

SEGURO RESPALDO SEGURO**CONDICIONES GENERALES****INDICE**

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

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 Asegurado con todos dichos términos y condiciones de la póliza.



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

2. DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones.
2. **ASEGURADO:** Persona que contrata la presente póliza y se encuentra cubierta y debidamente registrada en el Certificado Individual de Cobertura.
3. **BENEFICIARIO:** Persona designada por el Asegurado 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 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.
6. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales.
7. **FACTOR DE MULTIPLICACIÓN:** Número por el cual se multiplicará el valor del saldo en la cuenta bancaria del Asegurado para obtener la suma asegurada al momento del siniestro, dentro de los límites mínimos y máximos establecidos en el Certificado Individual de Cobertura.
8. **GRUPO ASEGURABLE:** Grupo constituido por personas físicas residentes de Costa Rica, mayores de dieciocho (18) años y que posean una cuenta bancaria activa con el Tomador.
9. **INCAPACIDAD TOTAL Y/O PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), por causa de un accidente, 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 irreparable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irreparable del Asegurado.
10. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en Costa Rica. El médico en ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
11. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Asegurado participa al Tomador un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de las coberturas otorgadas.
12. **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Tomador paga la totalidad de la prima por las coberturas otorgadas a todos los Asegurados.
13. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia a través de su red de proveedores.
14. **SERVICIOS DE ASISTENCIA:** Agrupamiento de servicios técnicos y/o profesionales brindados por la Prestadora de Servicios, cuyo objetivo es respaldar al Asegurado ante eventos amparados en las presentes condiciones. Para poder gozar de estos servicios, el Asegurado deberá requerirlos y la Prestadora de Servicios deberá autorizarlos según corresponda, siempre y cuando se brinde la información y documentación solicitada y no se incumplan con aspectos de naturaleza legal.
15. **SINIESTRO:** Ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente póliza, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
16. **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 el Asegurado. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del seguro colectivo. El deber de

informar a los Asegurados, 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, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares y el Certificado Individual de Cobertura. 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.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si el Asegurado 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 Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

La solicitud de seguro 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 se entenderá aceptada a favor de la solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Compañía deberá indicar a la solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

A. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los beneficiarios la suma igual al saldo de la cuenta bancaria a la que esté ligado este producto, multiplicado por el “factor de multiplicación” indicado en el Certificado Individual de Cobertura, cuando dentro de la vigencia de la póliza el Asegurado sufra un accidente que le genere la muerte.

B. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y/O PERMANENTE POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al Asegurado la suma igual al saldo de la cuenta bancaria a la que esté ligado este producto, multiplicado por el “factor de multiplicación” indicado en el Certificado Individual de Cobertura, cuando dentro de la vigencia de la póliza el Asegurado sufra un accidente cubierto que le genere una Incapacidad Total y/o 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, el Asegurado continúa incapacitado total y permanentemente. Para que el pago proceda, el Asegurado deberá continuar incapacitado en la fecha en que se haga efectivo el pago, para lo cual deberá brindar a la Compañía la información que así lo acredite.

Limitantes de las coberturas:

- 1. Las anteriores coberturas estarán limitadas a las sumas aseguradas mínima y máxima establecidas expresamente en el Certificado Individual de Cobertura, en caso de que ocurra un siniestro la obligación de la Compañía será indemnizar al Asegurado el valor que resulte de multiplicar el saldo de la cuenta bancaria, al momento del siniestro, por el “factor de**

multiplicación” detallado en el Certificado Individual de Cobertura, dicho valor resultante deberá encontrarse dentro de los rangos indicados como sumas aseguradas mínima y máxima.

2. En caso de que el valor que resulte de multiplicar el saldo de la cuenta bancaria, al momento del siniestro, por el “factor de multiplicación” sea inferior a la suma asegurada mínima, el valor a indemnizar será igual al valor de la suma asegurada mínima, aun cuando el saldo de la cuenta bancaria sea cero (0) pero la misma se encuentre activa y la póliza se encuentre vigente.
3. En caso de que el valor que resulte de multiplicar el saldo de la cuenta bancaria, al momento del siniestro, por el “factor de multiplicación” sea superior a la suma asegurada máxima, el valor a indemnizar será igual al valor de la suma asegurada máxima.
4. El saldo de la cuenta bancaria que se utilizará como referencia, debe ser certificado por el contador público autorizado por el Tomador de la póliza con el saldo contable al momento del fallecimiento o la incapacidad del Asegurado.

C. SERVICIOS DE ASISTENCIA

El Asegurado podrá contar con los siguientes servicios de asistencia:

- I. **Teledoctor y orientación médica telefónica:** Se pondrá en contacto al Asegurado con un médico general a través de la aplicación tecnológica llamada “Teledoctor Paciente”; o bien, vía telefónica, para que este le brinde orientación médica en la utilización de medicamentos, sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas y farmacéuticas en general e interpretación de exámenes de laboratorio. Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo que el médico no diagnosticará o prescribirá.
- II. **Servicios de coordinación:** A consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente que afecte al Asegurado, la Prestadora de Servicios le brindará los siguientes servicios médicos:
 - a. **Servicios de visita de médico general a domicilio y traslado terrestre en ambulancia:** La Prestadora de Servicios le brindará y coordinará al Asegurado la visita de un médico general a su domicilio para que se le realice una evaluación clínica. En caso de emergencia se le brindará y coordinará su traslado terrestre en ambulancia hasta el centro hospitalario más cercano a la emergencia.

Límites:

Visita de médico general a domicilio: Dos (2) visitas en el año póliza, siempre y cuando no se traten de visitas de seguimiento por un mismo evento, y sujeto a un límite máximo de cobertura de cuarenta dólares americanos (USD \$40.00) por visita.

Traslado terrestre en ambulancia: Dos (2) traslados en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de ochenta dólares americanos (USD \$80.00) por traslado. En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con ambulancia de la Cruz Roja.

- III. **Servicio de referencias:** La Prestadora de Servicios le brindará información referencial vía telefónica al Asegurado, sobre:

- Profesionales en medicina o especialistas.
- Citas en clínicas.
- Hospitales.
- Laboratorios.
- Centros de diagnóstico.

- Clínicas dentales.

Toda coordinación y gastos incurridos por la prestación de servicios será responsabilidad del Asegurado.

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 del Asegurado o beneficiario.
2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado, 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 el Asegurado, que no hayan sido por prescripción médica.
4. Participación en riñas o peleas.
5. Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.
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.
8. 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.
9. 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.
10. Por lesiones causadas por arma cortante, cortopunzante o de fuego.

Exclusión específica de la Cobertura Básica de Muerte Accidental:

1. Envenenamientos e infecciones, con excepción de los que resulten de una lesión accidental.
2. Homicidio doloso.
3. Cuando la persona asegurada fallezca por causa o como consecuencia de un tratamiento médico o una cirugía que haya sido requerida como consecuencia de un accidente no cubierto por la póliza.
4. Cuando la persona asegurada no fallezca por el accidente cubierto, sino por causa o como consecuencia de un tratamiento médico o una cirugía practicada como resultado del accidente.

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

1. Incapacidad de origen nervioso o psicológico, ataque de epilepsia o como consecuencia de éste.

- 2. Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo de un embarazo.**
- 3. Lesiones producidas en virtud de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.**

Exclusiones aplicables al Servicio de Asistencia:

- 1. Cualquier enfermedad mental, crónica, preexistente, medicamentos o procedimientos médicos diferentes a los descritos, estarán excluidos de los servicios de asistencia.**
- 2. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.**
- 3. Bajo el servicio de traslado terrestre en ambulancia, quedan excluidos los traslados interhospitalarios, del hospital hacia el domicilio del Asegurado y del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorio, clínicas u otros.**

5.2. SUMA ASEGURADA

Las sumas aseguradas mínimas y máximas que se amparará la Compañía por cobertura se encuentran detalladas en el Certificado Individual de Cobertura.

5.3. PERIODO DE COBERTURA

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

5.4. TERRITORIALIDAD

Las coberturas del presente seguro garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar, durante la vigencia del seguro.

5.5. LIMITANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

- a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la Prestadora de Servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del Asegurado.
- b. Los servicios de Teledocor y orientación telefónica serán brindados sin límite de eventos en el año póliza.
- c. Los servicios de coordinación deberán ser previamente autorizado en una orientación médica telefónica o Teledocor.
- d. El Asegurado deberá remitir al personal de la Prestadora de Servicios todos los documentos o respaldos que se le soliciten y se ameriten para la coordinación de los servicios de asistencia.
- e. Cualquier costo debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por el Asegurado con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.
- f. En caso de que el Asegurado se vea en la necesidad de cancelar una visita en el Servicio de Asistencia, deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
- g. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna ante las decisiones o acciones que el Asegurado pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.
- h. La Prestadora de Servicios estará exenta de cualquier responsabilidad en caso de que el Asegurado manifieste su voluntad expresa de no requerir o no querer recibir el servicio recomendado por la Prestadora de Servicios; así como de cualquier acción que el Asegurado lleve a cabo derivado de la no aceptación del servicio recomendado.

6. BENEFICIARIOS

El Asegurado designará a uno o más beneficiarios para la Cobertura Básica de Muerte Accidental. Tal designación se hará al momento de contratar la póliza y estos quedarán descritos en el Certificado Individual de Cobertura.

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.

Para la Cobertura Adicional de Incapacidad Total y/o Permanente por Accidente el único beneficiario será el Asegurado, en caso de que el Asegurado debido a tal incapacidad no se encuentre en condiciones físicas o mentales para tramitar el reclamo y la eventual indemnización, podrá nombrar a un apoderado especial administrativo con el fin de que realice esas gestiones. En virtud de ello, en la solicitud de inclusión / certificado de seguro se podrá completar y firmar el correspondiente poder especial.

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 Asegurado, tendrán las siguientes obligaciones:

OBLIGACIONES DEL TOMADOR

- a. Pagar la prima correspondiente por la totalidad de Asegurados dentro de los plazos establecidos.
- b. Cumplir con la entrega de información para el Registro de Asegurados.
- c. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo.
- d. Cualquier otra obligación establecida en la presente póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan a el Asegurado.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a. Pagar al Tomador del seguro 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.
- 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 el Asegurado, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia o valoración del siniestro. 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, tal y como se indica en la cláusula de pago de la prima. 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 del seguro 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 del seguro o a el Asegurado, 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 las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Cobertura de la misma y para su determinación inicial o al momento de cada prórroga, serán calculadas según el grupo etario al cual pertenezca y no por el saldo en la cuenta bancaria del Asegurado, el grupo etario del Asegurado será verificado con la fecha de nacimiento indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La compañía podrá ajustar el valor de la prima cuando el Asegurado supere cada grupo etario como se muestra a continuación:

Grupo Etario	Ajuste que se aplica sobre la prima del grupo etario anterior
De 65 a 74 años de edad.	Hasta un 700%
De 75 años a más.	Hasta un 100%

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

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la póliza, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la póliza 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 de la póliza, se considerará que el 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 será el encargado de cancelar la prima correspondiente a los Asegurados incluidos en la póliza colectiva, sin embargo, el Tomador y el Asegurado acordarán el aporte económico que cada Asegurado ha de pagar; 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.

Sin perjuicio de la modalidad de pago de la prima, la responsabilidad del pago total de la prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador de la póliza. Este pago deberá hacerse, según la forma y periodicidad de pago acordada por la Compañía y el Tomador, la cual se hará constar en el Certificado Individual de Cobertura de la póliza y mediante una de la forma de pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Tomador en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe en nombre y por cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha póliza, sujeto a que se cumpla la condición

Página 8 de 15

que adelante se indica, o bien por transferencia electrónica de dineros directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Compañía para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la prima efectuado por el Tomador a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Compañía, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Compañía salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador el recibo de prima de la Compañía; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Compañía y el inicio de la vigencia de la póliza, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

Si la póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, el Asegurado podrá realizar el pago de la prima correspondiente mediante pagos realizados con la misma temporalidad acordada entre el Tomador y la Compañía, por adelantado, con cargo automático al medio de pago acordado.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la emisión de la póliza o del Certificado Individual de Cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que hayan pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Tomador solicita la cancelación del seguro dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Tomador.

12. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda la devolución de primas, la Compañía seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente póliza:

- Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador, quien reintegrará al Asegurado las proporciones de sus aportes económicos para el pago de la prima.
- No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la póliza.

Toda devolución de primas deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días hábiles después de la fecha en que procede dicha devolución.

13. PERIODO DE GRACIA

La Compañía otorga un período de gracia de sesenta (60) días naturales para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago.

14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

En caso de la ocurrencia de un evento el Tomador, Asegurado o sus beneficiarios deben comunicar a la Compañía por cualquier medio la ocurrencia de este, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. El plazo para dar el aviso de siniestro no deberá exceder de siete (7) días hábiles desde la fecha en que ocurrió el siniestro. Como principales medios para dar aviso de siniestro deberá comunicarse al correo electrónico: reclamocr@assanet.com. o a través de la línea telefónica **(+506) 2503-2705**; Al mismo número se podrá comunicar el solicitante en caso de requerir alguno de los servicios de asistencia, o consultar sobre los proveedores de la misma.

El Tomador, Asegurado 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 de la póliza y el Asegurado esté incluido en el registro de los asegurados.

Una vez dado el aviso de siniestro descrito anteriormente, el Asegurado tiene 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 Accidental:

- a. Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- b. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado. 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 del Asegurado. 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.

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

- a. Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- b. Copia del documento de identidad del Asegurado. 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 del Asegurado, 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 el Asegurado, 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 el Asegurado y la Compañía.
- e. Copia certificada del historial clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el accidente que originó la incapacidad.

En adición, en ausencia de cualquier documento o información relativa al siniestro el Asegurado 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 a los Beneficiarios, 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 Reclamación o Siniestro.

En caso que la Compañía acepte el reclamo presentado, la indemnización o prestación del servicio se realizará en un plazo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de aceptación del reclamo.

16. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de contratación. La vigencia de cada aseguramiento individual será de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia consignada en el Certificado Individual de Cobertura.

Esta póliza es prorrogable anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Tomador o Asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que estos no cumplan con los requisitos de asegurabilidad o se encuentren 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 de inmediato a los Asegurados para que estas ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todas los Asegurados sean notificadas por cualquier medio autorizado por ellas.

Una vez inicie la vigencia de la póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares 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 con al menos un mes de anticipación.
- 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.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de terminación anticipada de la póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, 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 ASEGURADO

La Compañía se obliga a notificar a el Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas indicadas en esta póliza terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
- Cese la condición que la hace ser parte del grupo asegurable.
- Cuando el Asegurado no tenga cuenta bancaria activa con el Tomador.
- Fallecimiento del Asegurado.
- El Asegurado no pague al Tomador el aporte económico correspondiente para el pago de la prima de seguro en cuyo caso el Tomador puede excluir al Asegurado de su grupo asegurable notificando dicha decisión a la Compañía. La cobertura para dicha Asegurada se considera vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada.
- El Tomador solicite la baja del Asegurado.
- Por solicitud del Asegurado a través de la renuncia telefónica.
- 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 Asegurados, todas aquellas personas mayores de 18 años que residen en Costa Rica y que sean parte del grupo asegurable del Tomador de la póliza.

C. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.

Todos los valores de esta póliza serán expresados en la moneda que se indique en las Condiciones Particulares y/o 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 fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

D. REGISTRO DE ASEGURADOS.

Conforme a la información suministrada por el Tomador, la Compañía llevará un registro de Asegurados en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, coberturas, sumas aseguradas, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, 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 Asegurados con la siguiente información:

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

E. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

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

F. TRASPASO O CESIÓN.

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

G. PRESCRIPCIÓN.

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

H. 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.

I. 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.

J. 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.

En caso de que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha póliza.

K. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS.

Toda persona que pertenezca al grupo asegurable y desee formar parte del grupo de Asegurados deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de solicitud de inclusión como Asegurado.

Si la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá a el Asegurado en el registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparada a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la prima correspondiente a dicha inclusión dentro del período de gracia antes indicado.

L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA.

La Compañía emitirá un Certificado Individual de Cobertura que el Tomador entregará al Asegurado como constancia de ingreso al seguro, indicando la fecha de inicio y la suma asegurada para cada cobertura.

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 Asegurado 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 fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos 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 comunicaciones del Tomador o Asegurada a la Compañía que se refieran a esta póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas y/o sucursales.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso

d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653 bajo el (los) registro (s) número P19-57-A05-1072 de fecha 15 de marzo de 2023.