

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA (COLONES)

CONDICIONES GENERALES

Mediante esta Póliza y 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, al reconocimiento médico si lo hubiere y a cualquier otra declaración necesaria para la emisión de la Póliza - cuales Declaraciones forman parte integrante de esta Póliza - ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “la Compañía”) conviene con el Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Contratante” o “el Tomador” y/o el “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, límites de responsabilidad 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.

El derecho a gozar de las prestaciones que se pueda suministrar mediante esta Póliza depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

I. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. La interpretación de la póliza de seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: El Addendum o los Addenda tienen prelación sobre las Condiciones Particulares; las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y la Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro y/o Declaraciones del Asegurado y/o Contratante.

Para todos los efectos de esta póliza, las expresiones siguientes tendrán la aceptación 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.
- 4. BENEFICIARIO:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado a quien la Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma. En términos generales, es la persona física que tiene un interés lícito de carácter económico o afectivo en la cosa o personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará el Asegurador.

5. **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.
6. **CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento expedido por la Compañía que contiene información mínima acerca del Número de Póliza Colectiva, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Monto Asegurado, y Monto de la Prima.
7. **CLASIFICACIÓN DE EMPLEADOS:** Corresponde a la distinción de funciones, cargos u órdenes jerárquicos dentro de la particularidad de cada empresa Contratante.
8. **CLÁUSULAS:** Son las disposiciones establecidas en el contrato de seguros a través de las condiciones generales y 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 derivan 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. **COBERTURA COMPLEMENTARIA:** Contrato que se adhiere a la Póliza Básica cuya suma asegurada del mismo es pagadera en adición a la suma asegurada de la Póliza Básica; siempre y cuando se presenten las pruebas fehacientes de la reclamación según el beneficio bajo cada Contrato Complementario.
18. **COBERTURA SUPLEMENTARIA:** Contrato que se adhiere a la Póliza Básica cuya suma asegurada del mismo suple o reemplaza la suma asegurada de la Póliza Básica y donde se cancelan todos los contratos adicionales; siempre y cuando se presenten las pruebas fehacientes de la reclamación según el beneficio bajo cada Contrato Suplementario.
19. **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. El asegurador 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 TERMINACION DEL CONTRATO.

20. **DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
21. **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.
22. **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 de Elegibilidad.
23. **EMPLEADO:** Es cualquier trabajador a tiempo completo del Contratante, que de modo regular y permanente trabaja en un oficio, puesto u oficina, en relación de dependencia económica y subordinación jurídica frente al Contratante, en un territorio designado por éste y aceptado por la Compañía. La Compañía y el Contratante podrán extender esta definición de empleado para incluir otras modalidades de empleo, las cuales deberán constar por escrito en un Addendum adherido a la póliza.
24. **EMPRESAS ASOCIADAS:** Son las empresas, corporaciones y firmas afiliadas al Contratante y cuyos empleados se considerarán como empleados del mismo.
25. **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.
26. **FORTUITOS:** Inesperado que no se prevé.
27. **HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
28. **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.
29. **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.
30. **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 90 días posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida.
31. **MIEMBRO:** Es cualquier persona física que forma parte de un grupo o colectividad que ha sido creada porque sus miembros se vinculan entre sí, a través de relaciones, características, fines o intereses de cualquier tipo, distintos a la contratación de una póliza de seguro de vida. La Compañía y el Contratante podrán establecer nuevos significados de miembro, mediante acuerdo expresado por escrito y adherido a la póliza mediante Addendum.
32. **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.
33. **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.

- 34. 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.
- 35. 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.
- 36. PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de diez (10) días calendario 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.
- 37. 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.
- 38. PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante a la Entidad Aseguradora por la protección solicitada.
- 39. 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.
- 40. 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.
- 41. 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.
- 42. 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.
- 43. 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, salvo lo estipulado en la Cláusula “SUICIDIO”. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.
- 44. 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.
- 45. SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
- 46. 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.
- 47. TARIFA:** Factor, generalmente dado en porcentaje o por millar, que determinará la prima de la póliza.

48. VENCIMIENTO: Es la fecha en que se da por terminado el contrato de seguro.

49. 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.

II. COBERTURAS

Las coberturas de la presente póliza y sus Addenda corresponden a la categoría de Seguros Personales; y podrán ser contratadas en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Contratante con los Asegurados. 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.

COBERTURA BASICA

A. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Si un Asegurado fallece estando su cobertura en vigor, la Compañía, al recibir por escrito las pruebas fehacientes de su fallecimiento, pagará al beneficiario la suma asegurada de la cobertura de Muerte por cualquier causa expresada en las Condiciones Particulares, con sujeción a las estipulaciones de esta póliza. La cobertura de Muerte por cualquier causa ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las características de riesgo únicas y propias del Asegurado y no será transferible.

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 y adheridas mediante Addendum:

B. ADDENDUM - COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.

C. ADDENDUM - COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

D. ADDENDUM - COBERTURA DE CÁNCER.

E. ADDENDUM - COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

F. ADDENDUM - COBERTURA DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

G. ADDENDUM - COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.

III. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

En caso de que el contenido de esta póliza difiera de lo indicado en la solicitud 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 mita 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.

IV. 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.

V. 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 de "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.

VI. SUICIDIO

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro del primer año contado a partir de la fecha de emisión de la póliza o de su rehabilitación, la Compañía se limitará a devolver al beneficiario las primas pagadas. Transcurrido el primer año, en caso de suicidio la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

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.

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro del primer año contado 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 pagadas por tal aumento. Transcurrido el primer año de la suma asegurada adicional, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

VII. ELEGIBILIDAD

Aquellos empleados o miembros que no hayan cumplido los sesenta (60) años de edad serán elegibles en la fecha de vigencia de esta póliza. Los nuevos empleados o miembros que subsecuentemente adquieran esta condición después de la fecha de vigencia de esta póliza que no hayan cumplido los sesenta (60) años de edad, serán elegibles el primer día del mes coincidente con o subsiguiente a un (1) mes completo de ser empleado o miembro continuo con el Contratante de modo permanente; y para el caso del Empleado, a tiempo completo. Tiempo completo significa una jornada laboral de treinta y seis (36) horas semanales como mínimo.

La Compañía podrá solicitar evidencias de asegurabilidad a los empleados o miembros elegibles conforme a la Tabla de Requisitos Médicos que, para tal efecto, se adjunta y forma parte integral de la póliza.

Si un empleado o miembro, antes de terminar su cobertura bajo esta póliza, ha convertido todo o parte de su cobertura de seguro de vida a una póliza individual de acuerdo con las condiciones del "PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN" y la póliza individual está todavía en vigor en el momento en que dicho empleado o miembro es elegible nuevamente, entonces la elegibilidad de éste será aplazada hasta que suministre evidencia de su asegurabilidad a la Compañía.

Los empleados o miembros dejarán de ser elegibles y la cobertura cesará automáticamente cuando éstos cumplan la edad máxima que para tal efecto se determina en las Condiciones Particulares.

Por consiguiente, una persona que no es elegible no puede ser asegurada, y si deja de ser elegible después de haber sido asegurada, perderá su condición de asegurada automáticamente.

La Compañía y el Contratante podrán convenir en establecer reglas de elegibilidad diferentes para grupos específicos, mediante acuerdo expresado por escrito y adherido a la póliza mediante Addendum.

VIII. PERIODO DE COBERTURA

El periodo de cobertura de esta póliza es sobre la base de la ocurrencia del siniestro, salvo que las partes pacten mediante Addendum que se trate sobre la base de reclamación.

IX. FECHA EFECTIVA DE COBERTURA

Cada empleado o miembro elegible para ser Asegurado por esta póliza, que haga solicitud para participar como Asegurado por escrito al Contratante en un formulario aprobado por la Compañía, que se paguen las primas requeridas y sea aceptado como Asegurado por la Compañía, quedará, sujeto a las estipulaciones de esta sección, asegurado como se detalla a continuación:

- (1) Si la solicitud para participar la hace el miembro o empleado en o antes de la fecha en que es elegible, será asegurado desde dicha fecha en que es elegible.
- (2) Si la solicitud para participar la hace el miembro o empleado después de la fecha en que es elegible, el empleado o miembro deberá suministrar evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía antes de que se pueda asegurar. Si tal evidencia se suministra, el empleado o miembro quedará asegurado a partir del primer día del mes calendario siguiente a la fecha en que la Compañía determine que la prueba es satisfactoria y así lo manifieste.

Cualquier miembro o empleado que deba presentar evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía como una condición para ser Asegurado y cuyo servicio con el Contratante termine sin que se haya presentado dicha evidencia, continuará sujeto al mismo requisito si posteriormente el mismo Contratante vuelve a emplearlo.

X. 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.

XI. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

Este seguro no aplica deducibles sobre ninguna cobertura.

XII. CERTIFICADO DE SEGURO

La Compañía deberá proporcionar a cada Asegurado un Certificado de Seguro que contendrá información mínima acerca del Número de Póliza Colectiva, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Suma Asegurada, y Prima. La entrega del Certificado de Seguro deberá realizarse en el domicilio de la Compañía, o en el domicilio del Contratante, en el plazo de diez (10) días calendario contados desde la aceptación del riesgo por parte de la Compañía y consecuente inclusión del Asegurado en la Póliza Colectiva.

XIII. EMPRESAS ASOCIADAS

Para todos los efectos de la póliza, los empleados de las empresas, sociedades, corporaciones y firmas afiliadas con el Contratante, según se expresa en las Condiciones Particulares (denominadas aquí Empresas Asociadas), se considerarán empleados del Contratante y al servicio del Contratante. Se pueden añadir empresas asociadas adicionales a dicha lista con el consentimiento por escrito de la Compañía. Si cualquier empresa asociada deja de ser asociada al Contratante, los empleados no tendrán cobertura desde el momento en que esto ocurra a menos que sean empleados por el Contratante o alguna otra empresa asociada. El Contratante notificará a la Compañía por escrito cuando una empresa asociada deje de ser subsidiaria o afiliada del Contratante.

XIV. REGISTROS E INFORMES

Independientemente del registro de deba mantener la Compañía, el Contratante tendrá un registro actualizado de los Asegurados por la póliza conteniendo las calidades de cada persona. El Contratante estará obligado a enviar periódicamente a la Compañía, a través de los medios y en los formatos indicados por la Compañía, la información que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración de la póliza y para la determinación de las tarifas y montos de primas. Todos los registros del Contratante que puedan ser relacionados con esta póliza estarán expuestos a inspección por parte de la Compañía en cualquier momento, y el Contratante está obligado a cooperar con las inspecciones que realice la Compañía y facilitar cualquier información adicional relacionada con la póliza que la Compañía solicite y que el Contratante pueda razonablemente obtener o facilitar.

Cualquier error cometido por el Contratante al mantener y actualizar estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiese terminado de acuerdo a las condiciones de elegibilidad, pero al conocerse el error se hará el ajuste de primas correspondiente.

El error cometido por la Compañía de no proceder con las instrucciones del Contratante de dar por terminada la cobertura de un Asegurado en la fecha que exprese tal instrucción, ocasionará un ajuste y devolución de primas, correspondiente al período que se mantuvo la vigencia de la cobertura en exceso de la fecha señalada en tal instrucción. Igualmente, si la Compañía mantuviera vigente la cobertura de un Asegurado que haya dejado de ser elegible por haber alcanzado la edad máxima conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares, ocasionará que la Compañía efectúe un ajuste y devolución de prima no devengada correspondiente al período en que el Asegurado no fue elegible.

Si algún Asegurado resultare perjudicado por razón de informaciones inadecuadas o insuficientes provocadas por el intercambio de información entre la Compañía, Intermediario y/o el Contratante, éstos responderán al Asegurado de manera concurrente e independientemente de la existencia de culpa si así lo determinara un Juez o Árbitro mediante sentencia judicial en firme o Laudo Arbitral en su caso.

No obstante lo anterior e independiente que se haya determinado una responsabilidad concurrente, el Contratante asume las responsabilidades ante la Compañía que emanen de su actuación como "Contratante del Seguro Colectivo".

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

XV. SUMA ASEGURADA

La Compañía y el Contratante convienen la suma asegurada por cobertura para cada Asegurado según se expresa en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El Contratante determinará, sin discriminación entre personas en iguales circunstancias, la suma asegurada de cada Asegurado, y tal determinación será final y concluyente.

Si la clasificación de un empleado Asegurado cambia, el Contratante deberá ajustar la prima con la nueva clasificación en la fecha de vencimiento de la prima coincidiendo con la fecha efectiva de tal cambio de clasificación. El Contratante tiene el deber de informar al Asegurado sobre las modificaciones para que éste pueda optar por mantenerse en las mismas condiciones anteriores o aceptar expresamente el nuevo ajuste.

Cualquier aumento de la suma asegurada de cualquier empleado que no está trabajando activamente a tiempo completo en tal fecha no tendrá efecto hasta que regrese a trabajar activamente a tiempo completo. Sin embargo, si dentro de treinta (30) días calendario después de cambiar a una clasificación para la cual se proporcione una suma

asegurada mayor, o en el primer día después de este período de treinta (30) días calendario en que está trabajando activamente a tiempo completo, el Contratante o empleado no ha pagado la prima aplicable a la nueva clasificación, no se concederá aumento como consecuencia de tal cambio o cualquier cambio subsiguiente a menos que el empleado suministre prueba de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía. Esto aplica independientemente si el contrato es contributivo o no-contributivo.

XVI. PRIMAS

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 diez (10) días calendario posterior a la fecha de vencimiento del pago único, o cualquier pago parcial, que se hubiese fijado en las Condiciones Particulares.

Sobre la prima que pague el Contratante, se podrán aplicar recargos o descuentos, según sea el caso, dependiendo del resultado del análisis del riesgo según los factores de experiencia, medidas preventivas o de protección, entre otros. Para la modalidad contributiva no se otorgan descuentos. Para la modalidad no contributiva daremos un descuento hasta del 60% sobre la Tabla de Mortalidad de Costa Rica Tabla de Vida completa 2000 – 2005 al 100% (por cada mil) para aquellos Colectivos de Vida donde la experiencia de mortalidad, en particular, permita y sea suficiente para cubrir el riesgo. . Los recargos pueden ser entre un 5% y un 25%.

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 semestrales: 5% en colones.
- Pagos cuatrimestrales: 8% en colones.
- Pagos trimestrales: 10% en colones.
- Pagos bimestrales: 11% en colones.
- Pagos mensuales: 12% en colones.

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 de “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.

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, la Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa que utilizará para la Renovación de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares

La Compañía sólo tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, con la Renovación de la Póliza de acuerdo con lo establecido en el párrafo anterior.

La prima a pagar en cada fecha de vencimiento de prima, será igual a la suma de los cargos de prima por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares. Referirse a la Cláusula “Cálculo de Primas”.

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 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.

XVII. CALCULO DE PRIMAS

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 "Primas", a cambiar la tarifa que se utilizará para el cálculo de las primas.

Si las primas se pagan mensualmente, las mismas se determinarán multiplicando la suma asegurada total en vigor en la fecha de vencimiento de la prima, por la tarifa mensual entonces en vigor; las primas mensuales para el seguro pueden ser calculados por cualquier otro método mutuamente convenido que produzca aproximadamente la misma cantidad total.

El Contratante preparará una declaración cada mes, especificando los totales de suma asegurada de cada Asegurado en vigor en el primer día del mes, la cual, conjuntamente con la remesa de prima, será enviada a la Compañía.

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.

XVIII. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza podrá ser renovada por periodos anuales, siempre que se reciba en la Compañía el pago oportuno de las primas en el modo convenido en las Condiciones Particulares. La Compañía podrá cambiar las primas a la renovación de la póliza según lo expresado en la Cláusula "Primas"; y la definición de "Renovación de la Póliza".

XIX. 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. **Si el Asegurado, como consecuencia de la edad, no era elegible para dicha suma asegurada, la Compañía se limitará a la devolución de las primas pagadas durante el período.**

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.

XX. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

De acuerdo con la estipulación de la Cláusula "Primas" se concede un período de gracia de diez (10) días para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la 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.

Si una o varias de las coberturas son canceladas por el Contratante, durante o al final del período de gracia, el Contratante será responsable por el pago de una prima a prorrata por el tiempo que la póliza ha estado en vigor durante dicho período de gracia.

XXI. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período de rehabilitación ya que la cobertura terminó

automáticamente por falta de pago, según se ha establecido en la Cláusula “Primas”. 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.

XXII. 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 terminado el contrato si demuestra que las nuevas condiciones de residencia u ocupación del Asegurado, así como situaciones que agraven el riesgo de manera objetiva, hubieran impedido la emisión de la póliza.**

Cuando no proceda la terminación del contrato, la Compañía comunicará la modificación al Contratante, según lo contenido en la cláusula de “NOTIFICACIONES”, y otorgará treinta (30) días calendario 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).

Cuando el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del día en que se haya pagado 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.

Cuando sea el Contratante quien conoce la variación, deberá notificarlo por escrito a la 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.

En caso de agravación del riesgo la Compañía evaluará las nuevas condiciones del riesgo asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días calendario y, si fuera necesario, ajustará el alcance de la cobertura y de la prima, podrá requerir nuevas medidas de prevención de daños, razonables y necesarias o modificar las condiciones de aseguramiento existentes, según lo indicado.

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

La falta de notificación del Contratante, con respecto a la agravación del riesgo, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de conformidad con la cláusula “Terminación del Contrato. La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida, por parte del Contratante, la comunicación de la Compañía.

La Compañía podrá rechazar las nuevas condiciones cuando incorporen un riesgo que originalmente no hubiera cubierto, en cuyo caso procederá a la exclusión de la cobertura afectada, el bien asegurado o a la cancelación del seguro,

siendo que el Compañía notificará al Contratante con una antelación de treinta (30) días calendario su decisión.

En caso de disminución del riesgo la Compañía en un plazo máximo de diez (10) días hábiles valorará las nuevas condiciones y procederá al reintegro del exceso de prima, si procediera.

En cualquier caso, el Contratante tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

XXIII. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación de la cobertura del Asegurado cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- 1. Al recibo de la solicitud escrita del Contratante pidiendo la cancelación de la póliza con al menos un mes de anticipación.**
- 2. Al terminar su empleo con el Contratante según se define más adelante.**
- 3. Si el Asegurado deja de ser elegible o miembro de las clases elegibles para las coberturas de esta Póliza.**
- 4. En la fecha de Vencimiento de la Póliza si el Contratante decide no renovar.**
- 5. Cuando la póliza se hubiese cancelado por falta de pago y se notifica la terminación del contrato.**
- 6. Cuando venza el periodo de gracia y se notifica la terminación del contrato.**
- 7. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.**
- 8. Cuando aplique la cláusula de indisputabilidad.**
- 9. Cuando aplique la cláusula de Nulidad del Contrato.**

El Contratante es responsable de excluir y de dejar de listar en cualquier tipo de reporte dirigido a la Compañía a los asegurados que hayan dejado de ser miembros elegibles o hayan cumplido la edad máxima estipulada en la Condiciones Particulares. La obligación de la Compañía con relación a dichos asegurados quedará limitada a devolver las primas pagadas de los últimos doce (12) meses. 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.

La terminación del empleo, para todos los efectos de esta póliza, se considerará efectiva en el momento en que un empleado deje de trabajar activamente a tiempo completo con el Contratante, independientemente de la causa de la terminación.

Sin embargo, si un empleado se encuentra temporal o permanentemente incapacitado para trabajar, o si se le ha concedido una licencia, o es empleado de tiempo parcial, será considerado como empleado de tiempo completo hasta tanto el Contratante, usando un criterio que no permita discriminación entre empleados en la misma situación por razón alguna o selección individual, dé por terminado el seguro del empleado notificando a la Compañía a tal efecto o discontinuando los pagos de prima por su cobertura, pero en ningún caso la cobertura de seguro de tal

empleado continuará después del fin del mes durante el cual se inició dicha incapacidad, licencia, despido o empleo de tiempo parcial.

Para todos los efectos de esta póliza que hacen referencia a elegibilidad, las palabras empleado o miembro se considerarán sinónimos.

XXIV. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación de la póliza, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. Al recibo de la solicitud escrita del Contratante pidiendo la cancelación de la póliza, debiendo avisar con al menos un mes de anticipación.**
- b. En la fecha de Vencimiento de la Póliza si el Contratante decide no renovar.**
- c. Cuando la póliza se hubiese cancelado por falta de pago y se notifica la terminación del contrato.**
- d. Cuando venza el periodo de gracia y se notifica la terminación del contrato.**
- e. Cuando aplique la cláusula de Nulidad del Contrato.**

La Compañía podrá cancelar esta póliza mediante notificación escrita al Contratante con al menos 30 días de antelación a la fecha efectiva de la cancelación, si a la fecha de aniversario o renovación o en cualquier fecha de vencimiento de prima los Asegurados de esta póliza son menos de 10 personas o menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos empleados o miembros elegibles del grupo al que pertenecen los Asegurados.

En cualquier caso, el Contratante tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

XXV. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Si el Asegurado deja de ser elegible ya sea por terminación del empleo, o si cesa de ser miembro de una de las clases elegibles para la cobertura de seguro de muerte por cualquier causa, tendrá derecho a convertir su cobertura, total o parcialmente, sin necesidad de suministrar pruebas de asegurabilidad, a una póliza permanente de seguro de vida individual, siempre que se haga solicitud por escrito y se efectúe el primer pago de la prima a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de tal terminación.

La póliza permanente de seguro de vida individual puede ser cualquiera de las pólizas regulares que se encuentren dentro de la oferta de seguros disponibles y sean comercializados por la Compañía, pero no se podrá incluir ninguna de las coberturas complementarias vigentes a la fecha de efectividad. La prima a pagar será basada en la tarifa de la Compañía aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el empleado o miembro, y a la edad que tenga en la fecha efectiva de la póliza permanente de seguro de vida individual.

Cualquier póliza permanente de seguro de vida individual emitida en virtud de las estipulaciones tendrá efecto al final del período de treinta (30) días durante el cual la solicitud para la póliza puede hacerse.

XXVI. PROTECCIÓN DE SEGURO DURANTE EL PERIODO DE CONVERSIÓN

Si un Asegurado que tiene derecho a convertir la cobertura de muerte por cualquier causa en una póliza permanente de seguro de vida individual, fallece durante el período de treinta (30) días siguientes a la terminación del seguro durante el cual se puede hacer la solicitud de conversión para una póliza permanente de seguro de vida individual, la suma asegurada que fuera a convertir será pagada como una reclamación bajo esta póliza, se hubiese hecho o no la solicitud para la conversión.

XXVII. BENEFICIARIO

Al momento del fallecimiento del Asegurado, la suma asegurada de la cobertura según se expresa en las Condiciones Particulares, será pagada a la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado como beneficiario(s) en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por la misma.

El Asegurado sólo podrá designar beneficiario(s) mediante la presentación de aviso escrito a través del Contratante en un formulario proporcionado por o aprobado por la Compañía. El Asegurado podrá designar al Contratante como beneficiario, debiendo demostrarse el interés legítimo del Contratante sobre la vida del Asegurado.

Existiendo beneficiario(s) designados cualquier cambio(s) de beneficiario(s) sólo podrá ser realizado por la misma persona que realizó la designación anterior. El cambio de beneficiario(s) se podrá hacer en cualquier momento, y sin el consentimiento del beneficiario, mediante la presentación de aviso escrito del cambio a través del Contratante en un formulario proporcionado por o aprobado por la Compañía. La designación así hecha tendrá efecto en la fecha en que el aviso sea firmado, tanto si el Asegurado vive o no cuando el cambio se registre, pero sin perjuicio para la Compañía con respecto a cualquier pago realizado por la Compañía fundamentado en sus registros al momento de efectuar dicho pago.

Si se designa más de un beneficiario y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses, los beneficiarios tendrán una participación igual. Si cualquier beneficiario designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado beneficiario terminará y acrecentará a partes iguales a los intereses de aquellos beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en su designación de beneficiario. Cualquier cantidad para la que no haya beneficiario designado al fallecimiento del Asegurado será pagada a los herederos legales del Asegurado.

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

Advertencia:

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores 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.

XXVIII. AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN

a) El Contratante o el Beneficiario, al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro debe comunicarlo tan pronto tenga conocimiento de ello a la Compañía 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

b) 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.

Al recibir el aviso de siniestro, el Tomador deberá presentar:

1. Carta del Asegurado, del Beneficiario o del Tomador, en representación de alguno de éstos dos últimos, solicitando el pago de la indemnización; además debe indicar: i) Su anuencia a lo dispuesto en la cláusula XXVII "INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS" sobre el acceso a la información para evaluar la legitimidad de la reclamación, sus causas y circunstancias; ii) nombre del Asegurado; iii) número del documento de identidad; y iv) fecha de inclusión.
2. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado;
3. En caso de fallecimiento, certificado emitido por el Registro Civil original, con el tomo, folio y asiento que demuestre el estado civil del Deudor como fallecido.
4. Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, aportar el acta de defunción debidamente certificada, expedida por la autoridad competente del país donde ocurrió el evento. Los documentos deben ser sometidos al proceso de certificación consular.
5. Si el Beneficiario es menor de edad, se debe presentar: i) Certificación de su nacimiento emitida por el Registro Civil; y ii) Copia del documento de identidad sea del padre o de la madre supérstite o del tutor del beneficiario menor de edad.

XXIX. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

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.

XXX. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, en la Solicitud de Seguro, 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 a la persona del 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.

XXXI. EXCLUSIONES

Las partes convienen que la Compañía no pagará indemnización alguna por lesión o muerte, causada directa o indirectamente, por o a consecuencia de alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

- a. **Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a**

- evitarlas o contenerlas.
- b. **Toda lesión proveniente de accidentes ocurridos mientras el Asegurado esté prestando servicio en las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo.**
 - c. **La comisión o intento de comisión, por parte del Asegurado, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.**
 - d. **Participación del Asegurado en motines, riñas o huelgas.**

XXXII. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía, se efectuarán en colones. En caso que se realice en moneda distinta a la contratada, se realizará 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.

XXXIII. NOTIFICACIONES

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por la Compañía directamente al Contratante, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, o bien enviarlos por correo ordinario o certificado a la Dirección Contractual según se muestra en las Condiciones Particulares. El Contratante deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de Dirección Contractual y solicitar la modificación de la Dirección Contractual mediante Addendum, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última Dirección Contractual según aparezca en las Condiciones Particulares.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo y todo plazo que dependa de dicho aviso comenzará a contarse desde esa fecha.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante, o Asegurado, a la Compañía conforme a esta póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante, o el Asegurado, o por el intermediario de seguro por cuyo conducto se haya contratado el seguro. El Contratante por este medio autoriza a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del intermediario de seguro designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante; sin embargo, el Contratante en todo momento podrá gestionar cualquier trámite con relación al Contrato de Seguro de forma directa con la Compañía.

XXXIV. 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.

XXXV. 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 arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

XXXVI. 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.

En testimonio de lo cual se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

assa Compañía de Seguros, S.A.


Representante Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número **P14-26-A05-200-VLRCS** de fecha 14 de Mayo de 2012.