

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES CON GASTOS FUNERARIOS PARA OCUPANTES CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	6
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	6
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	6
ÁMBITO DE COBERTURA.....	6
SECCIÓN I: RIEGOS CUBIERTOS	6
3. COBERTURAS BÁSICAS	6
6.1. MUERTE ACCIDENTAL	6
6.2. GASTOS FUNERARIOS.....	6
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	7
4. SUMAS ASEGURADAS	7
5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	8
6. LÍMITE SOBRE EVENTOS OCURRIDOS A CAUSA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO:	8
SECCIÓN III: EXCLUSIONES.....	8
7. EXCLUSIONES GENERALES	8
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA.....	9
8. PERIODO DE COBERTURA.....	9
9. PERIODO DE CARENCIA Y DE ESPERA	9
10. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.....	9
11. MODIFICACIONES AL RIESGO	9
12. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	9
13. LIMITACIÓN TERRITORIAL Y TEMPORAL.....	10
SECCIÓN V: DEDUCIBLES.....	10
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	10
14. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	10
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES.....	11
15. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	11
16. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO	11
17. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)	11
18. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)	12
19. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)	12
20. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO	12
21. NULIDAD DE LA PÓLIZA.....	13
22. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA	13

23. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE COBERTURA	13
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	13
24. PAGO DE LA PRIMA.....	13
25. FORMA DE PAGO.....	14
26. PERIODO DE GRACIA.....	14
FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA.....	15
28. TARIFAS.....	15
RECARGOS Y DESCUENTOS	15
29. RECARGOS Y DESCUENTOS	15
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	15
30. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	15
31. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO	16
32. PAGO DE RECLAMACIONES	17
33. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS	17
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	17
34. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	17
35. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA	18
36. VIGENCIA DEL SEGURO	18
37. DERECHO DE PRÓRROGA	18
38. TERMINACIÓN DEL SEGURO	18
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL).....	18
39. SEGURO COLECTIVO.....	18
40. ELEGIBILIDAD	19
41. EDAD.....	19
42. MODIFICACIONES A LA PÓLIZA	19
43. REHABILITACIÓN.....	19
44. SUBROGACIÓN.....	19
45. MONEDA.....	20
46. PROTECCIÓN DE DATOS.....	20
47. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO.....	20
48. LEGISLACIÓN APLICABLE	20
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	20
49. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	20
COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	21
50. NOTIFICACIONES	21



COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la “Compañía”), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el Asegurado nombrado en las Condiciones Particulares (denominado en adelante el “Contratante”, “Tomador” y/o el “Asegurado” en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) del(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Asegurado”) a la Compañía.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

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

DEFINICIONES

Para todos los efectos, los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **Accidente:** Es la acción repentina de un agente externo, súbita, inesperada, involuntaria 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 y la cual ha sido la causa directa de la muerte del Asegurado. Incluye dentro de este concepto: a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, por inmersión en el agua u obstrucción y la electrocución; b) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado; c) Picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos; d) La rabia, el carbunco o tétano de origen traumático; e) La acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el Asegurado, como consecuencia del mismo.
2. **Accidente de Tránsito:** Acción repentina, súbita, inesperada, efectuada de manera culposa por los conductores de vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías públicas terrestres según lo establecido en el artículo 1 de la Ley 9078, y en el que se produzcan la muerte o lesiones de personas y/o daños a la propiedad.
3. **Asegurado:** Es la persona física elegible, que cumple con las condiciones de asegurabilidad establecidas en este Seguro y que está expuesta a los riesgos objeto del mismo. Reside en el territorio nacional. En términos generales, es la persona física expuesta a los riesgos que puedan afectar su vida. Es el titular del Interés Asegurable. Para el caso concreto de este seguro, son Asegurados:
 - 3.1. Cobertura por "**Muerte Accidental**":
 - 3.1.1. La persona física identificada en el Certificado de Seguro como Asegurado Titular
 - 3.2. Cobertura por "**Gastos Funerarios**":
 - 3.2.1. La persona física identificada en el Certificado de Seguro como Asegurado Titular que fallece por cualquier causa accidental, o;
 - 3.2.2. Los ocupantes del vehículo que fallecen por causa del accidente de tránsito mientras el vehículo sea conducido por el Asegurado Titular.
4. **Beneficio:** Es la prestación, indemnización o reembolso a la que el Beneficiario accederá en caso de ocurrencia de alguno de los hechos expresamente cubiertos por el presente Seguro, de acuerdo con las condiciones del Plan.
5. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
6. **Certificado de Seguro o Certificado:** El certificado de seguro es el documento que 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) Vigencia; vii) Monto de la prima, forma de pago y plan de pago; viii) Límite de responsabilidad; ix) Otros aspectos especiales.
7. **Condiciones Generales:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recogen los principios básicos que regulan este contrato de seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe la Compañía. Incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes contratantes e incorporan las condiciones especiales. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
8. **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.
9. **Conducto de Pago:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Asegurado por su cuenta y riesgo podrá 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 Asegurado no le exime de su responsabilidad de que el (los) pago(s) llegue al domicilio de la Compañía.

10. **Consentimiento:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Tomador y la Compañía, determinado en el Contrato de Seguro.
11. **Cremación:** Comprende el servicio de incineración del cuerpo de la persona fallecida en la localidad de residencia habitual del Asegurado, en un sitio específicamente autorizado por la autoridad sanitaria local para tal fin. Adicionalmente, incluye el suministro de una Urna Cineraria, la que será entregada a los familiares de Asegurado una vez termine el proceso.
12. **Día de Pago:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
13. **Elegibilidad:** Son las condiciones para que una persona física o jurídica sean elegibles para formar parte del presente seguro, mismas que se definen de común acuerdo con el Tomador a través de las Condiciones Particulares, respetando los principios de equidad y no discriminación.
14. **Entidad Aseguradora:** Denominado también Compañía 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.
15. **Grupo Asegurable:** Es el grupo natural de Asegurados sobre el que se hace la emisión de un seguro colectivo, quienes tienen una vinculación jurídica con el Tomador a través de una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.
16. **Grupo Asegurado:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
17. **Hora Contractual:** Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia de la póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
18. **Homicidio:** Significa la muerte del Asegurado causada por hechos de otra persona. Se entiende como homicidio doloso o intencional, el causado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado, o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos y actúa a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, tal como establecen los artículos 31, 111 y 112 del Código Penal de Costa Rica. El homicidio culposo o involuntario es el causado por hechos accidentales, fortuitos o involuntarios del causante, o como consecuencia del proceder negligente o culposo, de acuerdo a lo expresado en el artículo 117 del Código Penal de Costa Rica.
19. **Interés Asegurable:** Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
20. **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.
21. **Límite de Responsabilidad:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en concepto de una cobertura particular según se muestra en las Condiciones Particulares.
22. **Médico:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. Para todos los efectos, no será considerado como Médico: i) el Asegurado; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.
23. **Modalidad Contributiva:** Se denomina así el seguro 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.
24. **Modalidad No-Contributiva:** Se denomina así el seguro donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
25. **Período de Cobertura:** Se entiende que la cobertura es a "base de ocurrencia" porque 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.
26. **Plan:** Alternativa elegida por el Asegurado en el Certificado de Seguro donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por esta Póliza.
27. **Póliza de Seguro o Póliza:** Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro. Descrito en adelante como el "Seguro".
28. **Prima:** Es el Precio que deberá pagar el Contratante o Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra el riesgo contratado mediante el presente contrato.
29. **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.
30. **Siniestro:** La 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 la prestación prevista en el contrato.



31. **Solicitud de Seguro:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
32. **Suma Asegurada:** Es el monto máximo a cargo de la Compañía establecido por cada Sinistro y para cada cobertura incluida en la lista de Coberturas Básicas y Adicionales, de acuerdo al Plan contratado por el Asegurado.
33. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o Jurídica que suscribe el Seguro con la Compañía. Este lo contratará únicamente por cuenta de terceras personas. Es al Contratante a quien le corresponde la obligación de pagar las Primas estipuladas en ella.
34. **Uso Comercial:** Vehículos automotores para el transporte de personas y/o bienes a título oneroso, mercancías u otras cosas en conexión directa con el negocio del Asegurado e incluye el uso ocasional para fines personales o particulares para el Asegurado.
35. **Uso Particular:** Vehículos automotores para transporte de un número limitado de pasajeros por placer y sin cobrar, incluyen camionetas (station wagon) y automóviles de tipo "jeep" pero excluyen Taxis y otros vehículos de Uso Comercial o para el servicio público.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Solicitud de Seguro del Asegurado, Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador, y Addenda.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y las Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro del Asegurado y Solicitud de Seguro del Tomador.

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. En los casos en que se adhieran nuevas Condiciones Particulares o Addenda a esta póliza, prevalecerán las estipulaciones de las nuevas Condiciones Particulares o Addenda sobre lo demás.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIEGOS CUBIERTOS

3. COBERTURAS BÁSICAS

6.1. MUERTE ACCIDENTAL

Al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento de un Asegurado Titular, producido como consecuencia inmediata de un Accidente por cualquier causa en los términos definidos en la póliza, la Compañía pagará a quien sea Beneficiario, la Suma Asegurada convenida siempre que dicho fallecimiento haya sucedido **dentro de los ciento ochenta (180) días naturales a la fecha de ocurrencia del Accidente y siempre que sea consecuencia inmediata de las Lesiones provocadas por el mismo.**

El Beneficiario establecido en el Certificado de Seguro recibirá como Beneficio la Suma Asegurada en un sólo pago al momento de la liquidación del reclamo correspondiente.

6.2. GASTOS FUNERARIOS

La Compañía se compromete ante el fallecimiento del Asegurado Titular, como consecuencia inmediata de un Accidente en los términos definidos en la Póliza, a coordinar con los familiares de éste, los Servicios Funerarios acordados dentro del territorio de la República de Costa Rica a través de la Red de Proveedores



ASSA Compañía de Seguros, S.A. - Seguro Colectivo de Accidentes Personales con Gastos Funerarios para Ocupantes Condiciones Generales

de Servicios Funerarios autorizados por la Compañía. Lo anterior dentro de los límites de responsabilidad establecidos en la póliza.

En adición a lo anterior, se deberá considerar la siguiente delimitación especial del riesgo en esta cobertura:

1. Cuando se trate de un Accidente de Tránsito en el que el Asegurado Titular y/o los ocupantes fallezcan, la Compañía coordinará con los familiares de las personas fallecidas que viajaban en dicho vehículo, los Servicios Funerarios acordados dentro del territorio de la República de Costa Rica a través de la Red de Proveedores de Servicios Funerarios autorizados por la Compañía, dentro de los límites de responsabilidad establecidos en la póliza.

Los bienes y servicios cubiertos son:

- Asesoría legal para los trámites ante las autoridades competentes, para la inhumación o cremación.
- Traslados terrestres a nivel nacional.
- Cofre de madera de corte lineal estándar.
- Servicio de tanatopraxia (arreglo, vestimenta, maquillaje).
- Decoración de iglesia o sala de velación con 3 (tres) arreglos florales.
- Espacio en arriendo por 5 (cinco) años en cementerios disponibles a nivel nacional donde exista dicha modalidad y según disponibilidad o servicio de cremación.
- Utilización de las salas de velación a nivel nacional en caso de ser requerido, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de **"MUERTE ACCIDENTAL"** y los montos serán adicionales a la Suma Asegurada de la cobertura de **"MUERTE ACCIDENTAL"**, de acuerdo con las siguientes limitaciones:

- Hasta tres mil dólares (US\$ 3.000,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por fallecimiento de los ocupantes del vehículo conducido por el asegurado, de acuerdo con la capacidad autorizada del vehículo, con un máximo de siete (7) ocupantes incluyendo el conductor. Para esta cobertura, la suma asegurada se hará efectiva mediante la prestación de los Servicios Funerarios señalados anteriormente.
- La cobertura aplica para el Asegurado Titular ante cualquier evento accidental y, exclusivamente para las personas que, por causa de un accidente de tránsito, fallezcan mientras viajen como ocupantes en el vehículo conducido por el Asegurado Titular.

A elección de la Compañía y en caso de que no se pudiera prestar los Servicios Funerarios indicados en esta cobertura por falta de Proveedores de Servicios Funerarios en el lugar que se solicite o debido a cualquier otra causa que imposibilite la prestación de los Servicios Funerarios indicados, la Compañía procederá a la indemnización por reembolso del monto asegurado indicado en el Certificado de Seguro y en las Condiciones Generales de esta Póliza.

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

4. SUMAS ASEGURADAS

La Suma Asegurada para la cobertura de **MUERTE ACCIDENTAL** será la señalada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro. En caso de **GASTOS FUNERARIOS**, la Suma Asegurada será de tres mil dólares (US\$ 3.000,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por ocupante fallecido de acuerdo con la capacidad autorizada del vehículo, con un máximo de 7 ocupantes incluyendo el conductor. Para la cobertura de **GASTOS FUNERARIOS**, la suma asegurada se hará efectiva mediante la prestación de los Servicios Funerarios señalados anteriormente. Sólo en caso que no se puedan prestar los Servicios Funerarios con el proveedor específico, previamente informado por ASSA, la Compañía procederá a reembolsar la suma asegurada en efectivo contra el uso de Servicios Funerarios de algún otro proveedor de servicios.

5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Tanto la cobertura de **MUERTE ACCIDENTAL** como la de **GASTOS FUNERARIOS**, ya sea de forma individual o conjunta, serán aplicables a un (1) único evento anual.

6. LÍMITE SOBRE EVENTOS OCURRIDOS A CAUSA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO:

- La cobertura de **GASTOS FUNERARIOS** aplica en Motocicletas de Uso Particular con un máximo de dos (2) ocupantes y en Vehículos de Uso Particular con un máximo de siete (7) ocupantes.
- En caso de motocicletas, será Ocupante quien esté situado justo detrás del conductor según lo establece las leyes de tránsito y las especificaciones de dicha motocicleta.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

7. EXCLUSIONES GENERALES

Se encuentran excluidas de todas las coberturas que otorga la presente **PÓLIZA**, los hechos que sean consecuencia de:

- 7.1. Cualquier fallecimiento que no sea causado directamente por accidentes u otros hechos cubiertos por la presente póliza, tales como, pero no únicamente, el Homicidio doloso.
- 7.2. Suicidio.
- 7.3. Fallecimiento por enfermedad.
- 7.4. Cualquier fallecimiento causado como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo o de los Beneficiarios de esta póliza.
- 7.5. Efectos de la energía nuclear en cualquier forma.
- 7.6. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, inundaciones, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y otros.
- 7.7. Accidentes ocasionados como consecuencia de que el Asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.
- 7.8. Accidentes durante la participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.
- 7.9. Accidentes durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en líneas aéreas comerciales autorizadas con itinerario fijo, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.
- 7.10. Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes.
- 7.11. Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del Asegurado.
- 7.12. Accidentes causados mientras se presta cualquier servicio irregular de transporte remunerado de personas, en las distintas modalidades existentes.
- 7.13. Accidentes causados mientras se conducen motocicletas o vehículos que no sean catalogados de Uso Particular.
- 7.14. Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
- 7.15. La muerte accidental en vuelos en avión privado.
- 7.16. Cualquier gasto médico derivado del accidente.



SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA

8. PERIODO DE COBERTURA

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

9. PERIODO DE CARENCIA Y DE ESPERA

Para esta Póliza no habrá periodo de carencia o periodo de espera.

10. 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 detalla en la cláusula **"NULIDAD DE LA PÓLIZA"**.

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 periodo 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 periodo de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

11. MODIFICACIONES AL RIESGO

Si los riesgos asegurados en esta póliza cambiaran o variaran, la Compañía podrá modificar las condiciones de este 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.

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 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 "TERMINACIÓN DEL SEGURO". 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.

12. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Las coberturas del Seguro finalizarán automáticamente cuando se presente alguna de las siguientes condiciones y en las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:

- 12.1. La muerte del Asegurado Titular.



- 12.2. Al final de la vigencia del Certificado.
- 12.3. Al final del plazo de vigencia de la Póliza.
- 12.4. Cuando la condición especial acordada con el Tomador para configurar y formar parte del Grupo Asegurable, condición que estará establecida en las Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro, haya desaparecido.

13. LIMITACIÓN TERRITORIAL Y TEMPORAL

Para el Asegurado Titular, la cobertura de **MUERTE ACCIDENTAL** operará las veinticuatro (24) horas del día, todos los días del año, dentro y fuera de la República de Costa Rica y garantiza al Asegurado protección contra accidentes en todo momento y lugar, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un accidente, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en esta póliza.

En todos los casos, la cobertura de **GASTOS FUNERARIOS** aplicará únicamente para accidentes que ocurran dentro de la República de Costa Rica.

Solamente estarán cubiertos los Asegurados que residan permanentemente en la República de Costa Rica.

SECCIÓN V: DEDUCIBLES

A las coberturas establecidas en la presente póliza, no se aplicarán deducibles.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

14. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado Titular persona física, designa libremente a su(s) Beneficiario(s) de la cobertura de “**MUERTE ACCIDENTAL**” y “**GASTOS FUNERARIOS**” al momento de suscribir la Póliza y podrá modificarlos en cualquier momento, siempre que el seguro se encuentre vigente, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el Asegurado dirigido a la Compañía.

Si se designa más de un Beneficiario y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), los Beneficiarios tendrán una participación igual. Si cualquier Beneficiario designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado Beneficiario terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos Beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en la designación de Beneficiarios. Cualquier cantidad para la que no haya Beneficiario designado al fallecimiento del Asegurado, será pagada de conformidad con el proceso sucesorio respectivo. 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.

Advertencia:

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiario(s), durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiarios al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

15. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

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

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

Asimismo, la Compañía se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al Asegurado, consagrados dentro de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°956), Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (Acuerdo SUGESE 06 – 13), Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros (Acuerdo SGS-DES-A-031-2014) y demás normativa aplicable.

16. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

El Tomador y/o Asegurado están obligados a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o Asegurados, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato.** La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud intencional producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

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

El Tomador y/o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula "**PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO**". **Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.**

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

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

17. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)



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 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.

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

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

19. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)

Cuando exista pluralidad de seguros, de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato, el Asegurado deberá advertirlo la Compañía en la Solicitud de Seguro del Asegurado.

Suscrito el contrato, el Asegurado tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la Suma Asegurada.

20. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

El Asegurado o su(s) beneficiario(s) perderán el derecho a cualquier BENEFICIO en los siguientes casos:

- a) Inobservancia a las condiciones de la Póliza.**
- b) Al ser constatado o comprobado que el Asegurado o sus Beneficiarios o representantes de éstos actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la contratación de la Póliza o para obtener o mejorar el monto de los Beneficios.**



- c) Si se demuestra que el Asegurado o sus beneficiarios o representantes de éstos con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía disimulan o declaran inexactamente hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones al momento de brindar información acerca del Siniestro.
- d) Cuando con igual propósito al anterior no den el aviso de Siniestro dentro del plazo estipulado en esta póliza o no le remitan a tiempo la documentación y toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
- e) Por el incumplimiento o no ejecución por parte del Asegurado de aquellos actos establecidos en esta Póliza con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación a no ser que se pruebe que dicho incumplimiento no ha tenido influencia alguna en la producción del siniestro o en la agravación de sus resultados.
- f) Si al momento del accidente de tránsito el vehículo excede la capacidad autorizada.

21. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Este Seguro será absolutamente nulo en cualquier momento durante la vigencia del mismo, si se determina que se han declarado de manera falsa, inexacta, parcial o reticente hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, al momento de suministrar información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere mutuo engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas por el Tomador, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

22. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA

Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la obligación de indemnizar que tiene la Compañía se extinguirá si demuestra que el Asegurado o los Beneficiarios declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin perjuicio de que la conducta del Asegurado o del reclamante configure el delito de simulación. En este caso, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

23. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE COBERTURA

El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de otra cobertura de este u otro contrato expedido por la Compañía de este mismo tipo de seguro para que la Compañía se abstenga de expedir otro contrato similar. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro, se considerará a esta persona asegurada solamente bajo la Póliza que le proporcione el mayor beneficio, y será devuelta a los beneficiarios la prima correspondiente a las otras Pólizas expedidas al Asegurado dentro de los siguientes quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la Compañía tenga conocimiento del vicio.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

24. PAGO DE LA PRIMA

El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza y según el Plan Contratado por el Asegurado en la Solicitud de Seguro del Asegurado.

Bajo la modalidad contributiva, cuando la póliza haya sido contratada con una vigencia mensual, en caso que la cobertura del seguro sea cancelada por el Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la inclusión en el Seguro y siempre que no exista reclamación sobre la misma, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho



ASSA Compañía de Seguros, S.A. - Seguro Colectivo de Accidentes Personales con Gastos Funerarios para Ocupantes Condiciones Generales

período, por tratarse de una vigencia de corto plazo (mensual) cuyas primas son mensuales, estas 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. En las pólizas con vigencias superiores a un (1) mes, la devolución de las primas no devengadas se efectuará según lo establece la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

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.

Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación de su cobertura por parte del Asegurado.

25. FORMA DE PAGO

Las primas deberán ser pagadas por el Contratante en el domicilio de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto al domicilio de la Compañía y/o a una persona distinta (intermediario de seguros, representante o recaudador) no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en el domicilio de la Compañía, salvo que en las Condiciones Particulares se haya pactado que el pago de las primas se realizará en el domicilio del Asegurado. Para que la Compañía esté obligada al pago de la indemnización deberá haber percibido la prima única convenida, o las parciales, en un plazo no mayor de noventa (90) días naturales 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 el 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.

26. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de noventa (90) días naturales 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.

27. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

Las primas serán pagaderas con periodicidad anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual, según la vigencia contratada en la póliza que se indique en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

En los casos de vigencia anual, cuando 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 anuales: 0%.
- Pagos semestrales: 4%.
- Pagos cuatrimestrales: 5%.



- Pagos trimestrales: 6%.
- Pagos bimensuales: 7%.
- Pagos mensuales: 8%.

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

28. TARIFAS

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 Renovación de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares. El ajuste en las primas de la póliza obedecerá a la revisión anual que la Compañía efectuará de la siniestralidad de cada grupo asegurado, así como los aspectos contemplados en la cláusula de la "EDAD".

La Compañía sólo tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, con la Renovación 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.

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 (10) 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.

RECARGOS Y DESCUENTOS

29. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo, con excepción de los incluidos en la cláusula de Fraccionamiento de la Prima.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

30. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

30.1. Procedimiento Aplicable a Todas las Coberturas.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o alguno de los ocupantes, los Beneficiarios del Asegurado Titular o los Familiares de los ocupantes, según sea el caso, deberán comunicarse telefónicamente con el **Administrador de la Red de Servicios Funerarios** a los teléfonos **(506) 4052-5354, (506) 4052-5355, (506) 4052-5356** en Costa Rica, o por correo electrónico a la dirección kruiz@memorialinternational.com o mgonzalez@memorialinternational.com.

1. El operador indicará al solicitante del servicio que la llamada telefónica será grabada con el propósito de controlar la calidad del servicio, así como la fecha y hora de la solicitud del mismo.
2. El operador solicitará el número de la Póliza y el número de la cédula de identidad del Asegurado Titular.
3. El operador realizará algunas preguntas básicas y confirmará la procedencia de la reclamación.
4. El operador asignará un número de reclamación y lo informará claramente al solicitante, indicándole la hora exacta de la solicitud del servicio.
5. El operador solicitará un número telefónico o una dirección de correo electrónico para confirmarle este número y la hora exacta de la reclamación.
6. Dentro de las siguientes cinco (5) horas al momento de la llamada realizada por el solicitante, el operador indicará al solicitante el nombre del (os) Proveedor (es) de Servicios Funerarios de la zona donde se encuentra el fallecido, así como las condiciones en que será atendido, los servicios que le serán prestados y el alcance de la Cobertura.



ASSA Compañía de Seguros, S.A. - Seguro Colectivo de Accidentes Personales con Gastos Funerarios para Ocupantes Condiciones Generales

7. Una vez el operador del Administrador de la Red de Servicios Funerarios reciba la aceptación del Reclamante, coordinará la prestación del servicio.
8. El operador del Administrador de la Red de Servicios Funerarios informará al solicitante telefónicamente la forma y hora en que recibirá el servicio.

De conformidad con lo establecido en este Seguro, si por causa de Fuerza Mayor o ajenas a la Compañía, no atiende el servicio bajo la cobertura de **GASTOS FUNERARIOS** dentro de las cinco (5) horas siguientes a la llamada registrada por el Administrador de la Red de Servicios Funerarios, los Beneficiarios del Asegurado Titular u ocupantes, o quien demuestre haber realizado los gastos por los Servicios Funerarios, podrán reclamar a la Compañía el beneficio de este Seguro por reembolso, previa presentación en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario después de ocurrido el Siniestro, de la siguiente documentación:

1. El formulario de reclamación suministrado por la Compañía completo;
2. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado Titular fallecido u ocupantes por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado Titular u ocupantes expedido por el Registro Civil.
4. Carta de solicitud del reembolso indicando claramente el número de reclamación con fecha y hora de solicitud del servicio, nombre y número de identificación del Asegurado Titular u ocupantes fallecidos, fecha y lugar del fallecimiento, número de la Póliza, y relación completa de los documentos aportados.
5. Original de la factura expedida por la empresa prestadora de los Servicios Funerarios, así como los originales de las facturas de los servicios adicionales correspondientes.
6. En caso del Asegurado Titular, si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, se deberá aportar:
 - 6.1 Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció;
 - 6.2 Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).
 - 6.3 Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular o el trámite de apostilla respectivo.

La documentación indicada anteriormente, será requerida para todos los reclamos que se presenten por la cobertura de **MUERTE ACCIDENTAL**.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo los Beneficiarios del Asegurado Titular o familiares de los ocupantes deberán demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento a los Beneficiarios del Asegurado Titular u ocupantes de los gastos emergentes en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

El solicitante de los gastos de servicios funerarios tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen en esta cláusula.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales a los Beneficiarios del Asegurado Titular u ocupantes o a quien demuestre haber realizado los gastos de Servicios Funerarios.

31. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado o al(los) Beneficiario(s), según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.



Revisión: Cualquier Asegurado o Beneficiario(s), según sea el caso, está autorizado para solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

Instancia de atención: En caso de persistir la declinación de la cobertura del seguro, el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, podrá acudir a esta instancia, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la Compañía que declinó el reclamo, con el objeto de ser atendida resuelta su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página web de la Compañía.

32. PAGO DE RECLAMACIONES

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.

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.

33. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, 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 el fallecimiento, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el Beneficiario 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, mientras esté pendiente una reclamación bajo la póliza, de investigar las circunstancias de la muerte, exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, a practicar la autopsia ya sea antes o después del entierro.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

34. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud de Seguro 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 del Asegurado, 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.



35. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

En caso de que el contenido de la póliza difiera de lo indicado en la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud de Seguro del Asegurado o Propuesta de Seguro, prevalecerá lo indicado en la 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 emita la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

36. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato podrá tener una vigencia temporal de un año o menor a un año, según se acuerde con el Tomador y así se establezca en Condiciones Particulares, contada a partir de la fecha de emisión que se expresa en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

37. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza podrá ser prorrogada por los mismos períodos de vigencia establecidos en las Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro y permanecerá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada se encuentre vigente.

Las prórrogas de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que la Compañía convenga a la fecha de prórroga, con una previa solicitud del Contratante y aceptación expresa de la Compañía dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de cada periodo. Deberá cumplirse con el mecanismo de comunicación previsto en estas Condiciones Generales para informar a los Asegurados.

El certificado de prórroga correspondiente, autorizado y expedido por la Compañía, será la prueba de la prórroga para el Contratante.

38. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este contrato podrá ser terminado de forma anticipada por:

- a) Mutuo Acuerdo.
- b) Falta de pago de primas según se estipula en la cláusula de "**PAGO DE LA PRIMA**".
- c) Por el Contratante: Unilateralmente cuando el Contratante decida no mantener el seguro. En cuyo caso deberá dar aviso por escrito a la Compañía según la cláusula de "**NOTIFICACIONES**", con al menos un mes de anticipación.
- d) Por la Compañía: Unilateralmente cuando exista alguna de las siguientes circunstancias:
 - d.1. Por el incumplimiento de las obligaciones del Asegurado que derivan del Contrato de Seguro y del ordenamiento jurídico.
 - d.2. Por cualquier causa debidamente justificada por la Compañía según los casos previstos por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y devolverá la prima no devengada. La Compañía hará el reintegro de las primas no devengadas en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

39. SEGURO COLECTIVO

Este es un Seguro Colectivo que podrá ser contratado en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Tomador con los Asegurados. 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.



40. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para este Seguro aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable. El Tomador debe garantizar que cada una de las personas que figuran en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza, pertenece al Grupo Asegurable

41. EDAD

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados.

Para ser incluido en la presente póliza el Asegurado Titular designado deberá contar con una edad de al menos dieciocho (18) años.

A partir de los sesenta y cuatro (64) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, para ser incluido o mantenerse como Asegurado Titular en la póliza, la Compañía podrá proceder según las siguientes opciones:

1. Aplicación automática de una tarifa especial, previamente negociada entre las partes, a partir de la edad y para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro, de acuerdo con la tabla que se indica a continuación:

Edad	Recargo
65-79 años cumplidos.	35%
80 años cumplidos en adelante.	1237%

2. Realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance esa edad, 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 una tarifa especial o la exclusión del Asegurado de la póliza de seguro.

42. MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Salvo lo establecido en la cláusula de "MODIFICACIONES AL RIESGO", 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.

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.

43. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el periodo de rehabilitación ya que la cobertura terminó automáticamente por falta de pago.

El Contratante asume las 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.

44. SUBROGACIÓN

Antes del pago de la indemnización, el Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de la Compañía, todo lo que esta pueda razonablemente requerir para ejercer cuantos derechos, recursos y acciones que pudiera corresponderle contra terceros.

Como consecuencia del pago de la indemnización, la Compañía de pleno derecho se subrogará automáticamente en los derechos que el Asegurado puede tener así como en sus correspondientes acciones contra los autores responsables del siniestro, pérdida, daño o gasto, por cualquier carácter o título que sea por el solo hecho del pago de la indemnización y hasta el monto de ella. La Compañía no aplicará la subrogación contra el Asegurado, contra las personas que las partes acuerden expresamente, así como a aquellas con



quienes el Asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que actúen con dolo. La Compañía no se valdrá de la subrogación en perjuicio del Asegurado. Esta prohibición se extenderá a las personas que las partes acuerden expresamente en las Condiciones Particulares, así como a aquellas con quienes el Asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo. Si por cualquier circunstancia la Compañía necesitare exhibir algún documento en que el Asegurado hiciera a favor de ella a la subrogación de todos sus derechos y acciones que contra terceros surgieran a consecuencia del siniestro, el Asegurado quedaría obligado a reiterar la subrogación en escritura ante un Notario Público.

Tanto antes como después de cobrar la indemnización, el Asegurado o Beneficiario queda comprometido a presentar las denuncias correspondientes ante los tribunales competentes, con el objeto de que la Compañía pueda ejercer los derechos, recursos y acciones derivados o procedentes de la o subrogación aquí prevista. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto imputable al Asegurado, la Compañía podrá requerirle al Asegurado el reintegro de la suma indemnizada.

45. MONEDA

Este seguro se contrata en dólares estadounidenses. Por lo tanto, los montos indicados en el presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía se efectuarán en la moneda en que se haya pactado y la cual se indica en la Condiciones Particulares de la póliza. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación a los límites o montos indicados en esta póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

No obstante, a elección del deudor de la obligación de pago, cualquier pago podrá efectuarse en colones costarricenses 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.

46. PROTECCIÓN DE DATOS

La información que en virtud de la suscripción del presente contrato de seguro sea obtenida por la Compañía, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La Compañía estará obligada a guardar el deber de confidencialidad de la información frente al Asegurado y solo quedará liberada de este deber mediante convenio escrito, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de diseminación de los datos.

47. PRESCRIPCIÓN 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.

48. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

49. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Cuando exista declinación de un reclamo para hacer efectiva la cobertura del seguro, o bien, una disconformidad por la calidad en el cumplimiento de las obligaciones de la Compañía, el Tomador y/o Asegurado podrán acudir la instancia de atención de quejas y reclamaciones con el objeto de ser atendida y resuelta su queja o reclamación. Dicha instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia operativa respecto del área administrativa de la Compañía que declinó el reclamo o incumplió sus deberes. Las reglas y funciones de esta instancia de atención de quejas y reclamaciones están reveladas en la página web de la Compañía.



Con independencia de la instancia anterior, las partes pueden someterse directamente (sin agotar la instancia anterior) 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 de Seguro.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

50. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía al Contratante y/o Asegurado, deberá ser por escrito y podrá ser entregada personalmente; enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o a la dirección del intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal; desde que sea depositado en las oficinas del correo; o bien, desde que se compruebe la recepción de la comunicación generada a distancia, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse a partir de esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá cumplir con la misma regla establecida anteriormente siempre que sea realizada en las direcciones de contacto establecidas en las Condiciones Particulares, o Solicitud de Seguro del Asegurado.

El Contratante y/o Asegurado Principal, por este medio podrá autorizar a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal, siempre que se respalde fehacientemente dicha autorización.

En fe de lo cual se firma este Seguro en la República de Costa Rica.

Asa Compañía de Seguros, S. A.

Representante Autorizado

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 registro número P19-57-A05-746 de fecha 11 de noviembre del 2017.