

SEGURO PREVISIVA
CONDICIONES GENERALES

INDICE

1.	COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	1
2.	DEFINICIONES	2
3.	BASES DEL CONTRATO	2
4.	ÁMBITO DE COBERTURA	3
5.	EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS	3
6.	BENEFICIARIOS.....	4
7.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES	5
8.	OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	5
9.	LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	6
10.	PRIMA O TARIFA DE SEGURO	6
11.	PAGO DE LA PRIMA.....	6
12.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	7
13.	PERÍODO DE GRACIA	7
14.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	7
15.	PLAZO DE RESOLUCIÓN	8
16.	VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA	8
17.	TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.....	9
18.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADA.....	9
19.	CONDICIONES VARIAS	10
20.	CONTROVERSIAS.....	12
21.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	12

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (la “Compañía”), se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a las prestaciones se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurada con todos dichos términos y condiciones de la Póliza.



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

2. DEFINICIONES

Los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones

1. **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo de la Asegurada ocasionándole una o más lesiones.
2. **ASEGURADA:** Persona física amparada por los beneficios de la Póliza, que forma parte del grupo asegurable del Tomador y es el titular del interés objeto del seguro, se adhiere a la Póliza y es a favor de quien se emite el Certificado Individual de Cobertura.
3. **BENEFICIARIO:** Persona designada por la Asegurada a quien se le reconoce el derecho de percibir la totalidad o una porción de la indemnización derivada en esta Póliza.
4. **CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social.
5. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, embarazo, condición física o mental de la Asegurada, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la Póliza, que es conocida por la Asegurada, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por la Asegurada o por terceros.
6. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por la Asegurada que afecta el funcionamiento normal del organismo y ha sido diagnosticada por un médico, causada independientemente de hechos accidentales.
7. **INCAPACIDAD TOTAL Y/O PERMANENTE:** Pérdida de la capacidad orgánica o funcional de la Asegurada en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), por causa de accidente o enfermedad, lo que le impida de manera permanente a desempeñar su profesión, actividad u oficio habitual. Debe ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental. Se considera también como tal, la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable de la Asegurada.
8. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en Costa Rica. El médico en ningún caso podrá ser la Asegurada, su cónyuge o algún pariente de la Asegurada en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
9. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde la Asegurada participa al Tomador un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de las coberturas otorgadas.
10. **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Tomador paga la totalidad de la prima por las coberturas otorgadas a todas las Aseguradas.
11. **SINIESTRO:** Ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad de la Asegurada que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
12. **TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos a la Compañía. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la Asegurada. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del seguro colectivo. El deber de informar a las aseguradas, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

3. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro del Tomador, la Solicitud de Inclusión/ Certificado Individual de Cobertura, las Condiciones Generales y Particulares. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

4.1. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE

En caso de que la Asegurada fallezca por cualquier causa no excluida, la Compañía pagará a los beneficiarios correspondientes, la suma asegurada según el plan contratado y descrito en el Certificado Individual de Cobertura.

4.2. COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE PAGADA EN RENTAS

Adicional a la indemnización efectuada bajo la cobertura básica, la Compañía pagará a los beneficiarios correspondientes, la cantidad de rentas mensuales según el plan contratado y descrito en el Certificado Individual de Cobertura.

4.3. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y/O PERMANENTE

La Compañía pagará a la Asegurada la suma asegurada, según el plan contratado e indicado en el Certificado Individual de Cobertura, cuando dentro de la vigencia de la Póliza le sea diagnosticada a la Asegurada una enfermedad o sufra un accidente que le genere una Incapacidad Total y Permanente. Dicha incapacidad deberá ser diagnosticada por un médico especialista utilizando los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.

La obligación de indemnización de la Compañía será efectiva si al transcurrir tres (3) meses del diagnóstico, la Asegurada continúa incapacitada total y permanentemente. Para que el pago proceda, la Asegurada deberá continuar incapacitada en la fecha en que se haga efectivo el pago, para lo cual deberá brindar a la Compañía la información que así lo acredite.

5. EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS

5.1. EXCLUSIONES

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

- 1. Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte de la Asegurada o beneficiario.**
- 2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente la Asegurada, debiendo mediar la correspondiente resolución judicial en el caso de los actos delictivos mencionados.**
- 3. Lesiones que se produzcan por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la Asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**
- 4. Participación en riñas o peleas.**
- 5. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales, con excepción del coronavirus Covid-19 (SARSCOV2), esto último aplicable para la Cobertura Básica de Muerte y Cobertura Adicional de Muerte Pagada en Rentas.**
- 6. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- 7. Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.**

Exclusión específica de la Cobertura Básica de Muerte y Cobertura Adicional de Muerte Pagada en Rentas:

- 1. Fallecimiento por suicidio, SIDA, neoplasma maligno o por condiciones preexistentes, siempre que ocurra durante los dos (2) años posteriores a la fecha de contratación de la Póliza. De igual forma, si fallece por las causas antes mencionadas durante los dos (2) años posteriores a un aumento de suma asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto a dicho incremento.**

Exclusiones específicas de la Cobertura Adicional de Incapacidad Total y/o Permanente:

1. **Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres (cuando se conduzcan con fines distintos a su uso como transporte cotidiano y/o laboral) o acuáticas, actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.**
2. **Deportes practicados en forma profesional; así como, la participación en los siguientes deportes, independientemente de que se practiquen en torneos o no: paracaidismo, alpinismo, motociclismo, automovilismo, buceo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro y tauromaquia.**
3. **Por lesiones causadas por arma cortante, cortopunzante o de fuego.**
4. **Incapacidad de origen nervioso o psicológico, ataque de epilepsia o como consecuencia de éste.**
5. **Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo de un embarazo.**
6. **Lesiones producidas en virtud de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.**
7. **Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.**

5.2. SUMA ASEGURADA

Las sumas aseguradas que amparará la Compañía para cada cobertura se encuentran detalladas en el Certificado Individual de Cobertura de acuerdo con el plan contratado.

5.3. PERÍODO DE COBERTURA

El presente seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante la vigencia del aseguramiento individual, aun si el reclamo se presenta después de vencida dicha vigencia, es decir, opera a base de ocurrencia.

5.4. TERRITORIALIDAD

Las coberturas del presente seguro garantizan a la Asegurada protección en todo momento y lugar.

5.5. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurada, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de suma asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

6. BENEFICIARIOS

La Asegurada designará a uno o más beneficiarios para la Cobertura Básica de Muerte y la Cobertura Adicional de Muerte Pagada en Rentas. Tal designación se hará al momento de contratar la Póliza y estos quedarán descritos en el Certificado Individual de Cobertura.

Para la Cobertura Adicional de Incapacidad Total y/o Permanente el único beneficiario será la Asegurada, a menos que no esté en las condiciones físicas o mentales para poder recibir la indemnización, para tal caso la indemnización será realizada a sus beneficiarios.

Cuando no se designe beneficiarios, o la designación se torne ineficaz o el seguro se quede sin beneficiarios por cualquier causa, se considerarán beneficiarios a los herederos establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

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

7. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador y Asegurada, tendrán las siguientes obligaciones descritas a continuación, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza o el aseguramiento individual en caso de que el Tomador o la Asegurada incumpla con alguna obligación.

7.1 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

- a. Pagar la prima correspondiente por la totalidad de Aseguradas que conforman el grupo asegurado dentro de los plazos establecidos.
- b. Cumplir con la entrega de información para el registro de aseguradas, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes.
- c. Colaborar con la Compañía para facilitar la comunicación con las Aseguradas y llevar a cabo las gestiones necesarias durante el procedimiento en caso de siniestro.
- d. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ella conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo y para la presentación de siniestros.
- e. Cuando exista un intermediario de seguros, el Tomador tiene la obligación de informar a las Aseguradas sobre su participación. Si se trata de una sociedad corredora de seguros, debe especificar si proporciona asesoramiento con honorarios que serán asumidos por el Tomador, y proporcionar una descripción detallada de sus obligaciones y responsabilidades.
- f. En caso de que la inclusión de la Asegurada en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador deberá especificar de manera clara y precisa si la contratación de la Póliza es obligatoria u opcional para los miembros del grupo asegurable.
- g. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan a la Asegurada.

Si el Tomador incumple alguna de las funciones descritas y esto causa un daño a la Asegurada, estará obligado a resarcir los daños y perjuicios ocasionados. La Compañía podrá asumir inicialmente la indemnización por la pérdida a la Asegurada; en ese caso, el Tomador deberá reembolsar a la Compañía el monto indemnizado.

7.2 OBLIGACIONES DE LA ASEGURADA

- a. Pagar al Tomador el aporte económico correspondiente para el pago de la prima cuando se tome la Póliza bajo la modalidad contributiva.
- b. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo y en la presentación de siniestros.
- c. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

8. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en la que incurra el Tomador o la Asegurada en la declaración del riesgo se regirá conforme el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una Póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las primas no devengadas. Si el pago de la prima es mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

9. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario "Conozca a su Cliente" el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso de que el Tomador incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador o a la Asegurada, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del seguro.

10. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La prima o tarifa de seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en el Certificado Individual de Cobertura y para su determinación inicial o al momento de cada prórroga, serán calculadas según el grupo etario al cual pertenezca la Asegurada al momento de adherirse a la Póliza, verificándola con la fecha de nacimiento indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La Compañía podrá ajustar el valor de la prima cuando la Asegurada supere cada grupo etario como se muestra a continuación:

Grupo Etario	Ajuste que se aplica sobre la prima del grupo etario anterior
De 31 a 45 años de edad.	Hasta un 140% dependiendo del plan Contratado
De 46 a 55 años de edad.	Hasta un 150% dependiendo del plan Contratado
De 56 a 64 años de edad.	Hasta un 170% dependiendo del plan Contratado
De 65 a 74 años de edad.	Hasta un 190% dependiendo del plan Contratado
De 75 años de edad a mas	Hasta un 400% dependiendo del plan Contratado

No se trata de un recargo en la prima sino tarifas niveladas por cada uno de los grupos etarios.

En la fecha de vencimiento de la vigencia del aseguramiento individual o de la Póliza, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito a Tomador y/o Asegurada con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la vigencia. Una vez que la Asegurada y Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, podrá solicitar la rectificación o terminación del aseguramiento individual o de la Póliza, lo que corresponda, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso de que no solicite la rectificación o terminación, se considerará que la Asegurada y/o Tomador ha aceptado la modificación de la tarifa del seguro.

11. PAGO DE LA PRIMA

Si la modalidad del pago de la prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como contributiva, el Tomador y la Asegurada acordarán la proporción de la prima que será asumida por el Tomador y la proporción del aporte económico que la Asegurada deberá realizar al Tomador para el pago de la prima a la Compañía; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Si la modalidad del pago se establece como no contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la prima. Todo pago a realizarse por el Tomador deberá efectuarse en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Compañía para tal fin.

Si la Póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, la Asegurada podrá realizar el pago del aporte económico por concepto de la prima mediante pagos realizados con la periodicidad que se establezca en el Certificado Individual de Cobertura, por adelantado, con cargo automático al medio de pago acordado.

12. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda la devolución de primas, la Compañía llevará a cabo el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza:

- **Contributiva:** La devolución de primas bajo esta modalidad las realizará la Compañía al Tomador, quien reintegrará a la Asegurada las proporciones de sus aportes económicos para el pago de la prima.
- **No Contributiva:** La devolución de primas bajo esta modalidad las realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

13. PERÍODO DE GRACIA

La Compañía otorga un período de gracia de sesenta (60) días naturales para el pago de la prima contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima según la periodicidad de pago pactada entre las partes en la Solicitud de Seguro del Tomador y el Certificado Individual de Cobertura. La fecha de vencimiento del pago de la primera prima se determina en el momento en que la Compañía acepta el riesgo de manera expresa y escrito.

Si durante el período de gracia ocurre un evento que es objeto de esta cobertura, la Compañía cubrirá los siniestros que ocurran en este plazo.

14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de la ocurrencia de un evento el Tomador, Asegurada o sus beneficiarios deben comunicar a la Compañía por cualquier medio la ocurrencia de este, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. Como principales medios para dar aviso de siniestro deberá comunicarse al correo electrónico: servicio@assanet.com. o a través de la línea telefónica **(+506) 2503-2705**.

El Tomador, Asegurada o los beneficiarios, están en la obligación de trasladar toda la información del reclamo a la Compañía para su debido proceso. La Compañía está obligada a procesar el reclamo, siempre y cuando el evento acontezca durante la vigencia del aseguramiento individual y la Asegurada esté incluida en el registro de las aseguradas.

Una vez dado el aviso de siniestro descrito anteriormente, la Asegurada o sus beneficiarios, según corresponda, tienen un plazo de treinta (30) días calendario para formalizar el reclamo, proporcionando a la Compañía cuantos detalles estén a su alcance con respecto a la causa del siniestro.

Requisitos por presentar bajo la Cobertura Básica de Muerte y la Cobertura Adicional de Muerte Pagada en Rentas:

- a. Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- b. Original y copia del Certificado de Defunción de la Asegurada. En caso de que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente.
- c. Copia del documento de identidad de la Asegurada. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- d. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente.
- e. Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre, en caso de que aplique.

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

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

En adición, en ausencia de cualquier documento o información relativa al siniestro la Asegurada podrá aportar cualquier documento o información que sea reconocida en derecho como válida para determinar la ocurrencia del siniestro y comprobar sus características cualitativas y cuantitativas.

Además de estos requisitos, cuando la particularidad del evento lo amerite, la Compañía podrá solicitar información o documentación adicional, explicando razonablemente dicho requerimiento.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de la Compañía de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida liberará a esta de su obligación de indemnizar.

15. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la cláusula Procedimiento en Caso de Siniestro. Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contando a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

16. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

La Póliza tiene una vigencia de un (1) año contado a partir de la fecha de contratación indicada en la Solicitud de Seguro. La vigencia de cada aseguramiento individual será de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia consignada en el en el Certificado Individual de Cobertura.

La Póliza y el aseguramiento individual son prorrogables anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Tomador o Asegurada, quien corresponda, exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que este no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluidos en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial.

El Tomador podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un adendum, de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del

rechazo de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del período de gracia antes indicado.

En caso de que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador le comunicará a las Aseguradas con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha en que entra en vigencia tal modificación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todas las Aseguradas sean notificadas al medio expresado en el Certificado Individual de Cobertura.

Una vez inicie la vigencia de la Póliza, toda modificación deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador.

17. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
- b. Por falta de pago de la prima total o parcial, según lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- c. Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cuando el Tomador solicite la terminación anticipada de la Póliza, tanto el Tomador como la Compañía deberán notificar a la Asegurada por el medio de contacto designado por la Asegurada en el Certificado Individual de Cobertura, con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de anticipación a la fecha de dicha terminación.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de terminación anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurada, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la terminación anticipada de la Póliza.

18. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADA

La Compañía se obliga a notificar a la Asegurada, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto terminar su aseguramiento individual, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas para cada Asegurada terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a. Cancelación de la tarjeta de crédito o débito de la Asegurada o el medio de pago especificado.
- b. Cese la condición que la hace ser parte del grupo asegurable.
- c. Fallecimiento de la Asegurada.
- d. Por falta de pago de la prima total o parcial, según lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- e. El Tomador solicite la baja de la Asegurada.
- f. Por solicitud de la Asegurada.
- g. La Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

19. CONDICIONES VARIAS

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo, con coberturas básicas y adicionales, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción. El seguro colectivo operará bajo modalidad contributiva o no contributiva según se indique en el Certificado Individual de Cobertura.

B. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Aseguradas, todas aquellas mujeres mayores de 18 años que residen en Costa Rica y que sean parte del grupo asegurable del Tomador de la Póliza.

C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DE SEGURO DEL TOMADOR

La Solicitud de Seguro del Tomador que cumpla con todos los requerimientos de la Compañía deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Compañía no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro del Tomador se entenderá aceptada a favor de la solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Compañía deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si el Tomador no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso de que el Tomador ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

D. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de esta Póliza serán expresados en la moneda que se indique en el Certificado Individual de Cobertura, dólares de los Estados Unidos de América o colones costarricenses. En caso de que algún pago se realice en una moneda distinta a la contratada, se realizará al de cambio de venta 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 fijando por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

E. COMISIÓN DEL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Por la gestión y administración de la Póliza, la Compañía podrá reconocer una comisión al Tomador o al Intermediario de Seguro que constará en el Certificado Individual de Cobertura, para conocimiento de la Asegurada. Cuando corresponda, esta comisión incluirá todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de la Póliza, aún los los costos indirectos en los casos donde los miembros del grupo asegurable decidan optar por otro seguro.

F. INCLUSIÓN DE ASEGURADAS

Toda persona que pertenezca al grupo asegurable y desee formar parte del grupo de Aseguradas deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de Solicitud de Inclusión como Asegurada.

G. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

La Compañía emitirá un Certificado Individual de Cobertura que el Tomador entregará a la Asegurada como constancia de adhesión al seguro, indicando la fecha de inicio de vigencia del aseguramiento individual y la suma asegurada para cada cobertura.

H. REGISTRO DE ASEGURADAS

Conforme a la información suministrada por el Tomador, la Compañía llevará un registro de Aseguradas que trasladará al Tomador cinco días antes del último día del mes para su revisión, en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, coberturas, sumas aseguradas, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurada, así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

El Tomador será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el reporte de aseguradas con la siguiente información:

- a. La lista de los nuevos ingresos al grupo de Aseguradas, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como aseguradas, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación de la Asegurada, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada.
- b. La lista de las Aseguradas para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo de Aseguradas y por ende la terminación de la cobertura para dichas Aseguradas.

I. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL

La Compañía y el Tomador informarán a la Asegurada las modificaciones que correspondan con un plazo de treinta (30) días naturales previos a la fecha de efectividad de la modificación.

Adicionalmente, la Compañía y el Tomador informarán a la Asegurada la terminación de la Póliza o el aseguramiento individual con un plazo de cuarenta y cinco (45) días naturales previos a la fecha de efectividad de la terminación.

En ambos casos, la notificación se efectuará por el medio que la Asegurada exprese en el Certificado Individual de Cobertura.

J. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada a la Compañía tanto por el tomador como por la Asegurada será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte de la Asegurada en lo que refiere a su información personal, o ante requerimiento de la autoridad competente.

K. TRASPASO O CESIÓN

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que, de sus derechos sobre el seguro, haga la Asegurada o Tomador.

L. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

M. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta Póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

N. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de un Certificado Individual de Cobertura, según el caso, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del interesado. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

O. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

20. CONTROVERSIAS

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, de conformidad con la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N. 7727 del 09 de setiembre de 1997. En caso de optar por un arbitraje, las partes conforme a las reglas estipuladas en la citada Ley escogerán o designarán al Tribunal Arbitral, pudiendo recurrir a cualquier centro dedicado a la administración de este tipo de procedimiento que elegirán de común acuerdo.

21. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador en la Solicitud de Seguro y cada Asegurada en la Solicitud de Inclusión, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares y el Certificado Individual de Cobertura según sea el caso. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a correo electrónico. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio, estas deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza por medio de Adendum.

En caso de que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las Aseguradas o los miembros del grupo asegurable podrán realizar consultas y recibir asesoría sobre las condiciones de esta Póliza, al número de teléfono(+506) 2503-2700 en la opción 1 y/o al correo electrónico: servicio@assanet.com que están detallados en la Solicitud de Inclusión/Certificado Individual de Cobertura, o bien al sitio web www.assanet.cr/ donde podrá obtener la información necesaria.

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 8653 bajo el(los) registro (s) número P14-26-A05-1057 de fecha 05 de octubre del 2022 con fecha de actualización 08 de enero del 2025.