

SEGURO AUTOEXPEDIBLE MÁS VIDA CON ASISTENCIAS CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

1.	COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	1
2.	DEFINICIONES	2
3.	DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	2
4.	ÁMBITO DE COBERTURA.....	3
5.	SUMA ASEGURADA	4
6.	PERÍODO DE COBERTURA	4
7.	TERRITORIALIDAD.....	4
8.	BENEFICIARIOS	5
9.	OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	5
10.	PRIMA	5
11.	AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA.....	5
12.	PERÍODO DE GRACIA.....	6
13.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA.....	6
14.	VIGENCIA DEL SEGURO	6
15.	PRÓRROGA	6
16.	TERMINACIÓN DEL SEGURO	7
17.	DERECHO DE RETRACTO	7
18.	CONDICIONES VARIAS	7
19.	INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	8
20.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	8

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (la "COMPAÑÍA"), se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a las prestaciones se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos y condiciones de la póliza.



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

2. DEFINICIONES

Los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones.
2. **ASEGURADO:** Persona física que se encuentra cubierta y debidamente registrada en la Propuesta de Seguro como:
 - **ASEGURADO TITULAR:** Quien contrata el seguro.
 - **CÓNYUGE:** Quien forma un matrimonio o que vive en unión libre.
3. **BENEFICIARIO:** Persona designada por el Asegurado a quien se le reconoce el derecho de percibir la totalidad o una porción de la indemnización derivada en esta póliza, tal y como se indica en la Propuesta de seguro.
4. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, embarazo, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la Póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.
5. **DEPENDIENTES:** Son dependientes del Asegurado Titular, su cónyuge o compañero(a) permanente y sus hijos menores de veintiún (21) años que estén bajo la dependencia económica del Asegurado Titular.
6. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles el cual sintetiza las Condiciones Generales.
7. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales.
8. **ENFERMEDAD CRÓNICA:** Enfermedad grave e incurable que puede ser controlada bajo cuidados médicos especiales y específicos.
9. **GRUPO FAMILIAR:** Conjunto de personas formado por el Asegurado Titular y sus dependientes.
10. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en Costa Rica. El médico ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
11. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia a través de su red proveedores.
12. **PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene la oferta que realiza la Compañía y las condiciones particulares que declara el Asegurado Titular.
13. **SERVICIO DE ASISTENCIA:** Agrupamiento de servicios técnicos y/o profesionales brindados por la prestadora de servicios, cuyo objetivo es respaldar al Asegurado Titular o dependiente, cuando corresponda, ante eventos amparados en las presentes condiciones. Para poder gozar de estos servicios, el Asegurado Titular o dependiente deberá requerirlos y la prestadora de servicios deberá autorizarlos según corresponda, siempre y cuando se brinde la información y documentación solicitada y no se incumplan con aspectos de naturaleza legal.
14. **SINIESTRO:** Ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente póliza, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

3. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

La póliza se conforma con la siguiente documentación: Condiciones Generales, Propuesta de Seguro y el Dersa. La interpretación de la póliza debe seguir el siguiente orden de prelación: La Propuesta de Seguro tiene prelación sobre las Condiciones Generales y en caso de contradicciones entre estos documentos y el Dersa se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

4.1. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

En caso de que el Asegurado Titular fallezca por cualquier causa, la Compañía pagará a los beneficiarios correspondientes, la suma asegurada según el plan contratado y descrito en la Propuesta de Seguro.

Si el Asegurado Titular fallece por suicidio, SIDA, neoplasma maligno o por condiciones preexistentes durante los dos (2) años posteriores a la fecha de contratación de la póliza, la Compañía no amparará la reclamación. De igual forma, si fallece por las causas antes mencionadas durante los dos (2) años posteriores a un aumento de suma asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto a dicho incremento.

4.2. COBERTURA OPCIONAL DE INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE

La Compañía ofrece al Asegurado Titular, mediante el pago adicional de prima, la inclusión de su cónyuge, quien podrá estar asegurado bajo la cobertura de Muerte por Cualquier Causa contratada por el Asegurado Titular, hasta por el monto de la suma asegurada indicada en la Propuesta de Seguro. De igual manera que al Asegurado Titular, al cónyuge le serán aplicadas las condiciones y exclusiones detalladas en estas Condiciones Generales.

4.3. SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA

Adicional a las coberturas antes descritas, el Asegurado Titular podrá contar con los siguientes servicios médicos siempre y cuando los requiera por algún accidente o enfermedad:

Sus dependientes estarán amparados por el presente servicio, si la cobertura opcional de inclusión del cónyuge es contratada.

- a. **Orientación médica telefónica:** La prestadora de servicios pondrá en contacto al miembro del grupo familiar con un médico general, vía telefónica, para que este le brinde orientación en la utilización de medicamentos, sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas y farmacéuticas en general e interpretación de exámenes de laboratorio. Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo que el médico no diagnosticará o prescribirá.
- b. **Servicios de coordinación:** La prestadora de servicios le brindará y coordinará al miembro del grupo familiar la visita de un médico general a su domicilio. En caso de emergencia se brindará y coordinará su traslado terrestre en ambulancia únicamente desde el lugar donde ocurra la emergencia hacia el hospital.

Límites:

Visita de médico general a domicilio: Dos (2) visitas al año póliza por grupo familiar.

Traslado terrestre en ambulancia: Dos (2) traslados en el año póliza por grupo familiar. En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con la Cruz Roja.

- c. **Servicio de exámenes de laboratorio:** la prestadora de servicios le brindará y coordinará al miembro del grupo familiar una cita con un laboratorio para realizar exámenes de triglicéridos, lípidos heces y orina.

Límites: Un (1) evento al año póliza por grupo familiar, sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

4.4. CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

- a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la prestadora de servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del solicitante.
- b. El servicio de orientación médica telefónica será brindado sin límite de eventos en el año póliza.
- c. Los servicios deberán ser previamente autorizados en una orientación médica telefónica.
- d. Para el servicio de visita de médico a domicilio:
 - El horario hábil será de lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.
 - En caso de necesidad de cancelar una visita, se deberá dar aviso a la prestadora de servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
 - Estará sujeto a un tiempo de espera de setenta y dos (72) horas entre cada visita.
- e. Cualquier gasto adicional en los servicios debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por el solicitante con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.
- f. La prestadora de servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el solicitante pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.

4.5. EXCLUSIONES

Las siguientes exclusiones aplican de forma general a todas las coberturas:

1. **Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado o beneficiario.**
2. **Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.**
3. **Lesiones que se produzcan por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**

Las siguientes exclusiones aplican específicamente al Servicio de Asistencia:

1. **Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
2. **Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.**
3. **Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.**
4. **Cualquier enfermedad crónica, medicamento o procedimiento diferente a la evaluación clínica.**
5. **Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.**

5. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Muerte Por Cualquier Causa y la Cobertura Opcional de Inclusión del Conyugue se establece en la Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

6. PERÍODO DE COBERTURA

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

7. TERRITORIALIDAD

La Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa garantiza al Asegurado protección en todo momento y lugar.

El servicio de asistencia garantiza protección únicamente dentro de la República de Costa Rica.

8. BENEFICIARIOS

El Asegurado Titular designará a uno o más beneficiarios para la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa. Tal designación se hará al momento de contratar la póliza y estos quedarán descritos en la Propuesta de Seguro.

En caso de que el Asegurado Titular contrate la Cobertura Opcional de Inclusión del Cónyuge, será el mismo cónyuge quien deberá realizar la designación de sus beneficiarios, para tal gestión deberá comunicarse al número de servicio al cliente.

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

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad se deben nombrar estos y no sus tutores o representantes legales. Si se nombra beneficiario a un mayor de edad en el seguro, como representante del menor no cumple con los efectos correspondientes.

9. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- Brindar la información requerida al momento de contratar el seguro, o bien, sobre la ocurrencia de siniestros y solicitudes del Servicio de Asistencia, de forma veraz y oportuna.
- Realizar el pago de la prima en tiempo y forma.
- Brindar la información relacionada la Ley 8204 sobre prevención de legitimación de capitales. En caso contrario, la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

10. PRIMA

El Asegurado Titular se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de prima, de acuerdo con lo establecido en la Propuesta de Seguro.

El pago de la prima será de pago fraccionado debiendo hacerse con la periodicidad indicada en la Propuesta de Seguro, dichos pagos se realizarán al medio de pago también indicado en la Propuesta de Seguro, sin aplicar recargos por pago fraccionado.

11. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA

El valor de la prima se determinará de acuerdo con el grupo etario en el cual se encuentre el Asegurado Titular. La Compañía ajustará el valor de la prima de esta póliza cuando el Asegurado Titular supere la edad límite de cada grupo etario tal y como se establece a continuación y en la Propuesta de Seguro, en las secciones de monto de prima mensual por pagar por cada plan. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

Rangos de Edad del Asegurado	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Hasta los 64 años de edad	¢5,300.00	¢7,300.00	¢11,600.00	¢1,700.00
Hasta los 64 años de edad + cobertura del Cónyuge	¢6,500.00	¢9,600.00	¢16,300.00	¢2,400.00
A partir de los 65 años de edad.	¢51,900.00	¢73,100.00	¢118,600.00	¢14,200.00

A partir de los 65 años de edad + cobertura del Cónyuge	¢63,600.00	¢95,600.00	¢162,900.00	¢20,500.00
---	------------	------------	-------------	------------

12.PERÍODO DE GRACIA

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

13.PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de siniestro, el Asegurado deberá comunicarse telefónicamente al número de teléfono **(+506) 2503-ASSA (2503-2772)** o al correo electrónico: reclamosautoexp@assanet.com. En caso de requerir alguno de los servicios de asistencia o consultar sobre los proveedores de la misma, deberá marcar la **opción 4** o al número **(+506) 2503-2710 opción 2**. El aviso de siniestro no deberá exceder el plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Requisitos por presentar bajo la Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa:

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado. En caso de que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente.
- Copia del documento de identidad del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente.
- Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado. **No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

Luego de presentados todos los requisitos, la Compañía brindará respuesta al Asegurado o beneficiarios dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. A partir de la aceptación del reclamo la Compañía deberá efectuar el pago dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

14.VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza cuenta con una vigencia de un (1) año calendario contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la Propuesta de Seguro, salvo se pacte otra cosa en la misma. Lo anterior sujeto al pago de la prima en tiempo y forma también descritos en la Propuesta de Seguro.

15.PRÓRROGA

Esta póliza es prorrogable automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Asegurado Titular exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso de que la Compañía requiera incluir modificaciones en la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de prórroga.

16. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este seguro se dará por terminado cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- A solicitud expresa del Asegurado Titular.
- Cuando se decrete la nulidad absoluta de la póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- Cuando exista mora en el pago de la prima y se proceda conforme a lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.
- Fallezca el Asegurado Titular.
- Por encontrarse cualquiera de las partes involucradas en alguna de las situaciones contempladas en la sección Limitación por Sanciones de estas condiciones, incluyendo, según corresponda, al Contratante, Asegurado, Beneficiario o a quien efectúe el pago de las primas.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de finalización anticipada de la póliza, estas serán devueltas al Asegurado Titular en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la finalización anticipada de la póliza.

La Compañía salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada el seguro.

17. DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud Asegurado Titular durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado, siempre y cuando no haya ocurrido un siniestro.

18. CONDICIONES VARIAS

A. EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN

La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años. No existirá una edad máxima para la contratación de este seguro.

B. MONEDA

Todos los valores de esta póliza serán expresados en colones.

C. LIMITACIÓN POR SANCIONES

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

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas a eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentren o sean mencionados en una de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o pertenezcan a países incluidos en dichas

listas y /o cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento al terrorismo, guerras y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masivas.

En consecuencia, la materialización de alguna de las situaciones anteriormente descritas faculta a la Compañía para dar por terminada la Póliza de forma inmediata sin responsabilidad alguna.

D. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

19. INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de que el consumidor de seguros vea afectados sus derechos o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, tendrá derecho a acudir en primera instancia ante la Compañía, o bien, al **Centro de Defensa del Asegurado (CDA)**, al **teléfono 2291-0315**, **correo: clienteseguros@aap.cr**. En cada instancia no podrá superarse el plazo de diez (10) días hábiles a partir de su presentación. Agotada la instancia del CDA podrá interponer la queja ante la SUGESE. En el caso de reclamación, podrá acudir a la instancia judicial o arbitral según acuerden las partes.

El Asegurado podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono (+506) 2243-5108 de la central telefónica.

20. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con este seguro serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado Titular a través del medio de comunicación que haya indicado en la Propuesta de Seguro.

El Asegurado Titular deberá reportar por escrito a la Compañía la modificación del medio de comunicación, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última información de contacto.

Registro en SUGESE número: P14-26-A05-961 con fecha de registro 13 de noviembre del 2021 con fecha de actualización 05 de setiembre del 2025.

