden público, o atentados terroristas de cualquier tipo.
x) En caso de que la incapacidad surja como consecuencia de radiación ionizante o contaminación radiactiva por combustible nuclear o por desechos nucleares de combustibles nucleares.
y) Cualquier Condición Preexistente.

VI. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación de esta cobertura cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

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

a. **La póliza de Seguro Colectivo de Vida Saldo Deudor se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum, debiendo la Compañía comunicar la decisión de acuerdo con la cláusula de "NOTIFICACIONES" de las Condiciones Generales.**
b. **Por la cancelación de la deuda.**
c. **Para el riesgo de Desempleo Involuntario, cuando el Asegurado Asalariado se acoja a su pensión por vejez.**
d. **Cuando se hayan pagado el número máximo de cuotas consecutivas de la Deuda que consten en la Solicitud/Certificado.**
e. **En el caso de que un Asegurado fallezca por cualquier causa contemplada en la cobertura básica de "MUERTE POR CUALQUIER CAUSA", o sufra un Accidente o Enfermedad amparable bajo la cobertura adicional "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE", la presente cobertura finalizará de manera automática y se aplicará la cobertura de "MUERTE POR CUALQUIER CAUSA" o "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE", sujeto a que dichas coberturas hayan sido oportunamente contratadas y el evento se encuentre dentro del ámbito de cobertura de las mismas.**
f. **Cuando termine el Desempleo Involuntario de un Asegurado Asalariado. En caso de que el Asegurado Asalariado omita notificar la finalización de su condición de desempleado y, consecuentemente, siga beneficiándose de la cobertura del seguro de manera improcedente, la Compañía suspenderá de manera inmediata el pago de la indemnización y solicitará el reintegro de lo pagado indebidamente. El Asegurado Asalariado deberá realizar la devolución del dinero dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía efectuó la solicitud de reembolso correspondiente.**

VII. RECLAMACIONES .

Para la cobertura de "DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE", se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Amparo – Desempleo Involuntario

Al recibo de pruebas satisfactorias de que un Asegurado Asalariado ha quedado desempleado de forma involuntaria, una vez acreditado el cumplimiento del Periodo de Carencia y el Periodo de Espera, la Compañía pagará al Contratante la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura. Requisitos por presentar:

a. El Asegurado Asalariado debe dar aviso escrito del reclamo al Tomador, dentro de los siguientes treinta (30) días naturales de haber quedado Desempleado.
b. El Tomador facilitará al Asegurado Asalariado un formulario suplido por la Compañía, el cual deberá ser completado y devuelto al Tomador, con toda la información solicitada en él, tan pronto tenga en su poder los requisitos señalados en el punto siguiente.
c. El Asegurado Asalariado debe aportar adicionalmente a la presentación del aviso de siniestro los siguientes documentos:
    i. Constancia del ex Patrono acreditando el despido de la empresa. Esta constancia debe contener: Nombre del exempleado, número de identificación, periodo laborado para la empresa, puesto desempeñado, tipo de contrato laboral que mantenía el extrabajador (permanente, copropietario, bajo contrato) y causal de despido.
    Para el caso del Empleado Bajo Contrato, si el contrato terminó de manera anticipada por causas ajenas al Asegurado, la constancia que le emita el ex Patrono deberá indicar claramente que el contrato finalizó en esa manera.

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

ii. Constancia emitida por la CCSS, donde indique que el Asegurado Asalariado ha estado cotizando para ese régimen durante los últimos seis (6) meses previos a su despido, que estaba activamente trabajando para un mismo patrono y que haya estado empleado continuamente, al menos por un período de seis (6) meses antes del inicio de este contrato.

d. Para el pago del beneficio mensual pactado, una vez cumplido el Periodo de Espera, el Asegurado Asalariado debe continuar presentando cada mes al Tomador la constancia de la CCSS actualizada a la fecha de corte que corresponda para comprobar la condición de desempleo de cada mes amparable por este seguro por medio del pago del beneficio mensual. Este requisito debe cumplirse hasta que el Asegurado reanude su condición de empleo o hasta que se completen la cantidad de cuotas pactadas para recibir el beneficio mensual (lo que ocurra primero).
e. En caso de que el Asegurado Asalariado no cumpla con lo indicado en este acápite, la Compañía podrá suspender el pago del beneficio mensual. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de realizar las investigaciones que considere pertinentes, las cuales permitan comprobar fehaciente que la condición de Desempleo Involuntario del Asegurado Asalariado se mantiene.
f. La Compañía se reserva el derecho de pedir cualquier otra documentación para el análisis.
g. El Asegurado Asalariado deberá notificar a la Compañía, de manera inmediata y por escrito, cuando termine el Desempleo Involuntario que generó el pago del beneficio mensual pactado.

2. Amparo – Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente

a. El Asegurado Trabajador Independiente deberá entregar una descripción detallada por escrito de la Enfermedad diagnosticada o el Accidente sufrido.
b. Deberá suministrar los informes Médicos relacionados con el origen y desarrollo de su Incapacidad Total Temporal, incluyendo fecha de diagnóstico
c. Deberá presentar el Informe médico original de la primera asistencia médica recibida para atender las lesiones sufridas por la Enfermedad o el Accidente.
d. Deberá presentar la orden médica por convalecencia, así como el comprobante de incapacidad emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social, que justifique el reposo y la incapacidad temporal para desempeñar sus labores ordinarias o profesión.
e. En caso de accidente de tránsito, copia del parte oficial del suceso.
f. En caso de existir reclamación judicial, copia completa de dichas diligencias.
g. Deberá disponer de una Incapacidad Total Temporal superior a 30 días naturales para poder tener derecho a la indemnización.

Todos los certificados médicos deberán ser emitidos por un médico especialista en la causa del siniestro y que se encuentre incorporado en el Colegio de Médicos. Durante la reclamación del Asegurado, la Compañía podrá solicitar exámenes médicos más detallados. En tal caso la Compañía abonará los costes de dichos exámenes.

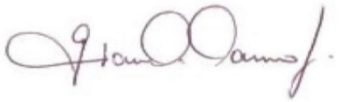
Si un Asegurado Trabajador Independiente sufre una Incapacidad Total Temporal y en el transcurso de los siguientes tres (3) meses contados desde la fecha de finalización de dicha Incapacidad, vuelve a sufrir otra Incapacidad Total Temporal o una reincidencia de la anterior, la Compañía considerará como parte del evento original la nueva ocurrencia para todos los efectos contractuales. Los eventos que ocurran después de finalizado dicho lapso se tendrán, para efectos contractuales, como eventos independientes.

Si el Asegurado Trabajador Independiente no informa la finalización de su condición de Incapacidad Total Temporal y continúa beneficiando del pago mensual de la Cobertura al Tomador del seguro, la Compañía queda facultada a rebajar las cuotas giradas durante el período en que el Asegurado estaba de alta, de los pagos que deban realizarse por concepto de la nueva incapacidad temporal. No obstante, si por el tiempo que dure la nueva Incapacidad Total Temporal no fuera posible rebajar los pagos efectuados de más en el reclamo anterior, el Tomador deberán realizar la devolución respectiva a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al cobro.

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

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Addendum y extiende la cobertura de Empleo Involuntario en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 P14-40-A05-199 de fecha 10 de setiembre del 2010 con fecha de actualización 29 de agosto del 2025.

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