

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CONTRATO TIPO (DOLARES)
CONDICIONES GENERALES

Mediante esta PÓLIZA, ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “LA COMPAÑÍA”) conviene con el TOMADOR indicado en las CONDICIONES PARTICULARES (denominado el “TOMADOR”) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos y condiciones estipulados en la PÓLIZA.

El derecho a las prestaciones estipuladas en esta PÓLIZA depende del correcto cumplimiento de parte del TOMADOR con todos sus términos, condiciones y demás estipulaciones, así como las normas imperativas de las leyes aplicables.

La PÓLIZA está conformada por los siguientes documentos:

- CONDICIONES PARTICULARES
- CONDICIONES GENERALES
- PROPUESTA DE SEGURO, cuando se emita.
- SOLICITUD DE SEGURO que incluye las DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Las presentes CONDICIONES GENERALES se rigen por definiciones y condiciones detalladas a continuación.

El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por el asegurador con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que las partes de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial.

I. Definiciones

Para efectos de la presente PÓLIZA se utilizarán los conceptos que a continuación se detallan, los cuales serán escritos en letras mayúsculas a lo largo del documento.

- a) **ACTIVIDAD PROFESIONAL:** Actividad desarrollada de manera habitual por un individuo para cuyo ejercicio se exige el cumplimiento de requisitos formales tales como la obtención de un título universitario, la agremiación a un colegio de profesionales o la obtención de un permiso, licencia, autorización o acreditación de parte de una entidad de la Administración Pública. La actividad debe ser desarrollada por la persona que reúna los requisitos idóneos para la misma.
- b) **ADDENDUM:** Documento escrito que modifica parte de las CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES o ADDENDUM previo de la PÓLIZA, ya sea por solicitud del Contratante o como requerimiento de LA COMPAÑÍA para la suscripción del contrato. En plural se denomina Addenda. El ADDENDUM y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.
- c) **ASEGURADO:** Es la persona jurídica cuyo patrimonio es susceptible de afectación en caso de declaración de una responsabilidad civil cubierta. Para los efectos de este contrato el ASEGURADO siempre será la misma persona que el TOMADOR y las obligaciones y derechos que se disponga para éste serán también aplicables al ASEGURADO NOMBRADO cuando corresponda.
- d) **ASEGURADO NOMBRADO:** Es la persona física o jurídica diferente del ASEGURADO identificada en las CONDICIONES PARTICULARES a cuyo favor operará igualmente esta PÓLIZA y cuyo patrimonio es susceptible de afectación en caso de declaración de una responsabilidad civil cubierta.

- e) **COBERTURA(S) BÁSICA(S):** Se refiere a los amparos a las que se obliga la ASEGURADORA mediante el presente contrato y que siempre se contratan con el seguro.
- f) **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recogen los principios básicos que regulan este contrato de seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe LA COMPAÑÍA. Incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes contratantes e incorporan las condiciones especiales. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
- g) **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del TOMADOR, ASEGURADO, ASEGURADO NOMBRADO y BENEFICIARIOS, vigencia del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles, así como cualquier otra disposición que complementa las CONDICIONES GENERALES. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
- h) **DAÑO:** Para efectos de esta PÓLIZA lo conforma la afectación sufrida por un TERCERO a consecuencia del menoscabo de su patrimonio provocado por DAÑOS a su propiedad, gastos incurridos, LESIONES CORPORALES o muerte, como consecuencia directa y eficiente de un EVENTO. Incluye el DAÑO MORAL. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- i) **DAÑO MORAL:** Todo aquel DAÑO causado al ámbito no material de un TERCERO, tales como, pero no limitados a, dolor, sufrimiento, angustia, estrés, nerviosismo, pérdida de la cordura y otros similares, sean o no sujetos de tasación monetaria. Lo anterior bajo la condición de que el daño moral sea consecuencia directa y eficiente de un EVENTO amparado en esta póliza.
- j) **DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestaciones del ASEGURADO, o su representante, mediante las cuales comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de LA COMPAÑÍA así como para la determinación de la PRIMA a cobrar.
- k) **DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual del monto de la indemnización y se establece en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA. Representa la participación económica del ASEGURADO en la indemnización y el mismo será rebajado de ésta una vez aplicada cualquier deducción que corresponda. Se aplica por cada siniestro y tiene como finalidad que el ASEGURADO haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca un EVENTO y disminuir sus consecuencias.
- l) **EVENTO:** Error u omisión involuntaria imputable al ASEGURADO, derivada directamente del ejercicio de la ACTIVIDAD descrita en las CONDICIONES PARTICULARES, que tiene lugar durante el período de vigencia de la PÓLIZA y que es susceptible de generarle una responsabilidad de tipo civil a éste, o al ASEGURADO NOMBRADO, frente a un TERCERO. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- m) **INTERÉS ASEGURABLE:** Por INTERÉS ASEGURABLE se entiende el interés económico que el ASEGURADO y/o ASEGURADO NOMBRADO tiene en la conservación de la integridad del patrimonio asegurado.
- n) **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.
- o) **LESIONES CORPORALES:** Son los DAÑOS en la integridad física de la persona incluyendo la muerte que ocurra en cualquier tiempo y que resulta de ello, enfermedad o padecimiento físico sufrido por cualquier TERCERO, causados por un EVENTO.
- p) **LIMITE AGREGADO ANUAL:** Es la suma máxima por la cual LA COMPAÑÍA asume la responsabilidad y otorga cobertura a los SINIESTROS que ocurran dentro de la vigencia del

seguro. Esta suma es única por PÓLIZA y no aumenta por la inclusión de ASEGURADOS, ASEGURADOS NOMBRADOS, UNIDADES ASEGURADAS, ACTIVIDADES, JURISDICCIONES, o cualquier otro elemento contemplado en el contrato.

- q) **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:** Es la suma máxima que pagará LA COMPAÑÍA según se estipule en las CONDICIONES PARTICULARES. Esta suma es única por PÓLIZA y no aumenta por la inclusión de ASEGURADOS, ASEGURADOS NOMBRADOS, UNIDADES ASEGURADAS, ACTIVIDADES, JURISDICCIONES, o cualquier otro elemento contemplado en el contrato.
- r) **LIMITE ÚNICO COMBINADO:** Es el límite para las indemnizaciones tanto para LESIONES CORPORALES a terceras personas como DAÑOS a la propiedad de TERCEROS que se vean afectados en un EVENTO amparado. Esta suma es única por PÓLIZA y no aumenta por la inclusión de ASEGURADOS, ASEGURADOS NOMBRADOS, UNIDADES ASEGURADAS, ACTIVIDADES, JURISDICCIONES, o cualquier otro elemento contemplado en el contrato.
- s) **PERJUICIO:** Ganancia dejada de percibir por un TERCERO como consecuencia directa de un EVENTO. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- t) **PÓLIZA:** Representa el contrato de seguro y está integrada por los siguientes documentos
 - CONDICIONES PARTICULARES
 - CONDICIONES GENERALES
 - PROPUESTA DE SEGURO, cuando corresponda
 - SOLICITUD DE SEGURO que incluye las DECLARACIONES DEL ASEGURADO.
- u) **PRIMA:** Precio que paga el TOMADOR o un TERCERO a su favor por la cobertura del seguro a la que se obliga - LA COMPAÑÍA, su monto, conducto de pago y periodicidad de pago se establecen en las CONDICIONES PARTICULARES. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- v) **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 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 PRIMA NO DEVENGADA, ésta se pondrá a disposición del mismo dentro de los diez 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.
- w) **RECLAMO:** Manifestación formal de parte de un TERCERO hecha al ASEGURADO o ASEGURADO NOMBRADO solicitando la indemnización de DAÑOS o PERJUICIOS. Incluye tanto los planteamientos en sede privada, administrativa, arbitral y judicial. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.
- x) **SINIESTRO:** Constituye la materialización del riesgo. Para efectos de las obligaciones relacionadas con el acaecimiento del SINIESTRO el mismo se entenderá como cualquiera de las siguientes situaciones, en cuanto sea de conocimiento del ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO:
 - i. El EVENTO
 - ii. El DAÑO o PERJUICIO causado a un TERCERO como consecuencia de un EVENTO
 - iii. El RECLAMO planteado por un TERCERO en contra del ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO.

Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.

- y) **SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario completado por el TOMADOR que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo, determinar la prima a pagar y decidir la eventual expedición de la PÓLIZA. Incluye las declaraciones bajo fe de juramento

que realiza el TOMADOR del seguro.

- z) **SUBROGACIÓN:** Es la cesión, a favor de - LA COMPAÑÍA, de los derechos que corresponden al ASEGURADO o ASEGURADO NOMBRADO contra un TERCERO. Ocurre en razón de la indemnización.
- aa) **TERCERO o TERCERAS PERSONAS:** Persona diferente de LA COMPAÑÍA, el ASEGURADO y ASEGURADO NOMBRADO y de sus empleados y familiares o familiares de sus representantes, directores, empleados y socios hasta segundo grado de afinidad y consanguinidad.
- bb) **TERRITORIO DE LA PÓLIZA:** La República de Costa Rica. Lo anterior significa que los SINIESTROS deberán tener lugar en el territorio costarricense y que los derechos y obligaciones derivados del contrato se interpretarán conforme a la legislación y competencia jurisdiccional de Costa Rica salvo que en las CONDICIONES PARTICULARES se disponga de otra forma.
- cc) **TOMADOR:** Es la persona 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.
- dd) **UNIDAD ASEGURADA:** Lugar o lugares declarados en las CONDICIONES PARTICULARES en los que se da el desarrollo de las ACTIVIDADES desempeñadas por el ASEGURADO y los ASEGURADOS NOMBRADOS. Por acuerdo de las partes en las CONDICIONES PARTICULARES puede simplemente indicarse todo el territorio de Costa Rica, sin que haya entonces limitación al ejercicio de las ACTIVIDADES PROFESIONALES en un lugar determinado dentro del país.
- ee) **VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el período durante el cual LA COMPAÑÍA se compromete, a brindar la cobertura. Se especifica en las CONDICIONES PARTICULARES.

II. Condiciones Generales

1. Prelación de términos.

Para efectos de términos y condiciones de esta PÓLIZA, en caso que alguno de ellos se contradiga con otro, se aplicará el siguiente orden de prelación:

- 1.1. Leyes de carácter imperativo vigentes.
- 1.2. CONDICIONES PARTICULARES y sus ADDENDA
- 1.3. CONDICIONES GENERALES y sus ADDENDA
- 1.4. PROPUESTA DE SEGURO cuando corresponda
- 1.5. SOLICITUD DE SEGURO, aceptada por LA COMPAÑÍA.
- 1.6. Otras leyes y normativa aplicables.

2. Cobertura.

- 2.1. Cobertura básica.** – LA COMPAÑÍA se compromete a indemnizar económicamente los DAÑOS y PERJUICIOS sufridos por TERCEROS por los que sea responsable civilmente el ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO a consecuencia de un EVENTO y generados de forma directa y eficiente por errores y omisiones involuntarios del ASEGURADO en el ejercicio de la ACTIVIDAD PROFESIONAL detallada en las CONDICIONES PARTICULARES.
- 2.2. Rubros comprendidos.** Conforme a lo indicado en la condición 2.1. quedan cubiertos dentro del LIMITE DE RESPONSABILIDAD los siguientes rubros:
 - 2.2.1.** Pago por concepto de DAÑOS Y PERJUICIOS, gastos médicos y funerarios de él(los) TERCERO(s) por el EVENTO, de acuerdo con lo previsto en esta PÓLIZA y en las CONDICIONES PARTICULARES.

- 2.2.2.** Las costas y gastos judiciales relativos a procesos judiciales civiles y penales en cuanto a las consecuencias de responsabilidad civil que puedan generar así como procesos arbitrales en contra del ASEGURADO y ASEGURADO NOMBRADO, en relación con el EVENTO cubierto. Se cubren también los gastos en que incurra el ASEGURADO y ASEGURADO NOMBRADO por demandas infundadas contra él relacionada con EVENTOS cubiertos por el seguro. En caso de culpabilidad concurrente entre el demandante y el ASEGURADO, y cualquier otra persona que figure como demandante o demandado en el proceso, LA COMPAÑÍA solo responderá por la parte de la cuantía que se fije para el ASEGURADO y ASEGURADO NOMBRADO.
- 2.2.3.** DAÑOS ocasionados a bienes muebles o inmuebles de TERCEROS, causados directamente por los EVENTOS.
- 2.2.4.** El importe de la totalidad de las PRIMAS sobre fianzas necesarias para levantar embargos. Dicho importe formará parte del LIMITE DE RESPONSABILIDAD de la cobertura descrita en las CONDICIONES PARTICULARES.
- 2.2.5.** Igualmente, dentro del LÍMITE DE RESPONSABILIDAD, se reconocerán los gastos por disminución de consecuencias del SINIESTRO que demuestre el ASEGURADO, salvo aquellos que sean inoportunos o desproporcionados. Lo anterior incluye los gastos razonables en que incurrió el ASEGURADO por los primeros auxilios prestados a TERCEROS inmediatamente al haber ocurrido el accidente por las LESIONES CORPORALES sufridas a las cuales se aplica este seguro;
- 2.3. Exclusiones. Queda excluido de la cobertura del presente contrato y por lo tanto LA COMPAÑÍA no estará obligada a indemnizar lo siguiente:**
- 2.3.1. DAÑOS y PERJUICIOS generados por acciones dolosas del ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO o por la propia culpa o dolo del TERCERO afectado. Forma parte de la exclusión el acoso sexual.**
- 2.3.2. DAÑOS y PERJUICIOS causados como consecuencia directa o indirecta de la imposibilidad de generar, procesar cálculos y/o información correctas, cualquiera que sea su tipo, y/o por el fracaso, incapacidad para operar, procesar datos y/o información sin error, o por sus consecuencias, causadas por o a través de cualquier procesador electrónico de datos, equipo de cómputo o programas, (software), cerebros electrónicos de cualquier tipo, donde quiera que estos puedan estar instalados, debido al incorrecto registro, incorrecto manejo, al no reconocimiento y/o no procesamiento antes, durante o después del año dos mil (2000) en la información de fechas o en cualquier otro campo procesador de datos que se relacione directa o indirectamente con estos.**
- 2.3.3. La responsabilidad asumida por el ASEGURADO bajo cualquier contrato o convenio salvo respecto a mantener indemne al ASEGURADO NOMBRADO.**
- 2.3.4. DAÑOS y PERJUICIOS que provengan de la propiedad de, posesión, uso, mantenimiento o reparación de, operación, uso, la carga o descarga de:**
- 2.3.4.1. Cualquier automóvil, ferrocarril, aeronave, embarcación u otro artefacto de propulsión mecánica o equipo especial, que requiera licencia habilitante para su conducción por las vías públicas, privadas y playas; según lo establece la Ley de Tránsito por Vías Públicas y Terrestres, o;**

- 2.3.4.2. RECLAMOS** causados directamente por la operación de riesgos portuarios y aeroportuarios ni por actividades dentro de sus recintos.
- 2.3.5.** RECLAMOS causados directa e indirectamente por guerra, ya fuere declarada o no, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, sublevación militar, invasión, actos bélicos, confiscación, comiso, nacionalización, destrucción o DAÑOS por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad; actos vandálicos, actos terroristas y sabotaje.
- 2.3.6.** Cualquier obligación de la cual el ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO o cualquiera de sus empleados pueda resultar como responsable bajo cualquier ley sobre accidentes de trabajo y riesgos profesionales, de la compensación para desempleados o que proporciona beneficios a causa de invalidez o incapacidad o bajo cualquier ley semejante;
- 2.3.7.** LESIONES CORPORALES y muerte sufridas por cualquier empleado del ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO que provengan de y en el curso de su empleo con el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO.
- 2.3.8.** DAÑOS a los bienes propiedad del ASEGURADO o ASEGURADO NOMBRADO o de TERCEROS, que usare o tuviere a su cargo, en custodia, en arrendamiento o en uso en relación con su ACTIVIDAD.
- 2.3.9.** DAÑOS a la propiedad ajena ocasionados a los inmuebles enajenados por el ASEGURADO o ASEGURADO NOMBRADO y que provengan de tales inmuebles o de cualquier parte de los mismos;
- 2.3.10.** DAÑOS ocasionados por el empleo, uso o manejo de mercaderías o productos manufacturados, vendidos, manejados o distribuidos por el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO;
- 2.3.11.** DAÑOS y PERJUICIOS que provengan de alteraciones estructurales las cuales envuelven las operaciones de cambiar el tamaño de o el traslado de edificios u otras estructuras, de nuevas construcciones o de demoliciones ejecutadas por o en nombre del ASEGURADO NOMBRADO. Lo anterior salvo que en las CONDICIONES PARTICULARES se disponga lo contrario.
- 2.3.12.** Daños materiales ocasionados por la acción paulatina de temperaturas, de vapores o humedad, de sedimentaciones, humo, hollín, polvo y otros, asimismo por aguas residuales, formación de moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones por trabajos con martillos mecánicos, filtraciones, derrames, ruidos, luz, rayos, calor, por inundaciones de aguas estancadas o corrientes, así como DAÑOS en campos cultivados ocasionados por ganado o por animales silvestres.
- 2.3.13.** RECLAMOS contra el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO que hayan acontecido antes de la formalización de este seguro.
- 2.3.14.** DAÑOS y PERJUICIOS como consecuencia de cualquier tipo de contaminación.
- 2.3.15.** Deficiencias o diferencias del servicio profesional prestado con la promoción o publicidad e intereses difusos del mismo.
- 2.3.16.** Multas, penalizaciones, costos o gastos que se originen de una demanda o solicitud gubernamental para que el ASEGURADO pruebe, evalúe, controle, limpie, remueva, contenga irritantes, contaminantes o agentes contaminadores. LA COMPAÑÍA no tendrá la obligación de defender ningún RECLAMO o juicio por medio del cual se persiga la imposición de dichas multas o penalizaciones, o el pago de costas o gastos, responsabilidad por tales DAÑOS

- o cualquier otra clase de compensación.
- 2.3.17. DAÑOS o sanciones punitivas.
 - 2.3.18. Reclamaciones provenientes del ejercicio de ACTIVIDAD PROFESIONAL distinta a la declarada en la SOLICITUD DE SEGURO, en las CONDICIONES PARTICULARES, así como todas las operaciones ajenas al ámbito estricto de ésta.
 - 2.3.19. Insatisfacción en la calidad o atributo del servicio profesional brindado.
 - 2.3.20. DAÑOS y PERJUICIOS que se relacionen directa o indirectamente en forma alguna con Tabaco, Asbesto, fibras de amianto, dioxinas, dimetil isocianato, bifenilos policlorados, clorofluorocarbonos y/o clorofenoles. LA COMPAÑÍA no tendrá ninguna obligación de ninguna clase respecto a tales pérdidas, demandas, RECLAMOS o juicios.
 - 2.3.21. DAÑOS Financieros Puros (Lucro Cesante), cualquier PERJUICIO puramente patrimonial que no fuera la consecuencia directa de una lesión corporal o un daño a la propiedad cubierto por la presente PÓLIZA así como cualquier pérdida de utilidades indirecta (lucro cesante).
 - 2.3.22. Daño genéticos ocasionados a personas, animales o plantas.
 - 2.3.23. Reclamaciones provenientes de la organización y/o participación en actividades de carácter competitivo o asistencia masiva.
 - 2.3.24. Falta o insuficiencia de obras de consolidación para evitar la pérdida de soporte necesario al suelo o subsuelo de propiedades vecinas.
 - 2.3.25. La culpa inexcusable del TERCERO. Cuando se determine culpabilidad concurrente entre el TERCERO y el ASEGURADO y/o ASEGURADO NOMBRADO, LA COMPAÑÍA responderá por la proporción que se fije para el ASEGURADO y/o ASEGURADO NOMBRADO.
 - 2.3.26. Cualquier tipo de EVENTO de la naturaleza.
 - 2.3.27. Lesión y muerte ocasionados a cualquiera que no sea un TERCERO, según se define en esta PÓLIZA.
 - 2.3.28. Infidelidad de los empleados o actos fraudulentos de parte del ASEGURADO y/o ASEGURADO NOMBRADO.
 - 2.3.29. Reclamaciones derivadas de situaciones en que concurra fuerza mayor o derivada del ejercicio de cualquier ACTIVIDAD PROFESIONAL distinta a la declarada en la solicitud de la presente PÓLIZA, así como todas aquellas operaciones ajenas al ámbito estricto de ésta.
 - 2.3.30. Pérdidas a consecuencia de pactos especiales o promesas que vayan más allá del ámbito de la responsabilidad civil que correspondería conforme al ordenamiento jurídico y los precedentes jurisprudenciales sino se hubiera convenido ese pacto o promesa.
 - 2.3.31. El incumplimiento de convenios que garanticen el resultado de trabajos y/o servicios (obligación de resultados).
 - 2.3.32. En el ejercicio profesional del ASEGURADO O ASEGURADO NOMBRADO, se encuentre bajo la influencia del licor o drogas.
 - 2.3.33. Reembolso de honorarios profesionales no autorizados previamente por LA COMPAÑÍA.
 - 2.3.34. Violación del secreto profesional, Violaciones de derecho de autor, publicidad engañosa e insatisfacción por la calidad del producto.
 - 2.3.35. DAÑOS Y PERJUICIOS derivados por Robo de Identidad.

2.3.36. Contaminación Radioactiva y Explosivos Nucleares:

2.3.36.1. Radiación ionizante o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desecho nuclear o de la combustión de combustibles nucleares.

2.3.36.2. Agentes radioactivos, tóxicos, explosivos u otros peligros o propiedades contaminantes de cualquier instalación nuclear, reactor nuclear u otra planta nuclear o componente nuclear de éstos.

2.3.36.3. Cualquier arma de guerra en la cual se emplee fisión nuclear o atómica y/o fusión u otra reacción similar o fuerza o materia radioactiva.

PARA LAS SIGUIENTES PROFESIONES, ADEMÁS APLICAN LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES

2.3.37. En lo que respecta a la ACTIVIDAD PROFESIONAL médica, quedan excluidos:

2.3.37.1. DAÑOS derivados del ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o terapéutica; en el caso de la cirugía plástica o estética, solamente se otorga cobertura en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalía congénita.

2.3.37.2. Transfusiones de sangre o por la actividad de bancos de sangre.

2.3.37.3. En el caso de odontólogos y ortodoncistas, por la aplicación de anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en un hospital acreditado para dicho fin.

2.3.37.4. El trasplante de órganos, tejidos y sus componentes, siempre que las reclamaciones sean hechas por los disponentes o sus familiares.

2.3.37.5. DAÑOS Y PERJUICIOS por contagio y tratamiento de el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como, complejos o agentes patógenos relacionados con éste.

2.3.37.6. Ensayos clínicos, así como responsabilidad civil proveniente de experimentos, manipulaciones y uso de genes.

2.3.37.7. Responsabilidad Civil derivada de tratamientos médicamente innecesarios, emisión de dictámenes periciales.

2.3.37.8. Reclamaciones y/o DAÑOS derivados del contagio y tratamiento de la Hepatitis C.

2.3.38. En lo que respecta a la ACTIVIDAD PROFESIONAL de abogados y notarios, quedan excluidas:

2.3.38.1. Las responsabilidades civiles generadas a partir de la inobservancia de plazos procesales o de trámites.

2.3.38.2. Reclamaciones provenientes de la demora o extravío de documentos.

2.3.38.3. Reclamaciones provenientes de la responsabilidad de otras personas físicas o jurídicas, asumidas por el ASEGURADO bajo contratos, acuerdos o similares que no realicen ACTIVIDAD PROFESIONAL.

2.3.39. En lo que respecta a la ACTIVIDAD PROFESIONAL de ingenieros y arquitectos, quedan excluidos:

2.3.39.1. Los DAÑOS o pérdidas resultantes directa o indirectamente de la ocurrencia de EVENTOS tales como: inconsistencia, hundimiento o asentamiento del suelo o subsuelo por razones enteramente naturales, rayo, temblores, terremotos, huracanes, ciclones, maremotos, erupciones

volcánicas y otros fenómenos naturales.

2.3.39.2. Actividades en conexión con puentes, túneles, represas y trabajos similares, a menos que estén específicamente indicados en las **CONDICIONES PARTICULARES** de esta PÓLIZA.

2.3.39.3. **DAÑOS Y PERJUICIOS** originados como resultado de que el **ASEGURADO** o el **ASEGURADO NOMBRADO** emprenda el arreglo o manejo del abastecimiento de materiales.

2.3.39.4. Vicios ocultos o preexistentes en la construcción.

2.3.39.5. Obras, trabajos o proyectos desarrollados sin el permiso de construcción emitido por la entidad competente.

2.3.39.6. Costos de rediseño, revisión o análisis de planos, de diseño o especificación.

2.3.39.7. La responsabilidad civil decenal.

2.3.40. En lo que respecta a la **ACTIVIDAD PROFESIONAL** de **INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, quedan excluidas:

2.3.40.1. Cualquier reclamación realizada por personas físicas o jurídicas que tengan una participación significativa en el capital de la sociedad mediadora.

2.3.40.2. Reclamaciones derivadas de la declaración de insolvencia o liquidación de las Entidades Aseguradoras o del propio **ASEGURADO**.

2.3.40.3. Pérdidas derivadas del ejercicio de cualquier **ACTIVIDAD PROFESIONAL** distinta a la mediación del seguro, así como todas aquellas operaciones ajenas al ámbito estricto de ésta.

Por tratarse éste de un contrato tipo, en las **CONDICIONES PARTICULARES** las partes podrán adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las mencionadas en los apartados anteriores.

2.4. **Determinación de la responsabilidad civil.** La responsabilidad civil del **ASEGURADO** y **ASEGURADO NOMBRADO** se determinará mediante sentencia judicial o laudo arbitral en firme, o mediante reconocimiento extrajudicial siempre que exista acuerdo escrito, previo al reconocimiento, por parte **LA COMPAÑÍA**, Según lo anterior **LA COMPAÑÍA** no quedará obligada por reconocimiento de adeudos, transacciones o cualesquiera otros actos jurídicos de naturaleza semejante, aceptados o concertados sin su conocimiento. La confesión de la materialidad de un hecho, no podrá ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad.

2.5. **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD de LA COMPAÑÍA.** **LA COMPAÑÍA** en ningún momento pagará un monto mayor, independientemente de los rubros que se incluyan, a las sumas indicadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** como **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, **LÍMITE UNICO COMBINADO** o **LÍMITE AGREGADO ANUAL**, la suma que se alcance primero.

2.6. **Territorialidad.** Para que se encuentre cubierto, el **EVENTO** deberá haber ocurrido dentro de los límites de Costa Rica y los **RECLAMOS** planteados de conformidad con la normativa costarricense y sometidos a la jurisdicción costarricense, salvo que en las **CONDICIONES PARTICULARES** se estipule otra cosa.

2.7. **Clase de seguro.** El presente seguro corresponde a la categoría de Seguros Generales, Ramo de Responsabilidad Civil.

2.8. **Periodo de Cobertura.** De conformidad con el artículo 15 de la Ley Reguladora del

Contrato del Seguro en adelante LRCS se aclara que el periodo de cobertura de este seguro es por reclamación, de manera que solo se cubren EVENTOS ocurridos durante el período de VIGENCIA DE LA POLIZA y cuya reclamación tenga lugar durante dicho periodo lo anterior salvo que se estipule expresamente en las CONDICIONES PARTICULARES que el seguro es por ocurrencia.

3. Obligaciones del ASEGURADO

El ASEGURADO deberá cumplir con todas las obligaciones que se detallan en la presente condición y en las CONDICIONES PARTICULARES. El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones generará el derecho de LA COMPAÑÍA, según se indica en cada caso, a quedar liberado de sus obligaciones contractuales, reteniendo en todo caso la PRIMA DEVENGADA y la PRIMA NO DEVENGADA, cuando se especifique de esta manera. En esta PÓLIZA las condiciones de TOMADOR y ASEGURADO recaerán siempre sobre la misma persona.

3.1. Interés asegurable

El ASEGURADO declara ser titular de un interés lícito y económico en la no ocurrencia del riesgo cubierto por esta PÓLIZA. La desaparición del interés asegurable traerá como consecuencia la terminación del contrato de seguro.

Cuando el 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 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 ASEGURADO deberá notificarlo a LA COMPAÑÍA para efectos de que ésta reintegre las primas pagadas, las que estarán a disposición del ASEGURADO a más tardar diez (10) días hábiles.

3.2. Pago de la PRIMA

3.2.1. Obligación de pago. El ASEGURADO deberá cumplir con el pago de la PRIMA del seguro, según lo dispuesto en las CONDICIONES PARTICULARES en cuanto a monto, conducto de pago y periodicidad.

En el momento en que LA COMPAÑÍA pague la indemnización correspondiente al máximo del LÍMITE DE RESPONSABILIDAD, se entenderá por devengada la PRIMA correspondiente al resto del período de VIGENCIA la PÓLIZA con base en el cual fue calculada. El ASEGURADO podrá realizar el pago correspondiente en ese momento o en su defecto éste se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

3.2.2. Recargo por fraccionamiento de pagos. En caso que se acuerde un pago fraccionado de la PRIMA, lo cual constará en las CONDICIONES PARTICULARES, aplicarán los siguientes recargos:

- 3.2.2.1. Pagos semestrales 4%.**
- 3.2.2.2. Pagos cuatrimestrales 5%.**
- 3.2.2.3. Pagos trimestrales 6%.**
- 3.2.2.4. Pagos bimestrales 7%.**
- 3.2.2.5. Pagos mensuales 8%.**

Un recargo distinto podrá negociarse entre las partes indicando lo que corresponda en las CONDICIONES PARTICULARES.

3.2.3. Lugar y conducto de pago de pago. Las PRIMAS correspondientes al seguro deben pagarse en cualquiera de las oficinas autorizadas por LA COMPAÑÍA en el territorio nacional según se indica en la SOLICITUD DE SEGURO.

En caso de convenirse alguna posibilidad de pago distinta deberá disponerse así en la SOLICITUD DE SEGURO.

Si el ASEGURADO paga en Colones lo hará al tipo de cambio para la venta de Dólares vigente ese día en el banco en que se haga el depósito. De hacer el pago en las oficinas de LA COMPAÑÍA la referencia será el tipo de cambio para la venta que indique el Banco Central de Costa Rica.

3.2.4. Periodo de gracia. La primera PRIMA, y fracciones de ésta, deberá ser pagada dentro de los diez días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato, las PRIMAS correspondientes a renovaciones se pagarán dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha renovación. De no pagarse dentro de esos plazos se producirá la mora del ASEGURADO. Generada la mora, LA COMPAÑÍA notificará dentro de los cinco días hábiles siguientes la terminación del contrato a partir de la mora. Si ocurre algún SINIESTRO cubierto durante el período de gracia, LA COMPAÑÍA deducirá de la indemnización el valor de la prima anual pendiente de pago. En caso que se haya otorgado la cobertura durante el período de gracia, LA COMPAÑÍA podrá recibir el cobro correspondiente en el monto proporcional al número de días transcurridos hasta la notificación de la terminación automática.

3.2.5. PRIMA mínima siempre devengada. Tal y como se encuentra justificado en la nota técnica del producto, los costos administrativos de emisión y mantenimiento de la PÓLIZA, generan que desde la emisión de la PÓLIZA exista una PRIMA mínima siempre devengada. De conformidad con lo anterior esa PRIMA mínima siempre devengada corresponderá, de acuerdo al período de cobertura transcurrido a los siguientes porcentajes de la PRIMA total:

- 3.2.5.1. Hasta 10 días, 15%
- 3.2.5.2. Hasta 1 mes, 20%
- 3.2.5.3. Hasta 1 y 1/2 meses, 25%
- 3.2.5.4. Hasta 2 meses, 30%
- 3.2.5.5. Hasta 3 meses, 40%
- 3.2.5.6. Hasta 4 meses, 50%
- 3.2.5.7. Hasta 5 meses, 60%
- 3.2.5.8. Hasta 6 meses, 70%
- 3.2.5.9. Hasta 7 meses 75%
- 3.2.5.10. Hasta 8 meses, 80%
- 3.2.5.11. Hasta 9 meses, 85%
- 3.2.5.12. Hasta 10 meses, 90%
- 3.2.5.13. Hasta 11 meses 95%.

3.3. Declaración del riesgo

El ASEGURADO está obligado a declarar a LA COMPAÑÍA todos los hechos y circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo. El ASEGURADO quedará relevado de esta obligación cuando LA COMPAÑÍA conozca o debiera razonablemente conocer la situación. Deberá declarar expresamente el ASEGURADO que se encuentra facultado legalmente para el ejercicio de la profesión indicada en las CONDICIONES PARTICULARES.

La reticencia o falsedad intencional por parte del ASEGURADO, sobre hechos o circunstancias que conocidos por LA COMPAÑÍA hubieren 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. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado. La misma será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.

Si la reticencia o falsedad no son intencionales se procederá de la siguiente manera:

- 3.3.1. LA COMPAÑÍA tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al ASEGURADO la modificación del contrato la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de su notificación LA COMPAÑÍA podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la PRIMA DEVENGADA al momento que se notifique la decisión, y reintegrando, el valor de PRIMAS NO DEVENGADAS, que deberá estar a disposición del TOMADOR en las oficinas de LA COMPAÑÍA a más tardar diez días hábiles después de terminado el contrato de conformidad con la CONDICIÓN GENERAL 12..
- 3.3.2. Si LA COMPAÑÍA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera ASEGURADO podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al TOMADOR la PRIMA NO DEVENGADA al momento de la rescisión que deberá estar a disposición del ASEGURADO en las oficinas de LA COMPAÑÍA a más tardar diez días hábiles después de terminado el contrato de conformidad con la CONDICIÓN GENERAL 12.

Si la reticencia o falsedad son intencionales, el contrato se tendrá por nulo pero LA COMPAÑÍA tendrá derecho a devengar la totalidad de las PRIMAS pagadas.

Si un SINIESTRO ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, LA COMPAÑÍA deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse al ASEGURADO. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al ASEGURADO, LA COMPAÑÍA estará obligado 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 a la persona asegurada respectivamente.

3.4. Agravación del riesgo

El ASEGURADO está obligado a velar porque el estado del riesgo no se agrave. Deberá también notificar por escrito a LA COMPAÑÍA aquellos hechos, posteriores a la celebración del contrato, que sean desconocidos por LA COMPAÑÍA e impliquen razonablemente una AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

La notificación se hará con no menos de diez días hábiles de antelación a la fecha en que se inicie la AGRAVACIÓN DEL RIESGO, si ésta depende de la voluntad del ASEGURADO. Si la AGRAVACIÓN

DEL RIESGO no depende de la voluntad del ASEGURADO, éste deberá notificarla a LA COMPAÑÍA dentro de los cinco días hábiles siguientes al momento en que tuvo, o debió razonablemente tener, conocimiento de la misma.

Notificada la AGRAVACIÓN DEL RIESGO en los términos indicados, o adquirido de otra forma el conocimiento de la situación de AGRAVACIÓN DEL RIESGO por parte de LA COMPAÑÍA, se procederá de la siguiente manera:

- 3.4.1. A partir del recibo de la comunicación o puesta en conocimiento, LA COMPAÑÍA contará con un mes para proponer la modificación de las condiciones de la PÓLIZA. La modificación propuesta tendrá efecto al momento de su comunicación al ASEGURADO cuando fuera aceptada por éste. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato si demuestra que las nuevas condiciones del riesgo hubieran impedido su celebración, deberá en este caso reintegrar las PRIMAS NO DEVENGADAS que estarán a disposición del TOMADOR a más tardar diez días hábiles después de terminada la cobertura en las oficinas de LA COMPAÑÍA de conformidad con la CONDICIÓN GENERAL 12..**
- 3.4.2. LA COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato si en el plazo de diez días hábiles, contados a partir del recibo de la propuesta de modificación, el ASEGURADO no la aceptare. En ese caso deberá reintegrar las PRIMAS NO DEVENGADAS que estarán a disposición del ASEGURADO a más tardar diez días hábiles después de terminada la cobertura en las oficinas de LA COMPAÑÍA de conformidad con la CONDICIÓN GENERAL 12..**
- 3.4.3. En caso de que sobrevenga el SINIESTRO cubierto antes de la aceptación de la propuesta o de la comunicación al ASEGURADO de la rescisión del contrato, LA COMPAÑÍA deberá cumplir la prestación convenida.**

El incumplimiento por parte del ASEGURADO de sus deberes de notificación dará derecho a LA COMPAÑÍA a dar por terminado el contrato. La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida por parte del ASEGURADO la comunicación de LA COMPAÑÍA Si el incumplimiento fuere intencional se tendrá por terminado el contrato a partir del momento en que debió notificarse. Se entenderá por intencional si la agravación fue evidente para el ASEGURADO y aun así no la notificó a LA COMPAÑÍA.

En caso de ocurrir un siniestro, sin que el ASEGURADO hubiere comunicado la AGRAVACIÓN DEL RIESGO, LA COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización en forma proporcional a la PRIMA que debió haberse cobrado. En caso de que LA COMPAÑÍA justifique que las nuevas condiciones hubieran impedido el aseguramiento quedará liberado de su obligación restituyendo las PRIMAS NO DEVENGADAS las cuales quedarán a disposición del ASEGURADO en las oficinas de LA COMPAÑÍA a más tardar diez días hábiles después de declinado el RECLAMO de conformidad con la CONDICIÓN GENERAL 12.. Cuando el ASEGURADO omitiere la notificación con dolo o culpa grave LA COMPAÑÍA podrá retener la PRIMA NO DEVENGADA y quedará liberado de su obligación.

3.5. Medidas de prevención de DAÑOS

El ASEGURADO adoptará por su propia cuenta, todas las medidas de prevención para evitar DAÑOS, atenderá las recomendaciones razonables, justificadas y proporcionales que le haga LA

COMPAÑÍA para prevenir pérdidas, destrucciones o DAÑOS y cumplirá las resoluciones legales y las recomendaciones del fabricante.

3.6. Disminución de consecuencias del SINIESTRO

El ASEGURADO deberá emplear los medios razonables a su alcance para disminuir las consecuencias del SINIESTRO. Lo anterior incluye el aviso a LA COMPAÑÍA de cualquier gestión que deba realizarse dentro de un plazo específico dispuesto por cualquier autoridad, a más tardar al momento que se cumpla el cincuenta por ciento del plazo total otorgado. El incumplimiento de esta obligación facultará a LA COMPAÑÍA para reducir su prestación en proporción al DAÑO que se pudo haber evitado. LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda prestación derivada del SINIESTRO si el ASEGURADO incumpliere esta obligación con dolo o culpa grave.

LA COMPAÑÍA correrá con los gastos de disminución de las consecuencias del SINIESTRO, originados en la obligación establecida en el párrafo anterior, siempre que se demuestre su costo conforme a los medios usualmente admitidos en derecho, independientemente de que los resultados no sean efectivos. En ningún caso se indemnizarán los gastos que sean evidentemente inoportunos o desproporcionados.

La participación de cualquiera de las partes en las labores de disminución de pérdidas y conservación no perjudicará sus derechos. Si el ASEGURADO actuó siguiendo las instrucciones de LA COMPAÑÍA este último deberá rembolsar la totalidad de los gastos.

LA COMPAÑÍA quedará liberada si el ASEGURADO provoca el EVENTO con dolo o culpa grave.

3.7. Obligaciones relacionadas con la ocurrencia del SINIESTRO

El aviso del SINIESTRO, se realizará por los medios indicados en las CONDICIONES PARTICULARES. La prontitud del aviso favorecerá la celeridad del trámite de reclamación y, cuando corresponda, la inspección en sitio del SINIESTRO indicada en la condición 8.5. por parte de LA COMPAÑÍA. En caso que el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO se encuentre en posibilidad de avisar del SINIESTRO a LA COMPAÑÍA y no lo haga, dicha omisión se entenderá como una inobservancia de la obligación del deber de colaboración y, en caso que aplique, del deber de disminuir las consecuencias del SINIESTRO, ambos exigidos por los artículos 43 y 44 de la LRCS.

La sanción prevista por la LRCS para la inobservancia del deber de colaboración que afecte, de forma significativa, la posibilidad de LA COMPAÑÍA de constatar circunstancias relacionadas con el EVENTO liberará a éste de su obligación de indemnizar.

En cuanto a la disminución de las consecuencias del SINIESTRO el incumplimiento de esta obligación por parte del ASEGURADO facultará a LA COMPAÑÍA para reducir su prestación en proporción al daño que se pudo haber evitado. LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda prestación derivada del SINIESTRO si el ASEGURADO incumpliera esta obligación con dolo o culpa grave.

En todo caso, el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO, deberá notificar el SINIESTRO a más tardar siete (7) días hábiles, contados a partir de la fecha en que haya tenido o debido tener conocimiento de su ocurrencia. Para esos efectos deberá, en el plazo indicado, presentar a LA COMPAÑÍA el formulario DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE debidamente completado y con la información que en ese formulario se solicita.

Los principales medios para dar Aviso de Siniestro son: i.) a través de la línea telefónica 2503-ASSA (2503-2772) o; ii.) al correo electrónico: reclamocr@assanet.com.

Salvo que el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO demuestren caso fortuito o fuerza mayor, el incumplimiento de las obligaciones indicadas en esta condición facultará a LA COMPAÑÍA a deducir de la indemnización el valor de los DAÑOS que le cause tal incumplimiento. El ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO deberán de conformidad con el artículo 43 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, colaborar con LA COMPAÑÍA en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio. El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de LA COMPAÑÍA de constatar circunstancias relacionadas con el EVENTO y estimar la pérdida liberará a éste de su obligación de indemnizar.

La obligación de indemnizar que tiene LA COMPAÑÍA se extinguirá si demuestra que el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO declaró, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin PERJUICIO de que la conducta del ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO configure el delito de simulación.

En caso de SINIESTRO, ni el ASEGURADO ni el ASEGURADO NOMBRADO podrán divulgar la existencia de esta PÓLIZA a TERCEROS sin la previa autorización de LA COMPAÑÍA.

3.8. SUBROGACIÓN

Pagada la indemnización, LA COMPAÑÍA se subrogará, de pleno derecho y hasta el monto de su importe, en los derechos de la persona asegurada contra las personas responsables del EVENTO. En este caso, el TERCERO podrá oponer a LA COMPAÑÍA las mismas excepciones que pudieran hacer valer contra el ASEGURADO. De conformidad con el artículo 706 del Código Civil, también podrá reclamarse el pago de intereses sobre el monto del importe.

LA COMPAÑÍA no podrá valerse de la SUBROGACIÓN en PERJUICIO del ASEGURADO ni el ASEGURADO NOMBRADO. Esta prohibición se extenderá a las personas con quienes el ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO tengan relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo o culpa grave. Salvo previo consentimiento por escrito de LA COMPAÑÍA, ni el ASEGURADO ni el ASEGURADO NOMBRADO podrán renunciar total o parcialmente a los derechos que tenga contra los terceros responsables del EVENTO, ni aceptar responsabilidad alguna de su parte.

El ASEGURADO y el ASEGURADO NOMBRADO deberán realizar todo lo que esté razonablemente a su alcance para permitirle a LA COMPAÑÍA el ejercicio de los derechos derivados de la SUBROGACIÓN. El incumplimiento de este deber se sancionará con el pago de los DAÑOS Y PERJUICIOS ocasionados.

3.9. Notificación de PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando exista una situación de PLURALIDAD DE SEGUROS de previo o como consecuencia de la suscripción del presente contrato, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo a LA COMPAÑÍA en su solicitud.

En caso que la PLURALIDAD DE SEGUROS se genere con posterioridad a la suscripción de la presente PÓLIZA, el ASEGURADO tendrá la obligación de notificar, por escrito, a LA COMPAÑÍA dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato el nombre del asegurador, la cobertura, vigencia y suma asegurada. De no hacerlo, en caso de que LA COMPAÑÍA realice pagos sin conocer esa situación, ésta tendrá derecho a reclamar el reintegro íntegro de lo pagado en exceso. El ASEGURADO, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle a LA COMPAÑÍA los intereses generados

desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha de efectivo reintegro, aplicando la tasa de interés legal.

3.10. DEDUCIBLE

El DEDUCIBLE será el estipulado en las CONDICIONES PARTICULARES.

4. Valoración

De conformidad con el artículo 73 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, cuando el ASEGURADO o el **ASEGURADO NOMBRADO** no estén de acuerdo con el monto de indemnización determinado por LA COMPAÑÍA al ocurrir el SINIESTRO, el ASEGURADO o el **ASEGURADO NOMBRADO** pueden solicitar se practique una tasación o valoración, y LA COMPAÑÍA deberá acceder a ello. La valoración será efectuada por un tasador único o por dos tasadores nombrados uno por cada parte, quienes en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer tasador. El dictamen del tercer tasador, cuando fuere necesario, se mantendrá dentro de los límites de valoración que constan en los informes individuales de los otros dos tasadores, sin que pueda, ser más bajo que el menor ni más alto que el mayor.

Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

En todo caso si no existe acuerdo sobre el monto a indemnizar al TERCERO, las partes se acogerán a lo que se determine en sentencia judicial o laudo arbitral en firme.

5. Derechos de LA COMPAÑÍA en caso de SINIESTRO.

5.1. Inmediatamente después de que ocurra una pérdida o un daño que pudiera acarrearle a LA COMPAÑÍA alguna responsabilidad en virtud del presente seguro, ésta podrá enviar representantes a la UNIDAD ASEGURADA o al lugar donde ocurrió el evento según corresponda, a fin de determinar la causa o magnitud del SINIESTRO y efectuar todas las inspecciones que se estimen necesarias.

5.2. Respecto a cualquier RECLAMO, demanda o pleito en cuanto a la responsabilidad civil del ASEGURADO o ASEGURADO NOMBRADO, LA COMPAÑÍA en cualquier tiempo podrá optar por pagar al ASEGURADO o al ASEGURADO NOMBRADO el monto (sin exceder del límite aplicable estipulado en esta PÓLIZA) por lo cual quedaría extinguido tal RECLAMO ante LA COMPAÑÍA. Al efectuar el pago y finiquitarse el RECLAMO, LA COMPAÑÍA renunciará al conducto y control de la defensa y no tendrá ninguna responsabilidad en adelante respecto a tal RECLAMO, demanda o pleito excepto por las costas y gastos previstos en esta PÓLIZA - en cuanto se relacione tales costas y gastos a asuntos que ya surgieron en conexión con dicho RECLAMO, demanda o pleito antes de la fecha de tal pago y renuncia y siempre que no se haya agotado el límite correspondiente.

6. Derecho de inspección.

Durante la vigencia del seguro LA COMPAÑÍA podrá realizar inspecciones en la UNIDAD ASEGURADA, coordinando de previo con el ASEGURADO, y podrá dejar registros de video y fotográficos como constancia. Para cuyos efectos el ASEGURADO autoriza expresamente tales actos.

7. Obligación de dar respuesta oportuna al RECLAMO

LA COMPAÑÍA brindará respuesta oportuna a todo RECLAMO, mediante resolución motivada y por escrito entregada al interesado dentro del plazo máximo de 30 días naturales a partir del momento en que presente formalmente el RECLAMO conforme al FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE. A más tardar quince días hábiles luego de presentado el RECLAMO, LA COMPAÑÍA indicará por escrito en forma clara la documentación y requisitos que se encuentren pendientes de presentación. La documentación y requisitos requeridos por LA COMPAÑÍA para analizar y definir la reclamación, deberá aportarse a LA COMPAÑÍA dentro de los siguientes diez días hábiles, período durante el cual se entenderá suspendido el plazo máximo indicado de 30 días naturales. Si el ASEGURADO no presentare la información faltante en el plazo requerido (10 días hábiles) o la misma fuera reticente, inexacta o incompleta, el RECLAMO podrá ser declinado sin PERJUICIO que el ASEGURADO pueda plantearlo nuevamente con la información completa para valorar su procedencia, salvo si la reticencia o inexactitud fuesen intencionales en cuyo caso se declinará de manera definitiva el RECLAMO.

Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, ésta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del RECLAMO.

8. Trámite de RECLAMO

El trámite de RECLAMOS será el siguiente:

- 8.1. Aviso. De conformidad con la condición 3.7., el ASEGURADO podrá realizar el aviso de SINIESTRO a la mayor brevedad por los medios indicados en las CONDICIONES PARTICULARES. En caso que el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO se encuentre en posibilidad de avisar del SINIESTRO a LA COMPAÑÍA y no lo haga, dicha omisión podrá entenderse como una inobservancia de la obligación del deber de colaboración y, en caso que aplique, del deber de disminuir las consecuencias del SINIESTRO, ambos exigidos por los artículos 43 y 44 de la LRCS.
- 8.2. Cuando se tengan indicios de la ocurrencia de un delito, el ASEGURADO o el ASEGURADO NOMBRADO deberá presentar denuncia del mismo ante las autoridades correspondientes.
- 8.3. Notificación del SINIESTRO. El ASEGURADO deberá presentar a LA COMPAÑÍA la notificación formal del SINIESTRO dentro de los siete (7) días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido o debido tener conocimiento de la ocurrencia del SINIESTRO. Para esos efectos deberá, en el plazo indicado, presentar a LA COMPAÑÍA el formulario FORMULARIO DECLARACION DEL RECLAMANTE debidamente completado y con la información que en ese formulario se solicita.
- 8.4. Recibido el Aviso del SINIESTRO, LA COMPAÑÍA contará con 72 horas para realizar una inspección en el sitio del SINIESTRO.
- 8.5. Para efectos de la inspección indicada en la condición 3.7 LA COMPAÑÍA coordinará con el ASEGURADO, la realización de la misma.
- 8.6. A más tardar quince días naturales después del SINIESTRO deberá presentar copia de los RECLAMOS presentados respecto a otros seguros de responsabilidad civil suscritos con otras entidades aseguradoras.
- 8.7. La atención del RECLAMO, comunicación de lo resuelto y pago de la indemnización, si procede, se harán de conformidad con la condición 7..
- 8.8. Al pagarse la indemnización deberá firmarse un finiquito y acordarse la SUBROGACIÓN de derechos referida en la condición 3.8..

9. Cumplimiento de la indemnización.

LA COMPAÑÍA podrá, según se negocie con el TERCERO, indemnizar en dinero o mediante reposición, reparación o reconstrucción del bien dañado u otorgamiento de prestaciones médicas en caso de LESIONES CORPORALES, por cualquier EVENTO cubierto por la PÓLIZA.

En toda indemnización la responsabilidad de LA COMPAÑÍA en ningún caso excederá del 100% del valor de la pérdida objeto de indemnización, ni del 100% del LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

10. Rectificación de la PÓLIZA

Si el contenido de la PÓLIZA difiere de la SOLICITUD DE SEGURO, prevalecerá la PÓLIZA. No obstante, el ASEGURADO tendrá un plazo de treinta 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 de emisión de la PÓLIZA. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la PÓLIZA.

11. Vigencia y Renovación

La vigencia de la presente PÓLIZA podrá ser anual, semestral, trimestral o mensual, según conste en las CONDICIONES PARTICULARES.

No operará renovación automática. El ASEGURADO deberá solicitar, con al menos un (1) mes de antelación al término de la vigencia de la PÓLIZA, su intención de renovar la misma, esa solicitud quedará sujeta a la aceptación por parte de LA COMPAÑÍA.

12. Terminación anticipada

La vigencia del contrato podrá terminar de manera anticipada en los siguientes supuestos:

- 12.1. Por el ASEGURADO, mediante aviso escrito a LA COMPAÑÍA con al menos un mes de anticipación. Si en tal aviso no se indica una fecha específica para la revocación o ésta es anterior a un mes de la comunicación, se entenderá que surtirá efectos inmediatos a partir de la fecha en que se cumpla el mes indicado que se contará a partir del día siguiente de recepción del comunicado. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a conservar la PRIMA DEVENGADA por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al ASEGURADO la PRIMA NO DEVENGADA, suma que quedará a disposición del ASEGURADO a más tardar diez días hábiles después de terminada la vigencia en las oficinas de LA COMPAÑÍA.
- 12.2. Por voluntad de LA COMPAÑÍA, en cualquier momento mediante aviso escrito al ASEGURADO y ASEGURADO NOMBRADO enviado a su dirección contractual, con no menos de un (1) mes de antelación, contados a partir de la fecha de recibo del comunicado.
- 12.3. Si el riesgo dejara de existir se producirá la terminación anticipada del contrato a partir del momento en que se le notifique tal situación. En ese caso LA COMPAÑÍA devolverá la PRIMA NO DEVENGADA, suma que quedará a disposición del ASEGURADO a más tardar diez días hábiles después de terminada la vigencia en las oficinas de LA COMPAÑÍA.

La terminación anticipada del contrato se efectuará sin PERJUICIO del derecho del ASEGURADO a indemnizaciones por SINIESTROS ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

En cualquier supuesto de terminación anticipada o nulidad del contrato en los que corresponda la devolución de la PRIMA NO DEVENGADA al ASEGURADO, se aplicarán la devolución según lo indicado en la Condición 3.2.

13. Traspaso

La presente PÓLIZA es intransmisible salvo acuerdo expreso previo de las partes.

14. Prescripción

Los derechos derivados del presente contrato de seguro y todas las acciones que se deriven del mismo prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

15. Nulidad del contrato

Las situaciones contractuales o legales que determinen la nulidad del contrato en su totalidad, no afectarán el derecho de LA COMPAÑÍA de retener las PRIMAS NO DEVENGADAS cuando haya existido mala fe de parte del ASEGURADO.

La ilegalidad, ineficacia, invalidez o nulidad de una o varias de las estipulaciones del presente contrato declaradas por autoridad competente, no afectarán la validez, eficacia o legalidad de las restantes estipulaciones.

16. Resolución de controversias

Sin que implique un orden particular las partes podrán plantear la resolución de sus inconformidades relacionadas con el presente contrato en las siguientes instancias:

- 16.1. Por parte del ASEGURADO ante LA COMPAÑÍA en sus oficinas, indicando claramente los datos necesarios para identificar la PÓLIZA, la inconformidad, el sustento de la misma y un lugar o medio para recibir notificaciones. LA COMPAÑÍA contará con treinta días naturales para comunicar por escrito y de forma razonada lo que resuelva.
- 16.2. Cualquiera de las partes podrá acudir a la instancia judicial correspondiente a plantear la resolución de su inconformidad.
- 16.3. De existir acuerdo entre las partes, podrá acudirse a medios alternos de solución de controversias de conformidad con la Ley N.º 7727, Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social (RAC), de 9 de diciembre de 1997.

17. Legislación y jurisdicción

La legislación y jurisdicción aplicable al presente contrato será la de la República de Costa Rica.

18. Protección de datos

La información relacionada con el presente contrato queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad salvo autorización del ASEGURADO.


19. Notificaciones


Las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se tendrán como válidas cuando se realicen según las indicaciones de notificación dispuestas en las CONDICIONES PARTICULARES.

Salvo que se indique lo contrario en la PÓLIZA toda comunicación a que haya lugar entre las partes por virtud de este contrato, se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida del destinatario, el recibido de la contraparte, el documento en el que conste el envío y recepción del correo electrónico o facsímil a la dirección o número dispuesto en las CONDICIONES PARTICULARES.

20. Declaración de registro del producto

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 G08-07-A05-398 de fecha 20 de diciembre de 2012.

 Compañía de Seguros, S. A.


Representante Autorizado