

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO COLECTIVO DE SALDOS DEUDORES PLUS – Monto Decreciente CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	12
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	12
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	12
ÁMBITO DE COBERTURA	12
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS.....	12
3. COBERTURA BÁSICA.....	12
4. COBERTURAS ADICIONALES.....	12
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	15
5. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)	15
6. SUMAS ASEGURADAS	15
SECCIÓN III: EXCLUSIONES	15
7. EXCLUSIONES GENERALES	15
8. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS.....	17
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA	21
9. LIMITACIÓN TERRITORIAL.....	21
10. PERIODO DE COBERTURA.....	21
11. PERIODO DE CARENCIA.....	21
12. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.....	22
13. MODIFICACIONES	22
14. DESPIDOS CONSECUTIVOS.....	23
15. EVENTOS RECURRENTES BAJO EL AMPARO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	23
BENEFICIARIOS.....	24
16. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIO ACREDITANTE.....	24
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	24
17. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.....	24
18. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO	25
19. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)	26
20. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO).....	26
21. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL).....	27
22. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES	27
23. NULIDAD DEL CONTRATO	27
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	27
24. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS	28
25. FORMA DE PAGO	28
26. PERIODO DE GRACIA	28

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA	29
27. TARIFAS	29
RECARGOS Y DESCUENTOS	31
28. RECARGOS Y DESCUENTOS	31
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	31
29. RECLAMACIONES	31
30. PAGO DE RECLAMACIONES	33
31. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS	33
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	34
32. VIGENCIA DEL SEGURO	34
33. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	34
34. FECHA EFECTIVA DEL SEGURO DEL DEUDOR	34
35. DERECHO DE PRÓRROGA	35
36. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO	35
37. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	36
CONDICIONES VARIAS	37
38. SEGURO COLECTIVO	37
39. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	37
40. INTERÉS ASEGURABLE	37
41. SUSPENSIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN POR UN TRABAJO TEMPORAL	37
42. COMPROBACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE DESEMPLEO	38
43. PRUEBAS SATISFACTORIAS DE FALLECIMIENTO	38
44. SUICIDIO	39
45. ELEGIBILIDAD	39
46. EDAD	40
47. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD	40
48. REHABILITACIÓN	41
49. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO	41
50. SUBROGACIÓN	41
51. MONEDA	41
52. LEGISLACIÓN APLICABLE	42
53. LIMITACIÓN POR SANCIONES	42
54. COMISIÓN DE COBRO	43
55. COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN	43
56. DERECHO DE RETRACTO	43
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	43
57. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	43
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	43
58. NOTIFICACIONES	43
59. MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA	44

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 Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante el “Contratante” o el “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, Coaseguro, Copagos y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante el “Asegurado”) a la Compañía.

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

- 1. ACCIDENTE:** Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.
- 2. ADDENDUM:** Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, o Addendum previo de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como condición especial de la Compañía para la aceptación del contrato. En plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.
- 3. ASEGURADO:** Es toda persona física, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Compañía y a favor de quien se ha emitido un certificado de cobertura o se ha extendido cobertura de seguros según el método convenido entre la Compañía y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia. En términos generales, es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo. Es titular del interés objeto del seguro, y que, en defecto del Tomador, asume los derechos y obligaciones derivadas del contrato. Para efectos de esta Póliza, se trata de el (los) Deudor(es) del Contratante.
- 4. ASEGURADO ASALARIADO:** Es la persona física que tiene empleo permanente dentro de una relación que pueda calificarse como relación laboral, está reportado por su patrono ante la Caja Costarricense del Seguro Social, y cumple con los requisitos de elegibilidad bajo el Amparo de Desempleo Involuntario dentro de la "COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE"
- 5. BENEFICIO MENSUAL:** Este beneficio aplica para la "COBERTURA DE DESEMPLEO" y consiste en el beneficio económico mensual a que tiene derecho el Asegurado en caso de siniestro amparable, cuyo importe y número de desembolsos depende de la opción seleccionada. Este beneficio equivale en esta Póliza a la cuota del crédito que le corresponde al Asegurado pagar por mes al Tomador del seguro, producto de la operación crediticia que los vincula. La cuota del crédito atribuible a este beneficio se calculará con base al monto total otorgado del crédito.
- 6. BENEFICIARIO:** Es el mismo Contratante de la Póliza. Es la Entidad Financiera que otorgó el crédito a quien la Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza al acaecimiento del Siniestro, sujeto a los términos y condiciones de la misma. En términos generales, es la persona jurídica que tiene un interés lícito de carácter económico en las personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Entidad Aseguradora.
- 7. CANCELACIÓN:** Es la terminación de los efectos de una cobertura prevista en el contrato de seguros ya sea por decisión unilateral o por acuerdo mutuo.
- 8. CLÁUSULAS:** Son las disposiciones establecidas en el contrato de seguros a través de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares.
- 9. COBERTURAS:** Son aquellas protecciones que otorga la Compañía en el contrato de seguro.
- 10. CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos

que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes Contratantes.

- 11. 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.
- 12. CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.
- 13. CONDUCTO DE PAGO:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Contratante por su cuenta y riesgo podrá(n) optar, para su facilidad, a realizar el (los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Contratante no le exime(n) de su responsabilidad de que el (los) pago(s) lleguen al domicilio de la Compañía.
- 14. CONSENTIMIENTO:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Contratante y la Compañía determinado en el contrato de seguro.
- 15. CONTRATANTE / TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el Tomador la figura de Asegurado y Beneficiario del seguro. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Contratante del seguro colectivo; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.
- 16. CONTRATO DE SEGURO:** Es el contrato mediante el cual la Compañía se obliga a aceptar a cambio de una prima, la transferencia de riesgos asegurables y se obliga contractualmente, ante el acaecimiento de un riesgo, a indemnizar al beneficiario de la cobertura por las pérdidas económicas sufridas o a compensar un capital, una renta y otras prestaciones convenidas. El Contrato de Seguros se constituye en la póliza.
- 17. DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que afecten el siniestro; y tiene como finalidad que el Asegurado haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca un siniestro. El Deducible que se haya establecido en las Condiciones Particulares se rebajará de la pérdida indemnizable que corresponda al Asegurado, una vez que se haya aplicado el porcentaje de infraseguro, el salvamento y la participación contractual a cargo suyo, si existiese.
- 18. DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación del Asegurado, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la Compañía. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En caso de que la

reticencia o inexactitud sea atribuible al Asegurado o al Tomador, la Compañía estará obligada a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible al Asegurado respectivamente. La Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

- 19. DESEMPLEADO:** Condición de la persona que no recibe remuneración alguna por sus servicios como Empleado. En caso de ser un Empleado Copropietario de la empresa para la cual labora, además de cumplir la condición anterior, la empresa debe estar en proceso de liquidación por la demanda civil de alguna persona, que no sea a su vez copropietario de la empresa.
- 20. DESPEDIDO:** Es la persona que estando empleado, el patrono da por finalizado unilateralmente un contrato laboral con su Empleado por causas ajenas al control del mismo.
- 21. DEUDA:** Cuando se utilice la expresión “una deuda”, significa la cantidad que debe el Deudor al Contratante en virtud de un crédito, bajo un acuerdo estipulado y se definen los siguientes tipos de créditos: Hipotecarias, Personales y Prendario.
- 22. DEUDA DECRECIENTE:** Tipo de Deuda la cual disminuye gradualmente por medio de pagos periódicos, que pueden ser iguales o diferentes. En las amortizaciones de una Deuda, cada pago o cuota que se entrega sirve para pagar los intereses y reducir el importe de la Deuda.
- 23. DEUDOR:** Cualquier persona física que contraiga deuda con el Contratante en, o después de la fecha efectiva de esta Póliza, en concepto de créditos. En caso de que una misma Deuda sea contraída por varias personas, cada persona se considerará un Deudor por sí mismo por la suma total adeudada al Contratante y estará sujeto a todas las condiciones de esta Póliza. Siempre que se trate de créditos mancomunados, deberá existir interés asegurable entre los Deudores; y en casos de créditos hipotecarios, los Deudores deberán vivir bajo el mismo techo para poder asegurarse mancomunadamente. En la expresión “Deudor” no se considerará incluida cualquier corporación o sociedad mercantil; por lo tanto, ninguna corporación o sociedad mercantil será elegible para seguro bajo esta Póliza. No obstante, la Compañía podrá asegurar al hombre clave de dicha corporación o sociedad mercantil, conforme a los requisitos exigidos a los demás solicitantes.
- 24. DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 25. DISPUTABILIDAD:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios dentro de un plazo determinado.
- 26. EDAD DE JUBILACIÓN:** Sin distinción de que el Asegurado pertenezca o no a dicho régimen, es la edad ordinaria de jubilación, entendiéndose no anticipada, que se establece en el Artículo 5 del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, vigente al momento en que se invoquen derechos u obligaciones referidos a tal concepto.
- 27. ELEGIBLE:** Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula “ELEGIBILIDAD”.
- 28. EMPLEADO:** Es la persona que tiene empleo permanente dentro de una relación que pueda calificarse como Relación Laboral y está reportado por su patrono ante la Caja Costarricense del Seguro Social.

- 29. EMPLEADO BAJO CONTRATO:** Es la persona que está empleada bajo un contrato laboral de plazo fijo por al menos seis (6) meses, el cual está realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.
- 30. EMPLEADO COPROPIETARIO:** Es un empleado que es dueño de más del diez por ciento (10%) de la empresa y al cual le están realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.
- 31. EMPLEADO INDEPENDIENTE:** Persona que ejerce una actividad u oficio en forma independiente y obtiene de dicho ejercicio la totalidad o, a lo menos el importe mayoritario de sus ingresos y al cual se encuentra inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense del Seguro Social.
- 32. EMPLEADO PERMANENTE:** Es cuando el trabajo no tiene una fecha fija de término, o sea es de plazo indefinido, exceptuando para su término la causal de jubilación o la declaratoria de una incapacidad total y permanente por la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 33. EMPLEO TEMPORAL:** Es cuando el contrato de trabajo tiene un plazo de vigencia de al menos seis (6) meses con el mismo patrono.
- 34. ENFERMEDAD:** Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.
- 35. ENTIDAD ASEGURADORA:** Denominado también Asegurador o Compañía Aseguradora es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora. Para efectos de este contrato denominada la Compañía.
- 36. FORTUITOS:** Inesperado que no se prevé.
- 37. 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.
- 38. GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
- 39. HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 40. INCAPACIDAD TEMPORAL:** La situación física reversible constatada médicamente provocada por cualquier accidente o enfermedad, originada independientemente de la voluntad del Asegurado y determinante de la total capacidad del mismo para el mantenimiento transitorio de toda actividad profesional o cotidiana.
- 41. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es el estado en que se encuentra un Asegurado como consecuencia de haber sufrido una lesión o una enfermedad, que le impide, de forma total y absoluta, generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, y la cual implica una disminución en al menos un sesenta y siete por ciento (67%) en su capacidad orgánica o funcional para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y permanente de esta póliza no guarda relación alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.

- 42. INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL:** Se entiende por incapacidad temporal a consecuencia de un Accidente todo evento en el cual al Asegurado se le haya otorgado una licencia médica por un período mínimo de al menos treinta (30) días de duración.
- 43. INTERÉS ASEGURABLE:** Por Interés Asegurable se entiende la relación lícita de valor económico o afectivo sobre una persona. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
- 44. INTERMEDIARIO DE SEGUROS:** Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas. La contratación colectiva de una póliza no exime a los agentes y corredores de seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza.
- 45. LESIÓN CORPORAL:** Es aquel menoscabo, disminución o pérdida ocasionada a la integridad física de un Asegurado, que ocurre dentro de un plazo no mayor de noventa (90) días posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida.
- 46. MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el contrato Colectivo de Vida donde el Asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.
- 47. MODALIDAD NO-CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el Colectivo de Vida donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
- 48. PERIODICIDAD DE PAGO:** Frecuencia en la que el Contratante se compromete a realizar los pagos de la prima (anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual) en el domicilio de la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares
- 49. PERIODO DE CARENCIA:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- 50. PERÍODO DE COBERTURA:** Se entiende que la cobertura puede ser sobre la “base de ocurrencia” o sobre la “base de reclamación”. Sobre la “base de ocurrencia”, el seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes. Sobre la “base de reclamación”, sólo cubrirá los reclamos que presente el Asegurado a la Compañía dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la Vigencia de la Póliza o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes.
- 51. PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de treinta (30) días naturales para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las Condiciones Particulares.
- 52. PÓLIZA:** Es el contrato de seguro, que incluye, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y las Condiciones Particulares, así como todos los Addenda de coberturas complementarias y suplementarias y otros Addenda que se adhieran al mismo. También forma parte de la póliza toda la información recabada por la Compañía con el propósito de que ésta haga una suscripción correcta del riesgo, tales como: la solicitud y las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro hecha por el Contratante; todas las declaraciones del Contratante y de los Asegurados, contenidas en formularios entregados por la Compañía o en documentos suministrados a la Compañía por el Contratante o el Asegurado, incluyendo las declaraciones hechas por los Asegurados a los médicos examinadores de la Compañía y cualquier otra información relevante para la suscripción y

selección del riesgo.

- 53. PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante a la Entidad Aseguradora por la protección solicitada.
- 54. PRIMA NIVELADA:** Prima que permanece invariable durante la vigencia del Riesgo y en relación a la edad del Asegurado.
- 55. PRIMA NO DEVENGADA:** Corresponde a la porción de la Prima aplicable al período no transcurrido de la Vigencia de la Póliza. Por ejemplo, en el caso de una prima para doce (12) meses de vigencia la Prima No Devengada al final del primer mes de vigencia correspondería a 11/12 de la prima. En toda situación en que corresponda reintegrar al Tomador la no devengada, ésta se pondrá a disposición del mismo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la terminación anticipada del seguro en las oficinas de la Compañía, salvo que en el momento las partes acuerden otra cosa. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- 56. PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique. En caso de aplicar alguna comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza al Contratante, la misma indicará de manera expresa que dicho estipendio contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Contratante en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de potenciales Asegurados que decidan optar por otro seguro.
- 57. PROPUESTA DE PRÓRROGA:** Documento que contiene una oferta de prórroga realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de prórroga será enviada por la Compañía al Contratante con un plazo de anticipación de al menos (30) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique. En caso de aplicar alguna comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza al Contratante, la misma indicará de manera expresa que dicho estipendio contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Contratante en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de potenciales Asegurados que decidan optar por otro seguro.
- 58. REHABILITACIÓN:** Proceso de selección de la Compañía para volver a asegurar a uno o varios Asegurado(s) que hayan perdido derecho a los beneficios de la póliza con motivo de cancelación de cobertura por incumplimiento en el pago de la prima.
- 59. RELACIÓN LABORAL:** La relación laboral es aquella que se establece entre el trabajo y el capital en el proceso productivo y que conlleva los elementos de subordinación y pago de un salario.
- 60. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** No es una obligación contractual de la Entidad Aseguradora ni tampoco del Contratante o Asegurado. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.
- 61. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:** Son los exámenes médicos, clínicos o de laboratorio requeridos por la Compañía al Asegurado para comprobar su buen estado de

salud; éstos son solicitados en calidad de pruebas o evidencia de asegurabilidad y como condición previa para la evaluación y selección del riesgo antes de otorgar la cobertura. Forman también parte de la Póliza de Seguro.

- 62. RIESGO(S):** Vulnerabilidad de la persona objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño en su integridad física o la muerte. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicos imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.
- 63. SALDO INSOLUTO:** Monto que todavía no se ha pagado de la Deuda original.
- 64. SINIESTRO:** Constituye la acción o aparición del riesgo que hace exigible la obligación de la Compañía. Es el acontecimiento inesperado, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del Asegurado. Para efectos de este contrato el despido involuntario de la relación laboral del Asegurado, susceptible de ser indemnizada conforme a los términos de este contrato.
- 65. SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro.

La solicitud de seguro es la solicitud de ingreso al esquema de aseguramiento colectivo, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, por parte del aspirante a devenir Asegurado presentada a la Compañía.

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; vi) Monto de la prima, forma de pago y plan de pago; vii) Límite de responsabilidad.

Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.

- 66. SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
- 67. SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico que se define por el Contratante en la Solicitud de Seguro para cada persona asegurada que se adhiere al contrato, y que es determinante para que la Compañía establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la Compañía en concepto de siniestro(s) durante la Vigencia de la Póliza para una o varias coberturas.
- 68. TARIFA:** Factor, generalmente dado en porcentaje, que determinará la prima de la póliza.
- 69. VENCIMIENTO:** Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.
- 70. VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual la Compañía se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las

Condiciones Particulares.

71. VIGENCIA DEL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL: Es el período durante el cual la Compañía se compromete, a brindar la cobertura al individuo incluido en el esquema de aseguramiento colectivo pactado. Se especifica en la Solicitud/Certificado de seguro.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro será un contrato de adhesión el cual se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Solicitud/Certificado, Solicitud de Seguro del Tomador y Addendum.

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 Tomador, Solicitud/Certificado y Declaraciones del Tomador y/o Asegurado.

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: RIESGOS CUBIERTOS

3. COBERTURA BÁSICA

3.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Al amparo de esta cobertura, la Compañía pagará al Tomador el Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado en caso de fallecimiento de éste por cualquier causa no excluida por esta Póliza. En caso de ocurrencia de siniestro cubierto por la presente Póliza, los causahabientes tendrán derecho a exigir a la Compañía el pago al Tomador del importe del Saldo Insoluto, en los términos, condiciones y cobertura previstos en esta Póliza.

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

La Suma Asegurada al amparo de esta cobertura, decrecerá durante la vigencia de la Póliza por lo que se constituye en una Suma Asegurada decreciente, la cual se ajustará de acuerdo al Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado con el Tomador. De la misma manera, el Asegurado cancelará una Prima Nivelada, por lo que la misma se mantendrá invariable durante el plazo de la Deuda.

4. COBERTURAS ADICIONALES

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

4.1. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Siempre y cuando se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, esta cobertura ampara el riesgo del Asegurado de no poder hacer frente a las obligaciones crediticias adquiridas, entendidas éstas como el Saldo Insoluto de la Deuda, debido a Incapacidad Total y Permanente por causa de Accidente o Enfermedad que le haya provocado Lesión Corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional en al menos un sesenta y siete por ciento (67%) para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias. A tal efecto, la Compañía pagará en un solo tracto al Tomador, el Saldo Insoluto de la Deuda contraída por el Asegurado.

La Compañía hará efectivo el derecho que otorga esta cobertura, sujeto a las condiciones contratadas de esta Póliza, una vez que el Asegurado presente la declaratoria de invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros o la medicatura forense del Poder Judicial.

El monto máximo a pagar incluye el monto de principal e intereses corrientes no pagados al momento de la declaratoria de la Incapacidad Total y Permanente, así como las Primas que se encuentren pendientes de pago. **Este monto no incluirá intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni el saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en la Solicitud/Certificado.**

Para esta cobertura también son considerados como Incapacidad Total y Permanente lo siguiente:

- a) La pérdida física de dos miembros (por miembros se refiere a la mano completa o al pie completo).
- b) La pérdida completa e irremediable de la vista en ambos ojos como resultado de una lesión accidental manifestada después de la emisión de esta cobertura.

La Suma Asegurada al amparo de esta cobertura, decrecerá durante la vigencia de la Póliza por lo que se constituye en una Suma Asegurada decreciente, la cual se ajustará de acuerdo al Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado con el Tomador. De la misma manera, el Asegurado cancelará una Prima Nivelada, por lo que la misma se mantendrá invariable durante el plazo de la Deuda.

En caso de que un Asegurado sea indemnizado bajo esta cobertura de "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE", este Seguro terminará y no podrá ser indemnizado bajo ninguna otra de las coberturas indicadas en la presenta Póliza.

4.2. COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, la Compañía pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado de cada Asegurado en caso de: (i) Asegurado Asalariado quede en estado de Desempleo por alguna causa que no le sea imputable, o (ii) el Asegurado que no califique como Asegurado Asalariado sufra una Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente. Dichos amparos son **mutuamente excluyentes** de forma tal que operará uno u

otro según la condición del Asegurado, específicamente si cotiza como asalariado (para el caso (i)) o si no califica como Asegurado Asalariado para el caso (ii)). **En consecuencia, al ser mutuamente excluyentes, se deja expresa constancia que el Asegurado que califique como Asegurado Asalariado sólo tendrá derecho a recibir cobertura bajo el amparo de desempleo involuntario y NO tendrá derecho a recibir cobertura bajo el amparo de incapacidad temporal, y por su parte el Asegurado que NO califique como Asegurado Asalariado sólo tendrá derecho a recibir cobertura bajo el amparo de incapacidad temporal y NO tendrá derecho a recibir cobertura bajo el amparo de desempleo involuntario.**

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

Amparo – Desempleo:

La efectividad de este amparo de Desempleo, dependerá de las siguientes condiciones, según la condición de empleo del Asegurado:

- a) **Empleado Permanente:** La Compañía otorgará la cobertura si es Despedido, siempre que exista responsabilidad patronal y el Empleado Permanente se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
- b) **Empleado Copropietario:** La Compañía otorgará la cobertura si el negocio deja de operar y el Empleado Copropietario se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
- c) **Empleado Bajo Contrato:** Si el Asegurado ha estado laborando bajo un contrato laboral de plazo fijo con un mismo patrono, la Compañía otorgará la cobertura si el Asegurado es Despedido durante el plazo de su contrato o finalice de manera anticipada, por causas ajenas al Asegurado, siempre y cuando tenga más de seis (6) meses de laborar con dicho patrono y el Empleado Bajo Contrato se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.

En los 3 casos el Asegurado deberá de estar inscrito y cotizando con la CCSS como empleado.

Amparo – Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente:

La efectividad de este amparo de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, dependerá de que el Asegurado no califique como Asegurado Asalariado.

Finalización de Cobertura:

En el caso de un Asegurado, que se encuentre Desempleado o bajo una Incapacidad Temporal y esta cobertura se encuentre en aplicación, fallezca por cualquier causa de acuerdo a lo que indica la cobertura de **“MUERTE POR CUALQUIER CAUSA”** o sufra una Incapacidad Total y Permanente por causa de Accidente o Enfermedad que le haya provocado Lesión Corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional de acuerdo a lo que indica la cobertura de **“INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”**, esta cobertura finalizará y aplicará la cobertura de **“MUERTE POR CUALQUIER CAUSA”** o **“INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”** según sea el caso.

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

5. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)

Por medio de este Seguro, la Compañía cubrirá el Saldo Insoluto de la Deuda a la fecha de fallecimiento del Deudor por cualquier causa no excluida por esta Póliza, cancelando la misma al Contratante de la póliza. En caso de ocurrir una Incapacidad Total y Permanente, la Compañía pagará en un único abono al Contratante el Saldo Insoluto de la Deuda, lo cual contempla el capital, los intereses corrientes no pagados por el Deudor-Asegurado al momento del siniestro, así como las Primas que se encuentren pendientes de pago. Lo anterior siempre que la condición de Incapacidad Total y Permanente exista y se mantenga en el tiempo. Asimismo, si el Asegurado sufre un despido involuntario de su trabajo, la Compañía pagará el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado, incluyendo gastos de seguros, pago del principal e intereses corrientes.

Las Partes entienden que la presente Póliza se mantendrá vigente siempre que se cancele la prima determinada técnicamente, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada convenida por las Partes no se haya agotado. De la misma manera, esta Póliza podrá ser prorrogada por períodos anuales de acuerdo a lo indicado en la cláusula “DERECHO DE PRÓRROGA”.

La Suma Asegurada decrecerá durante la vigencia de la Póliza por lo que se constituye en una Suma Asegurada decreciente, la cual se ajustará de acuerdo al Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado con el Tomador. De la misma manera, el Asegurado cancelará una Prima Nivelada, por lo que la misma se mantendrá invariable durante el plazo de la Deuda.

6. SUMAS ASEGURADAS

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para cada Asegurado, es la Suma Asegurada individual de la cobertura afectada por el siniestro, las cuales equivalen a:

Cobertura	Límite de Responsabilidad
A- Muerte por Cualquier Causa	Monto insoluto de la Deuda contraída por el Asegurado con el Tomador del seguro.
B- Incapacidad Total y Permanente	Monto Insoluto de la Deuda contraída por el Asegurado con el Tomador del seguro.
C- Cobertura de Desempleo o Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente	Beneficio Mensual cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado.

La acumulación de las Sumas Aseguradas individuales de cada uno de los Asegurados que conforman el grupo asegurable determinará la Suma Asegurada de la Póliza.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

7. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso cubrirá lo siguiente:

- a) LA COMPAÑÍA no será responsable de pago bajo esta Póliza si la muerte de

cualquier Deudor resultare a consecuencia de conmociones civiles o guerra, declarada o no, o cualquier acto atribuible a ésta.

Sin perjuicio de otras exclusiones establecidas en la legislación vigente que regula los contratos de seguros, y en adición a las Exclusiones correspondientes a las Coberturas de la presente póliza, ésta no cubre siniestros a consecuencia directa o indirecta de:

- b) Siniestros que ocurran posterior a la fecha de cancelación de la póliza o a la exclusión de un Asegurado por parte del Tomador.**
- c) Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o infección.**
- d) Riesgo de Guerra: La muerte o lesiones de cualquier persona por causa directa o indirecta de su participación en cualquier guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil con una magnitud similar a la de levantamientos populares, daños intencionales (dentro de los límites de ciudades o poblados), levantamientos militares, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación o nacionalización o requisición por orden de cualquier gobierno público o local, cualquier acto de cualquier persona o personas que actúen en beneficio de o en conexión con cualquier organización cuyos propósitos incluyen, pero no se limitan al derrocamiento o la influencia de cualquier medio violento.
Esta exclusión no aplica a cualquier persona que no participa activamente en cualquiera de los eventos que se mencionaron en el párrafo anterior. Esta excepción a la exclusión está sujeta a que los siniestros ocurran durante un período de veinticuatro (24) horas consecutivas y dentro de un radio de quince (15) kilómetros del lugar donde se desarrollan cualquiera de tales eventos, y a condición de que las muertes sobrevengan dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia de los mismos.**
- e) Siniestros que ocurran a consecuencia de liberación abrupta de energía atómica o por radiación nuclear o contaminación radioactiva controlada o no.**
- f) Competencia como conductor o integrante de equipo en pruebas de pericia o velocidad, utilizando vehículos mecánicos o de tracción a sangre; participación en justas hípicas o pruebas análogas.**
- g) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.**
- h) Práctica de paracaidismo; práctica o utilización de vehículos de transporte aéreo, salvo que se viaje como pasajero en líneas aéreas regulares.**
- i) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, escalamiento de montañas, actos de acrobacia, práctica del boxeo profesional.**
- j) Desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad asociadas a las fuerzas policiales y de seguridad, tripulantes de naves fluviales, marítimas y aéreas.**
- k) Participación en empresa o acto criminal; lesión en duelo o riña, salvo el supuesto de legítima defensa.**
- l) Hechos originados por reacciones de origen nuclear y sus posibles efectos tardíos.**

- m) Participación en trabajos subterráneos o de minería; práctica de caza mayor o participación en expediciones destinadas a tal fin.
- n) Consumo de alcohol; uso de drogas, estupefacientes o estimulantes sin prescripción médica.
- o) Los siniestros causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos de carácter catastróficos.
- p) A consecuencia de prestar servicios en el ejército, policía, bomberos, la marina de guerra o fuerza aérea de su país de residencia; o de cualquier país, combinación de países u organización internacional.
- q) Los siniestros a consecuencia de la acción de los rayos “x” y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares o por efectos de energía nuclear de cualquier forma; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
- r) Siniestros a consecuencia directa o indirecta de actos de terrorismo.
- s) Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que el mismo ocurra en los primeros veinticuatro (24) meses de Vigencia de la Póliza.
Adicionalmente, si el fallecimiento del Asegurado ocurriera durante los primeros veinticuatro (24) meses de cobertura, siendo la causa de la muerte el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

8. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- 8.1. Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de “MUERTE POR CUALQUIER CAUSA”, no aplicará la cobertura indicada en el siguiente caso:
 - a) Lesiones sufridas o enfermedades originadas en alguna condición pre-existente, desconocida como tal por la Compañía al momento de emitir la póliza, que afecten de modo material la evaluación de riesgo hecha por la Compañía.
- 8.2. Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”, no aplicará la cobertura indicada en los siguientes casos:
 - a) Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
 - b) Lesiones sufridas o enfermedades originadas en alguna condición pre-existente, desconocida como tal por la Compañía al momento de emitir la póliza, que afecten de modo material la evaluación de riesgo hecha por la Compañía.
 - c) Lesiones sufridas por el Asegurado resultantes de la acción de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma, y todo acontecimiento que se derive del estado de endrogamiento o embriaguez del asegurado. Se considera que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol, cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un

resultado igual o superior a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre (80mg/dl).

- d) Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en la comisión o intento de comisión de asalto, asesinato, atentado, o cualquier otro delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- e) Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o cuando se practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente.
- f) Internamientos médicos ilícitos o prohibidos por las leyes.

8.3. Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de “DESEMPLEO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”, no aplicará la cobertura indicada en los siguientes casos:

Amparo de Desempleo:

- a) Si el Asegurado queda Desempleado como resultado de terremoto, inundación, fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares y similares.
- b) La condición de Desempleado no supera el periodo del Deducible fijado para la cobertura de “DESEMPLEO”, de acuerdo a lo indicado en la “CLÁUSULA DE DEDUCIBLES”.
- c) Es empleado por tiempo definido y queda Desempleado como consecuencia del cumplimiento del período por el cual se estableció la relación laboral.
- d) Sea Despedido sin responsabilidad patronal.
- e) Quede Incapacitado Total y Permanentemente.
- f) En caso de ser Empleado Permanente, no ha estado continuamente empleado con el mismo patrono, por al menos seis (6) meses previos al primer período de desempleo amparable bajo este contrato.
- g) En caso de ser Empleado Bajo Contrato, el plazo de su contrato sea menor a seis (6) meses de laborar con el mismo patrono.
- h) No cumple un periodo de Desempleado mayor a treinta (30) días naturales, de acuerdo a lo indicado en la “CLÁUSULA DE DEDUCIBLES” y el Asegurado queda Desempleado durante el Periodo de Carencia para la cobertura de “DESEMPLEO”.
- i) Está Empleado Bajo Contrato y queda Desempleado, como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo de plazo fijo.
- j) Tiene un trabajo temporal o estacional, el cual su duración sea inferior a seis (6) meses.
- k) Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncie, se jubile o se jubile en

forma anticipada y voluntariamente.

- l) **Es Despedido por su patrono como resultado de su mala conducta o rompimiento del contrato de trabajo. Si el Asegurado apelase ante los Tribunales de Trabajo y el veredicto fuera a su favor, el reclamo si será aceptado**
- m) **Los casos de suspensión temporal del contrato de trabajo realizado conforme a los procedimientos previstos en el Código de Trabajo.**
- n) **Es Despedido, mientras se encuentre laborando fuera del territorio costarricense por más de noventa (90) días naturales. Esta cláusula no aplicará si la causa por la cual el Asegurado deja el territorio costarricense es:**
 - **Por trabajar en una embajada o consulado costarricense.**
 - **Si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.**
- o) **El Empleado Independiente el cual no sé encuentra realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.**
- p) **El Empleado Copropietario el cual no sé encuentra realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.**
- q) **El Empleado Bajo Contrato el cual no sé encuentra realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.**
- r) **No supera el Periodo de Carencia de dos (2) meses.**

Amparo de Incapacidad Temporal:

Por enfermedad: No se cubrirán enfermedades que sean:

1. **De origen nervioso, tales como Encefalitis, Meningitis, Neuritis, Enfermedades congénitas de origen nervioso, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Alzheimer, Parkinson, Síndrome Tourette, Esclerosis múltiple, Esclerosis lateral amiotrófica, Accidente Vascular Cerebral, Trauma Craneoencefálico**
2. **Producidas con motivos de embarazos, parto, aborto, y toda condición relativa al proceso de gestación.**
3. **Las originadas por problemas a la columna vertebral, tales como Discopatía Degenerativa, Hernia de Disco, Protrusiones de Disco, Espondilolistesis, Espondilolisis, Espondiloartritis Generalizada, Artropatía Degenerativa, Estenosis de canal**

Por accidentes: No se cubrirán accidentes que surjan a consecuencia de:

1. **Por suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado.**
2. **Por riñas y cualquier otro acto delictuoso en que el Asegurado participe con dolo o culpa grave o por provocación.**

3. Mientras el Asegurado se encuentre en estado de sonambulismo, o con ocasión de ataques cardíacos, epilépticos o síncope.
4. Mientras el asegurado se encuentra participando en competencias en cualquier clase de vehículo.
5. Por actos de personas que tomen partes en paros, huelgas, disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares, o de personas que actúen en conexión con alguna organización política o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos tomadas por las autoridades. Por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: terremoto, inundación o erupción volcánica que se produzcan en el territorio nacional.
6. Por cualquier enfermedad corporal o mental, o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente cubierto.
7. Manejar cualquier clase de vehículo automotor, mientras se encuentre bajo los efectos de bebidas alcohólicas o drogas.
8. Embarazo, alumbramiento o aborto.
9. Tomar parte de actividades de montañismo o alpinismo en el cual se usen sogas o guías, exploración de cuevas verticales, paracaidismo, volar colgado de un planeador, deportes de invierno, deportes extremos, deportes profesionales o de carrera.
10. Enfermedades, infección bacteriana o virulenta, aunque se haya contraído accidentalmente, incluyendo la infección bacteriana que sea resultado directo de una cortada i herida accidental o intoxicación alimentaria accidental
11. Absorción o ingestión de venenos o gases tóxicos
12. Por insolación
13. Por demencia
14. Las lesiones que se susciten o le ocurran al asegurado o le sean ocasionados con objeto o arma cortante, cortopunzante, armas de fuego, artefactos explosivos o incendiarios u otro tipo de arma, independientemente de la forma en la que ocurra.
15. Sufre la Incapacidad Temporal Accidental durante el Período de Carencia.
16. Ninguna dolencia médica ni física que no sea consecuencia directa de un accidente ni que corresponda a un accidente que haya ocurrido antes de la fecha de inicio de la cobertura.
17. Los síntomas médicos normales y previsibles asociados al embarazo y al parto,
18. Resultantes, directa o indirectamente, de dolores de espalda y dolencias relacionadas, a no ser que existan pruebas

- radiológicas o patológicas de anormalidad médica que provoque la incapacidad,
19. Resultantes de lesiones auto-infligidas intencionadamente o la ingestión de alcohol o drogas (excepto medicamentos tomados según las instrucciones de un médico colegiado y que no sean para el tratamiento de una adicción a las drogas), el estrés, la depresión o cualquier desorden o disfunción de tipo mental o nervioso,
 20. Operaciones o tratamientos médicos que no sean necesarios desde el punto de vista médico y que no sean consecuencia de un accidente.
 21. Accidentes ocurridos fuera Costa Rica
 22. Recargos debidos a demoras en pagos relacionados con su obligación crediticia.
 23. En caso que la incapacidad surja como consecuencia de conflictos bélicos, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, altercados o desorden público, o atentados terroristas de cualquier tipo.
 24. En caso que la incapacidad surja como consecuencia de radiación ionizante o contaminación radiactiva por combustible nuclear o por desechos nucleares de combustibles nucleares.

SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA

9. LIMITACIÓN TERRITORIAL

Para la cobertura de “**DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**”, el siniestro deberá haber ocurrido dentro de los límites de Costa Rica de conformidad con la normativa costarricense, salvo que en la Solicitud/Certificado se estipule otra cosa.

Para las coberturas de “**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**” e “**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**” no existirá ningún tipo de limitación territorial.

10. PERIODO DE COBERTURA

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

11. PERIODO DE CARENCIA

El Periodo de Carencia es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

Para la cobertura de “**DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**” aplicará un Periodo de Carencia de dos (2) meses.

En caso de un suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, para cualquiera de las coberturas de esta póliza, aplicará un Periodo de Carencia de dos (2) años.

Adicionalmente, si la causa del fallecimiento del Asegurado fuera Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), para cualquiera de las coberturas de esta póliza aplicará un Periodo de Carencia de dos (2) años.

12. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El periodo de disputabilidad se iniciará:

- a) En la fecha en que se otorga la cobertura de cualquier Asegurado.
- b) En casos de incrementos de Suma Asegurada hechos con posterioridad a la fecha original en que se otorgó la cobertura a un Asegurado, el período de disputabilidad iniciará, con respecto de dicho aumento, en el momento en que la Compañía acepte dicho incremento y otorgue la cobertura así aumentada.
- c) Si la cobertura del Asegurado hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

13. MODIFICACIONES

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

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

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

Cuando el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del momento en que haya consentimiento entre las partes dando el plazo de diez (10) días hábiles para el pago de la prima correspondiente (si la hubiere).

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

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

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

En caso de que este seguro se contrate bajo modalidad contributiva o no contributiva donde el Tomador es acreedor del Asegurado, el Asegurado entiende que su participación en el mismo lo es en carácter de tercero relevante, por lo cual solamente el Contratante y la Compañía, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del seguro colectivo dentro del marco de ley. En ese caso, el Asegurado tendrá el derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario de seguros.

En caso de modificación de este Contrato por parte de la Compañía y del Tomador, a efectos de que los intereses de los Asegurados no se vean afectados, el Contratante estará obligado a comunicar dicha situación al Asegurado, de acuerdo al mecanismo contenido en la sección de "NOTIFICACIONES", con un plazo de al menos treinta (30) días naturales antes de la entrada en vigencia de la modificación. La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizada por los Asegurados. La colaboración del Contratante en este proceso, no libera a la Compañía de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al Asegurado de buena fe.

14. DESPIDOS CONSECUTIVOS

En relación al amparo de "DESEMPLEO", si el Asegurado se encuentra en condición de desempleo amparada y obtuviera un nuevo trabajo y fuera objeto de un nuevo despido involuntario amparado, la situación se considerará como un solo evento siempre que el despido ocurra durante los primeros tres (3) meses desde el inicio del nuevo empleo.

Los eventos que ocurran después de finalizado dicho lapso de tres (3) meses, se tendrán, para efectos contractuales, como eventos independientes por lo cual aplicará: i) el periodo mínimo de seis (6) meses de trabajo continuo con el mismo patrono para el caso de Empleados Bajo Contrato y Empleados Temporales; ii) el periodo mínimo de seis (6) meses de trabajo continuo con el mismo patrono para el caso de Empleados Permanentes; y; iii) el periodo mínimo de Deducible según lo indicado en la "CLÁUSULA DE DEDUCIBLES".

15. EVENTOS RECURRENTES BAJO EL AMPARO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Si un Asegurado sufre una Incapacidad Temporal y en el transcurso de los siguientes 3 (tres) meses contados desde la fecha de finalización de dicha Incapacidad, vuelve a sufrir otra

Incapacidad Temporal o una reincidencia de la anterior, la Compañía considerará como parte del evento original la nueva ocurrencia para todos los efectos contractuales. Los eventos que ocurran después de finalizado dicho lapso, se tendrán, para efectos contractuales, como eventos independientes.

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

BENEFICIARIOS

16. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIO ACREDITANTE

Para el caso de las coberturas **“MUERTE POR CUALQUIER CAUSA”** e **“INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”**, el Tomador, en su calidad de entidad financiera que otorga el crédito asociado a este Seguro, es el único Beneficiario de esta póliza hasta el equivalente del Saldo Insoluto de tal crédito, pero sin exceder de la Suma Asegurada.

“Advertencia #1: Si el Beneficiario lo es en razón de un crédito a favor del Asegurado, su beneficio incluirá el Saldo Insoluto de la Deuda incluyendo intereses corrientes generados al momento del siniestro, así como las Primas que se encuentren pendientes de pago, según el contrato de crédito y la certificación contable correspondiente pero sin exceder la Suma Asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el beneficio indicado (en caso de ser aplicable), el remanente se pagará al asegurado, a sus beneficiarios distintos del acreditante o a sus herederos, según corresponda”.

Para el caso de la cobertura **“DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”**, el pago se hará al Tomador de la póliza de acuerdo al Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda se indica en la Solicitud/Certificado de cada Asegurado.

“Advertencia #2: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

17. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha

de la recepción del reclamo y la presentación de la documentación necesaria para el análisis del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Compañía se compromete a darle trámite diligente 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.

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°8956), 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.

18. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado, según corresponda, 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 Asegurados, según corresponda, deberán 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 Asegurado deberá comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula “**RECLAMACIONES**”. Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

Durante el trámite del reclamo, el Asegurado deberá demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberá 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.

En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación y en caso

de que el Intermediario de Seguros sea una sociedad corredora de seguros, deberá aclarar si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el Contratante, y el detalle de sus obligaciones y responsabilidades.

Producto de la inclusión del Asegurado en la Póliza, cuando ocurre con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Contratante procederá a informar al Asegurado de forma expresa y clara si la contratación de cualquier cobertura en esta Póliza es obligatoria u opcional para el Asegurado.

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

En caso de incumplimiento, error u omisión por parte del Contratante de sus funciones, que genere una afectación a un Asegurado, provocará que el Contratante se encuentre obligado a resarcir al Asegurado los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de que la Compañía repare la afectación al Asegurado en primera instancia, en cuyo caso el Contratante deberá proceder con el reintegro a la Compañía.

19. 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.

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

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

20. 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 Asegurados 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.

21. 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/Certificado.

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.

22. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

Para las coberturas de “**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**” e “**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**” no aplicará ningún deducible.

Deducible o período de espera para la cobertura de “**DESEMPLEO**”: Para recibir las indemnizaciones de este amparo, deberá transcurrir un período de espera de un (1) mes a partir de la fecha de desempleo o de la finalización del período de preaviso en caso de existir. Finalizado dicho plazo, y siempre que se mantenga la condición de Desempleo, el Tomador del seguro empezará a recibir la indemnización.

Deducible o período de espera para la cobertura de “**INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**”: Para recibir las indemnizaciones de este amparo, deberá transcurrir un período de espera de treinta (30) días calendario a partir de la fecha del diagnóstico médico que dictamina la Incapacidad Temporal. Finalizado dicho plazo, y siempre que se mantenga la condición de Incapacidad Temporal, el Tomador del seguro empezará a recibir la indemnización.

23. NULIDAD DEL CONTRATO

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

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

24. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS

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.

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

Las primas serán pagaderas con periodicidad anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual, éstas serán calculadas por método mutuamente convenido por la Compañía y el Contratante.

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

- Pagos anuales: 0% en colones o dólares.
- Pagos semestrales: 4% en colones o dólares.
- Pagos cuatrimestrales 5% en colones o dólares.
- Pagos trimestrales: 6% en colones o dólares.
- Pagos bimensuales 7% en colones o dólares.
- Pagos mensuales: 8% en colones o dólares.

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 treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento del pago único, o cualquier pago parcial, que se hubiese fijado en las Condiciones Particulares.

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

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

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

26. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de treinta (30) días naturales para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago. Si no se abona

la prima antes de la expiración del Período de Gracia, la Compañía podrá tomar una de las siguientes opciones:

- a) Dar por terminado el contrato, quedando liberada la Compañía de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Asegurado, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,
- b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Asegurado, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguiente a la fecha de caducidad.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al Asegurado, cualquiera que ella sea.

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

27. 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 prórroga automática de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares. La proporción de la afectación al ajuste de la prima determinada técnicamente será debidamente notificada al Contratante en el plazo indicado anteriormente.

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

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

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

Donde:

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

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

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

Si el Índice de Siniestralidad Real >50%

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

La prima comercial deberá ajustarse de esta manera:

$$\text{prima comercial (1)}_{\text{cob,x}} = \text{Prima comercial} \times \text{factor de ajuste de siniestralidad}$$

Prima comercial = Es la prima comercial del periodo transcurrido.

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

prima comercial(2): es la prima comercial que surge de recotizar la póliza

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

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

De esta manera se tomará la prima comercial que resulte de lo obtenido en el punto c) para la prórroga de la póliza. **En ese sentido, de acuerdo a lo indicado anteriormente, un aumento en el Índice de Siniestralidad Real tendrá un impacto en el aumento de la prima comercial que se le cobra al Contratante.**

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

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

28. RECARGOS Y DESCUENTOS

En esta póliza no aplican descuentos, participaciones y otros beneficios en su emisión. Podrá existir recargos por fraccionamiento de la prima, según indicado anteriormente.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

29. RECLAMACIONES

El Asegurado, al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro debe comunicarlo tan pronto tenga conocimiento de ello a la Compañía o al Contratante por cualquier medio, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que se tuvo conocimiento del mismo. Como principales medios para dar Aviso de Siniestro son: i.) a través de la línea telefónica 2503-ASSA (2503-2772) o; ii.) al correo electrónico: reclamoscr@assanet.com.

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

Para la cobertura de “**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**”, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. Estado de cuenta con el Saldo Insoluto de la Deuda a la fecha de la muerte del Asegurado el cual incluya el saldo e intereses corrientes y fecha de inicio de la operación del crédito.
3. Fotocopia del documento de identificación el Asegurado.
4. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.
5. Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, se deberá aportar:
 - a. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.
 - b. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular o el trámite de apostilla respectivo.

6. Fotocopia completa debidamente certificada y foliada del historial médico completo de los centros médicos, sean estos públicos o privados, donde haya sido atendido el Asegurado.

Para la cobertura de **“INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”**, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. Estado de cuenta con el Saldo Insoluto de la Deuda a la fecha de la declaratoria Incapacidad Total Permanente, el cual incluya el saldo e intereses corrientes y fecha de inicio de la operación del crédito.
3. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
4. Certificado médico de tal incapacidad emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros o la medicatura forense de Poder Judicial, en el que se manifieste claramente:
 - a. El porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado.
 - b. Diagnóstico sobre los eventos que provocaron dicha incapacidad.
 - c. Que la misma no está sujeta a revisión.
5. Si la incapacidad fue provocada por Accidente, el Asegurado debe aportar copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología.
6. Fotocopia completa debidamente certificada y foliada del historial médico completo de los centros médicos, sean estos públicos o privados, donde haya sido atendido el Asegurado.

Para la cobertura de **“DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”**, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

Amparo de Desempleo:

1. El Asegurado debe dar aviso escrito del reclamo al Tomador, dentro de los siguientes treinta (30) días naturales de haber quedado Desempleado.
2. El Tomador facilitará al Asegurado un formulario suplido por la Compañía, el cual deberá ser completado y devuelto al Tomador, con toda la información solicitada en él, tan pronto tenga en su poder los requisitos señalados en el punto siguiente.
3. El Asegurado debe aportar adicionalmente a la presentación del aviso de siniestro los siguientes documentos:
 - a. Constancia del ex Patrono de despido de la empresa. Esta constancia debe contener: Nombre del ex empleado, identificación, periodo laborado para la empresa, puesto desempeñado, tipo de contrato laboral que mantenía el ex trabajador (permanente, copropietario, bajo contrato) y causa de despido. Para el caso del Empleado Bajo Contrato, en caso de que el contrato termine de manera anticipada por causas ajenas al Asegurado, la constancia que le emita el ex Patrono deberá de indicar claramente que el contrato finalizó en esa manera.
 - b. Constancia emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social, donde indique que el Asegurado ha estado cotizando para ese régimen durante los últimos seis (6) meses previos a su despido, que estaba activamente trabajando para un mismo patrono y que haya estado empleado continuamente, al menos por un periodo de seis (6) meses antes del inicio de este contrato.
4. Para el pago del beneficio mensual pactado, una vez cumplido el periodo de deducible (1 mes en condición de Desempleado), el Asegurado debe continuar presentando cada mes al Tomador la constancia de la Caja Costarricense de Seguro Social actualizada a la fecha de corte que corresponda para comprobar la condición de desempleo de cada mes amparable por este seguro por medio del pago del beneficio mensual. Este requisito debe cumplirse hasta que el Asegurado

reanude su condición de empleo o hasta que se completen la cantidad de cuotas pactadas para recibir el beneficio mensual, lo que ocurra primero.

En caso de que el Asegurado no cumpla con lo indicado en este punto, la Compañía podrá suspender el pago del beneficio mensual. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de realizar las investigaciones que considere pertinentes, las cuales permitan comprobar fehaciente que la condición de Desempleo del Asegurado se mantiene.

Amparo de Incapacidad Temporal:

1. El Asegurado deberá entregar una descripción detallada por escrito del Accidente sufrido.
2. Deberá suministrar los informes Médicos relacionados con el origen y desarrollo de su Incapacidad Temporal, incluyendo fecha de diagnóstico.
3. Deberá presentar el Informe médico original de la primera asistencia médica recibida para atender las lesiones sufridas en el Accidente.
4. Deberá presentar la orden médica por convalecencia que justifique el reposo y la incapacidad temporal para desempeñar sus labores ordinarias o profesión.
5. En caso de accidente de tránsito, copia del parte oficial del suceso.
6. En caso de existir reclamación judicial, copia completa de dichas Diligencias.
7. Deberá disponer de una incapacidad temporal superior a 30 días naturales para poder tener derecho a la indemnización.

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

30. 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 de acuerdo con la cláusula anterior.

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

31. 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 la lesión y el monto correcto a ser pagado según la tabla de indemnizaciones, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el Beneficiario y el Contratante están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

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

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

32. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato tiene una vigencia de un año, contado a partir de la fecha de vigencia que se expresa en las Condiciones Particulares.

33. 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, 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.

En el caso que sea pactada la inclusión automática de riesgos, la firma de la Solicitud/Certificado implicará la aceptación del aseguramiento individual.

34. FECHA EFECTIVA DEL SEGURO DEL DEUDOR

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

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

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

- En la fecha en la cual la Deuda fue incurrida, si la evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía es presentada por el Deudor con anterioridad a la fecha que incurra la Deuda; o,

- En la fecha en la cual dicha evidencia es aceptada por la Compañía.

35. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza será prorrogada obligatoriamente por períodos anuales y permanecerá vigente siempre que el Contratante acredite el pago oportuno de las primas determinadas técnicamente, 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.

36. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

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

- a. En la fecha de Vencimiento de la Póliza;
- b. A la cancelación de la Deuda;
- c. Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago, al término del Período de Gracia, por lo tanto, la Compañía deberá aplicar el proceso que se describe en la cláusula “**PERIODO DE GRACIA**” mediante el cual deberá dar por terminado el contrato o mantener vigente el contrato y cobrar la prima por la vía ejecutiva, según lo indicado en esta cláusula;
- d. Cuando el Asegurado deja de ser elegible;
- e. Fallecimiento por cualquier causa, por lo que aplicará la cobertura de “**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**”.
- f. Incapacidad Total y Permanente del Asegurado por causa de Accidente o Enfermedad que le haya provocado Lesión Corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional en al menos un sesenta y siete por ciento (67%) para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias, por lo que aplicará la cobertura de “**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**”.

Para la cobertura de “**DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**”:

Amparo de Desempleo:

- a. La Compañía haya pagado el Beneficio Mensual contratado, de acuerdo al importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda que consten en la Solicitud/Certificado;
- b. Jubilación del trabajo o Edad de Jubilación alcanzada, la más temprana;
- c. Si el Asegurado termina su condición de Desempleado. En caso que el Asegurado no notifique la conclusión de su condición como Desempleado y siga beneficiándose de la cobertura del seguro, la Compañía suspenderá el pago de la indemnización y solicitará al Asegurado el reintegro de lo pagado indebidamente. El Asegurado deberá realizar la devolución de los dineros a más tardar treinta (30) días después de la solicitud que le realice la Compañía.
- d. El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera del territorio de la República de Costa Rica;

- e. **Para todos los efectos, se excluye de la cobertura del seguro el desempleo ocurrido como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo a plazo fijo, por lo que no será amparable ningún reclamo.**

Amparo de Incapacidad Temporal:

- a. La Compañía haya pagado el Beneficio Mensual contratado, de acuerdo al importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda que consten en la Solicitud/Certificado;
- b. Si el Asegurado termina el plazo de la Incapacidad Temporal o se recupera de la misma, lo que ocurra primero. En caso que el Asegurado no notifique la conclusión del estado de incapacidad y siga beneficiándose de la cobertura del seguro, la Compañía suspenderá el pago de la indemnización y solicitará al Asegurado el reintegro de lo pagado indebidamente. El Asegurado deberá realizar la devolución de los dineros a más tardar treinta (30) días después de la solicitud que le realice la Compañía.
- c. El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera del territorio de la República de Costa Rica;

37. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza y todas sus coberturas terminarán el día que se declare la ocurrencia de cualquier de las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima por parte del Contratante de la Póliza al término del Período de Gracia, por lo tanto, la Compañía deberá aplicar el proceso que se describe en la cláusula "**PERIODO DE GRACIA**" mediante el cual deberá dar por terminado el contrato o mantener vigente el contrato y cobrar la prima por la vía ejecutiva, según lo indicado en esta cláusula.
- b. Cuando en el aniversario de la Póliza el número de Asegurados Principales en el contrato es menor a la base mínima de diez (10) Asegurados titulares, y en el caso en que el Contratante comunique la no aceptación de la modificación tarifaria o no se manifestara dentro del plazo de diez (10) días hábiles, contado a partir del recibo de la propuesta de modificación de tarifa, se procederá con la terminación del contrato de seguro colectivo, en cuyo caso la Compañía lo notificará por escrito al Contratante y a los Asegurados bajo el mecanismo de comunicación previsto con el fin de no verse afectados en sus intereses.
- c. Cuando el Contratante, por su parte, decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza, previa aplicación del mecanismo de comunicación previsto para los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses.

En todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el Contratante, bajo su responsabilidad y dentro del plazo de treinta (30) días naturales previo a la terminación de la póliza, deberá comunicarlo a los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses. La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizada por los Asegurados.

En caso de que este seguro se contrate bajo modalidad contributiva o no contributiva donde el Tomador es acreedor del Asegurado, el Asegurado entiende que su participación en el mismo lo es en carácter de tercero relevante, por lo cual solamente el Contratante y la Compañía, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del seguro colectivo dentro del marco de ley. En ese caso, el Asegurado tendrá el derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario de seguros.

En caso de terminación de este Contrato por parte de la Compañía y del Tomador, a efectos de que los intereses de los Asegurados no se vean afectados, el Contratante estará obligado a comunicar dicha situación al Asegurado, de acuerdo al mecanismo contenido en la sección de “NOTIFICACIONES”, con un plazo de al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de antelación. La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizada por los Asegurados. La colaboración del Contratante en este proceso, no libera a la Compañía de su responsabilidad por las eventuales omisiones que afecten al Asegurado de buena fe.

CONDICIONES VARIAS

38. 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.

39. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

40. INTERÉS ASEGURABLE

El Tomador declara ser titular de un interés lícito y económico en la no ocurrencia del riesgo cubierto por esta Póliza, por cuanto es acreedor del crédito o los créditos que se describen en la Solicitud/Certificado. Por su parte el Asegurado declarará su interés en la Solicitud/Certificado en su condición de Deudor o codeudor del crédito. La desaparición del interés asegurable traerá como consecuencia la terminación del aseguramiento individual al que corresponde.

Cuando el Tomador o Asegurado no tenga interés asegurable al momento de contratar el seguro, podrá hacerlo válidamente sujeto a la condición suspensiva que, en el plazo máximo de un (1) mes a partir del inicio de la vigencia del Contrato, adquiera tal interés asegurable. En caso de no adquirirse el interés asegurable en el plazo indicado, el Tomador o Asegurado deberá notificarlo a la Compañía para efectos de que ésta reintegre las primas pagadas, las que estarán a disposición del Tomador o Asegurado según corresponda a más tardar diez (10) días hábiles.

41. SUSPENSIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN POR UN TRABAJO TEMPORAL

Para el amparo de “**DESEMPLEO**”, si el Asegurado va a recibir o está recibiendo la indemnización de Desempleo y obtiene un trabajo temporal, debe suspender el cobro del reclamo y cumplir con lo siguiente:

1. Informar al Tomador con cual negocio o persona va a trabajar, el número de horas a laborar por semana y por cuánto tiempo será el trabajo temporal.
2. Cumplir con las condiciones de este seguro e informar al Tomador inmediatamente si cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente cambia.
3. Se suspenderá el reclamo si su trabajo temporal es por al menos un (1) mes y no más de seis (6) meses y que no tenga más de tres (3) trabajos separados durante cualquier período de tiempo.

42. COMPROBACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE DESEMPLEO

Para el pago del amparo de “**DESEMPLEO**”, el Asegurado deberá presentar cada mes al Tomador la constancia de la Caja Costarricense de Seguro Social actualizada a la fecha de corte de cada mes amparable por este seguro por medio del pago del beneficio mensual según corresponda para comprobar la continuación de la condición de Desempleo. Este requisito debe cumplirse hasta que el Asegurado reanude su condición de Empleado o hasta que se completen la cantidad de cuotas pactadas para recibir el beneficio mensual, lo que ocurra primero.

Asimismo, la Compañía por sus propios medios, podrá en cualquier momento verificar, si el Asegurado continúa Desempleado.

En cualquiera de los casos anteriores, si llegara a comprobarse que la condición de Desempleado ha concluido, la Compañía suspenderá el pago de la indemnización y solicitará al Asegurado el reintegro de lo pagado indebidamente. El Asegurado deberá realizar la devolución de los dineros a más tardar treinta (30) días después de la solicitud que le realice la Compañía.

Será obligación del Asegurado notificar a la Compañía o al Contratante en cuanto finalice su condición de Desempleado y reanude su condición de Empleado, establezca una Relación Laboral y obtenga un trabajo.

43. PRUEBAS SATISFATORIAS DE FALLECIMIENTO

La Compañía pagará al Contratante, quien es Beneficiario irrevocable del Seguro, al fallecimiento del Deudor durante la vigencia de esta Póliza, el importe del Saldo Insoluto a su cargo por concepto de capital e intereses corrientes no pagados al momento del fallecimiento del Asegurado, previa notificación del hecho acaecido y presentación de pruebas fehacientes de la Deuda cubierta por el Seguro y de la causa del fallecimiento del Deudor.

La designación del Beneficiario en favor del Acreedor le confiere el derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al Saldo Insoluto del crédito, pero sin exceder de la Suma Asegurada.

La cantidad de seguro vigente sobre la vida de cada Deudor bajo esta Póliza al momento de su muerte, será una suma igual al saldo de la Deuda a la fecha de su muerte, de acuerdo con los requisitos del Contratante. **El saldo de la Deuda no incluirá intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni el saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en la Solicitud/Certificado.**

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

44. SUICIDIO

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión de la póliza o de su rehabilitación, la Compañía se limitará a devolver al Beneficiario las primas no devengadas. Transcurrido el plazo de dos (2) años, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años contados a partir de la fecha de emisión de cualquier aumento por una suma asegurada adicional, la Compañía pagará con respecto a tal aumento sólo las primas no devengadas por tal aumento. Transcurrido el plazo de dos (2) años de la suma asegurada adicional, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

45. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para este Seguro aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable que al momento de ser incorporadas a la póliza no se haya comprobado médicamente que padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de tales padecimientos.

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 y reúne los siguientes requisitos:

- a. Es una persona física.
- b. Reside permanentemente en el territorio costarricense.
- c. Es mayor de dieciocho (18) años de edad.

Para efectos de la cobertura “DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”, no podrá incluirse en este Contrato ni será elegible para indemnización aquella persona que:

Amparo de Desempleo:

- a. **Se encuentra desempleada.**
- b. **No esté inscrita como empleado ante la Caja Costarricense del Seguro Social.**
- c. **Su empleo es de naturaleza temporal de al menos seis (6) meses o está empleado por una temporada.**
- d. **Está incapacitado temporalmente, excepto por maternidad.**
- e. **Está incapacitado total y permanentemente.**
- f. **La organización para la cual labora, se encuentra en un proceso de movilización laboral o similar que pueda afectarlo.**

- g. Es Empleado Independiente o Empleado Copropietario y no se encuentran realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.**
- h. Que ya haya alcanzado la Edad de Jubilación y se encuentre pensionado.**
- i. No será elegible para indemnización la persona que al momento de quedar desempleada, no tenga más de 6 meses de trabajo continuo con el mismo patrono.**

Amparo de Incapacidad Temporal:

- a. Está incapacitado total y permanentemente.**

Para efectos de la cobertura “DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”, la Compañía verificará el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad de cada miembro asegurado al momento de reclamación bajo dicha cobertura a fin de determinar si el Asegurado es elegible bajo uno u otro amparo.

46. EDAD

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

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

1. Aplicación automática de una tarifa especial, previamente negociada entre las partes, a partir de esa edad límite y para para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro y sobre los plazos de créditos otorgables en determinada edad de la persona asegurable, o;
2. Realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance esa edad límite, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto y, por lo tanto, se proceda con la aplicación de un recargo especial o la exclusión del Asegurado de la Póliza de Seguro.

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

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

47. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD

Si la edad de un Asegurado se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas.

La Suma Asegurada del Asegurado no será modificada si las sumas aseguradas aplicables a los Asegurados no dependen de la edad; pero si las sumas aseguradas dependen de la edad

del Asegurado, la suma asegurada será enmendada de modo correspondiente y el ajuste de prima tomará en consideración la mencionada enmienda.

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

48. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período 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.

49. 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.

50. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de la Compañía de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de las obligaciones surgidas de esta póliza, por lesiones recibidas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones.

La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los aseguradores de éstos. En igual forma lo podrá hacer del Asegurado, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación: La Compañía pagará al Asegurado Principal o a quien éste señale, el beneficio de la póliza, sujeto a que el Asegurado:

- Firme el finiquito respectivo y subroguen en la Compañía todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula.
- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar el ejercicio por parte de la Compañía de los derechos subrogados.
- Cooperen y asistan a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

51. MONEDA

Este seguro se contrata en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares, ya sea colones costarricenses o 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.

52. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

53. LIMITACIÓN POR SANCIONES

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

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

54. COMISIÓN DE COBRO

De común acuerdo entre la Compañía y el Contratante, por la recaudación de las primas, la Compañía podrá reconocer al Contratante el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares, así como en la Propuesta de Seguro y la Propuesta de Prórroga.

En caso de aplicar alguna comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza al Contratante, la misma indicará de manera expresa que dicho estipendio contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Contratante en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de potenciales Asegurados que decidan optar por otro seguro.

55. COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN

Previa negociación entre la Compañía y el Intermediario de Seguros, esta póliza podrá incluir una comisión de intermediación pagable al Intermediario de Seguros por concepto de promoción, oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de esta póliza, la ejecución de los trámites de reclamos y el asesoramiento que se preste en relación con esta póliza. Dicha comisión se expresará como un porcentaje de la Prima y se especificará en las Condiciones Particulares, así como en la Propuesta de Seguro y la Propuesta de Prórroga e incluirá los costos indirectos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

56. DERECHO DE RETRACTO

Por la naturaleza de esta Póliza, no se otorga a los Asegurados ningún derecho de retracto.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

57. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato.

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

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

58. 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 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/Certificado.

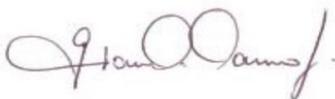
El Contratante y/o Asegurado Principal, por este medio podrá autorizar a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o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

59. MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA

El Contratante y los miembros del Grupo Asegurado podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza mediante los siguientes medios:

- Número de teléfono: 2503 2700, opción 1.
- Correo electrónico: servicio@assanet.com.
- Sitio web en el que se pueda revisar toda la documentación contractual y plantear consultas: <https://www.assanet.cr/>.

assa COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.



FIRMA AUTORIZADA

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número **P14-40-A05-765** de 07 de septiembre del 2024.