

SEGURO RESPALDO SEGURO**CONDICIONES GENERALES****INDICE**

1.	COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	1
2.	DEFINICIONES	2
3.	BASES DEL CONTRATO.....	3
4.	ÁMBITO DE COBERTURA	3
5.	EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS	4
6.	BENEFICIARIOS	6
7.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES	7
8.	OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	8
9.	LEGITIMACIÓN DE CAPITALES	8
10.	PRIMA O TARIFA DE SEGURO	8
11.	PAGO DE LA PRIMA	8
12.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	9
13.	PERIODO DE GRACIA	9
14.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA	9
15.	PLAZO DE RESOLUCIÓN	10
16.	VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA	11
17.	TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	11
18.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO.....	12
19.	CONDICIONES VARIAS	12
20.	CONTROVERSIAS	15
21.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	15

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
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 que contrata la presente Póliza y se encuentra cubierta y debidamente registrada en el Certificado Individual de Cobertura.
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.
4. **CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social.
5. **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.
6. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales.
7. **FACTOR DE MULTIPLICACIÓN:** Número por el cual se multiplicará el valor del saldo en la cuenta bancaria del Asegurado para obtener la suma asegurada al momento del siniestro, dentro de los límites mínimos y máximos establecidos en el Certificado Individual de Cobertura.
8. **GRUPO ASEGURABLE:** Grupo constituido por personas físicas residentes de Costa Rica, mayores de dieciocho (18) años y que posean una cuenta bancaria activa con el Tomador.
9. **INCAPACIDAD TOTAL Y/O PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), por causa de un accidente, lo que le impida de manera permanente a desempeñar su profesión, actividad u oficio habitual. Debe ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental. Se considera también como tal, la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado.
10. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en Costa Rica. El médico en ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
11. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Asegurado participa al Tomador un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de las coberturas otorgadas.
12. **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Tomador paga la totalidad de la prima por las coberturas otorgadas a todos los Asegurados.
13. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia a través de su red de proveedores.
14. **SERVICIOS DE ASISTENCIA:** Agrupamiento de servicios técnicos y/o profesionales brindados por la Prestadora de Servicios, cuyo objetivo es respaldar al Asegurado ante eventos amparados en las presentes condiciones. Para poder gozar de estos servicios, el Asegurado 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.
15. **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.
16. **TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos a la Compañía. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador. El deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

3. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro del Tomador, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares y el Certificado Individual de Cobertura. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

A. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los beneficiarios la suma igual al saldo de la cuenta bancaria a la que esté ligado este producto, multiplicado por el “factor de multiplicación” indicado en el Certificado Individual de Cobertura, cuando dentro de la vigencia de la Póliza el Asegurado sufra un accidente que le genere la muerte.

B. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y/O PERMANENTE POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al Asegurado la suma igual al saldo de la cuenta bancaria a la que esté ligado este producto, multiplicado por el “factor de multiplicación” indicado en el Certificado Individual de Cobertura, cuando dentro de la vigencia de la Póliza el Asegurado sufra un accidente cubierto que le genere una Incapacidad Total y/o Permanente. Dicha incapacidad deberá ser diagnosticada por un médico especialista utilizando los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.

La obligación de indemnización de la Compañía será efectiva si al transcurrir tres (3) meses del diagnóstico, el Asegurado continúa incapacitado total y permanentemente. Para que el pago proceda, el Asegurado deberá continuar incapacitado en la fecha en que se haga efectivo el pago, para lo cual deberá brindar a la Compañía la información que así lo acredite.

Condicionantes de las Coberturas:

1. Las anteriores coberturas estarán limitadas a las sumas aseguradas mínima y máxima establecidas expresamente en el Certificado Individual de Cobertura, en caso de que ocurra un siniestro la obligación de la Compañía será indemnizar al Asegurado el valor que resulte de multiplicar el saldo de la cuenta bancaria, al momento del siniestro, por el “factor de multiplicación” detallado en el Certificado Individual de Cobertura, dicho valor resultante deberá encontrarse dentro de los rangos indicados como sumas aseguradas mínima y máxima.
2. En caso de que el valor que resulte de multiplicar el saldo de la cuenta bancaria, al momento del siniestro, por el “factor de multiplicación” sea inferior a la suma asegurada mínima, el valor a indemnizar será igual al valor de la suma asegurada mínima, aun cuando el saldo de la cuenta bancaria sea cero (0) pero la misma se encuentre activa y la Póliza se encuentre vigente.
3. En caso de que el valor que resulte de multiplicar el saldo de la cuenta bancaria, al momento del siniestro, por el “factor de multiplicación” sea superior a la suma asegurada máxima, el valor a indemnizar será igual al valor de la suma asegurada máxima.
4. El saldo de la cuenta bancaria que se utilizará como referencia, debe ser certificado por el contador público autorizado por el Tomador de la Póliza con el saldo contable al momento del fallecimiento o la incapacidad del Asegurado.

C. SERVICIOS DE ASISTENCIA

El Asegurado podrá contar con los siguientes servicios de asistencia:

I. Teledoctor y orientación médica telefónica: Se pondrá en contacto al Asegurado con un médico general a través de la aplicación tecnológica llamada "Teledoctor Paciente"; o bien, vía telefónica, para que este le brinde orientación médica 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.

II. Servicios de coordinación: A consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente que afecte al Asegurado, la Prestadora de Servicios le brindará los siguientes servicios médicos:

a. Servicios de visita de médico general a domicilio y traslado terrestre en ambulancia: La Prestadora de Servicios le brindará y coordinará al Asegurado la visita de un médico general a su domicilio para que se le realice una evaluación clínica. En caso de emergencia se le brindará y coordinará su traslado terrestre en ambulancia hasta el centro hospitalario más cercano a la emergencia.

Límites:

Visita de médico general a domicilio: Dos (2) visitas en el año Póliza, siempre y cuando no se traten de visitas de seguimiento por un mismo evento, y sujeto a un límite máximo de cobertura de cuarenta dólares americanos (USD \$40.00) por visita.

Traslado terrestre en ambulancia: Dos (2) traslados en el año Póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de ochenta dólares americanos (USD \$80.00) por traslado. En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con ambulancia de la Cruz Roja.

III. Servicio de referencias: La Prestadora de Servicios le brindará información referencial vía telefónica al Asegurado, sobre:

- Profesionales en medicina o especialistas.
- Citas en clínicas.
- Hospitales.
- Laboratorios.
- Centros de diagnóstico.
- Clínicas dentales.

Toda coordinación y gastos incurridos por la prestación de servicios será responsabilidad del Asegurado.

5. EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS

5.1. 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 intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado, debiendo mediar la correspondiente resolución judicial en el caso de los actos delictivos mencionados.
3. Lesiones que se produzcan por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por el Asegurado, que no hayan sido por prescripción médica.
4. Participación en riñas o peleas.
5. Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.
6. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
7. Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.
8. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres (cuando se conduzcan con fines distintos a su uso como transporte cotidiano y/o laboral) o acuáticas, actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.
9. Deportes practicados en forma profesional; así como, la participación en los siguientes deportes, independientemente de que se practiquen en torneos o no: paracaidismo, alpinismo, motociclismo, automovilismo, buceo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro y tauromaquia.
10. Por lesiones causadas por arma cortante, cortopunzante o de fuego.

Exclusión específica de la Cobertura Básica de Muerte Accidental:

1. Envenenamientos e infecciones, con excepción de los que resulten de una lesión accidental.
2. Homicidio doloso.
3. Cuando la persona asegurada fallezca por causa o como consecuencia de un tratamiento médico o una cirugía que haya sido requerida como consecuencia de un accidente no cubierto por la Póliza.
4. Cuando la persona asegurada no fallezca por el accidente cubierto, sino por causa o como consecuencia de un tratamiento médico o una cirugía practicada como resultado del accidente.

Exclusiones específicas de la Cobertura Adicional de Incapacidad Total y/o Permanente:

1. Incapacidad de origen nervioso o psicológico, ataque de epilepsia o como consecuencia de éste.
2. Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo de un embarazo.
3. Lesiones producidas en virtud de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.

Exclusiones aplicables al Servicio de Asistencia:

1. Cualquier enfermedad mental, crónica, preexistente, medicamentos o procedimientos médicos diferentes a los descritos, estarán excluidos de los servicios de asistencia.
2. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.
3. Bajo el servicio de traslado terrestre en ambulancia, quedan excluidos los traslados interhospitalarios, del hospital hacia el domicilio del Asegurado y del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorio, clínicas u otros.

5.2. SUMA ASEGURADA

Las sumas aseguradas mínimas y máximas que amparará la Compañía por cobertura se encuentran detalladas en el Certificado Individual de Cobertura.

5.3. PERIODO 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, opera a base de ocurrencia.

5.4. TERRITORIALIDAD

Las coberturas de este seguro garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar, durante la vigencia del seguro. El servicio de asistencia tendrá cobertura únicamente en la República de Costa Rica.

5.5. LIMITANTES 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 Asegurado.
- b. Los servicios de Teledocor y orientación telefónica serán brindados sin límite de eventos en el año Póliza.
- c. Los servicios de coordinación deberán ser previamente autorizado en una orientación médica telefónica o Teledocor.
- d. El Asegurado deberá remitir al personal de la Prestadora de Servicios todos los documentos o respaldos que se le soliciten y se ameriten para la coordinación de los servicios de asistencia.
- e. Cualquier costo debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por el Asegurado con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.
- f. En caso de que el Asegurado se vea en la necesidad de cancelar una visita en el Servicio de Asistencia, deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
- g. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna ante las decisiones o acciones que el Asegurado pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.
- h. La Prestadora de Servicios estará exenta de cualquier responsabilidad en caso de que el Asegurado manifieste su voluntad expresa de no requerir o no querer recibir el servicio recomendado por la Prestadora de Servicios; así como de cualquier acción que el Asegurado lleve a cabo derivado de la no aceptación del servicio recomendado.

5.6. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

6. BENEFICIARIOS

El Asegurado designará a uno o más beneficiarios para la Cobertura Básica de Muerte Accidental. Tal designación se hará al momento adherirse a la Póliza y estos quedarán descritos en el Certificado Individual de Cobertura.

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 en el seguro como representante a un mayor de edad, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad.

Para la Cobertura Adicional de Incapacidad Total y/o Permanente por Accidente el único beneficiario será el Asegurado, en caso de que el Asegurado debido a tal incapacidad no se encuentre en condiciones físicas o mentales para tramitar el reclamo y la eventual indemnización, podrá nombrar a un apoderado especial administrativo con el fin de que realice esas gestiones. En virtud de ello, en el Certificado Individual de Cobertura, se podrá completar y firmar el correspondiente poder especial.

7. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador y Asegurado, tendrán las siguientes obligaciones descritas a continuación, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza o el aseguramiento individual en caso de que el Tomador o el Asegurado incumpla con alguna obligación.

OBLIGACIONES DEL TOMADOR

- a. Pagar la prima correspondiente por la totalidad de Asegurados que conforman el grupo asegurado dentro de los plazos establecidos.
- b. Cumplir con la entrega de información para el Registro de Asegurados, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes.
- c. Colaborar con la Compañía para facilitar la comunicación con los Asegurados y llevar a cabo las gestiones necesarias durante el procedimiento en caso de siniestro.
- d. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo y para la presentación de reclamos.
- e. Cuando exista un intermediario de seguros, el Tomador tiene la obligación de informar a los asegurados sobre su participación. Si se trata de una sociedad corredora de seguros, debe especificar si proporciona asesoramiento con honorarios que serán asumidos por el Tomador, y proporcionar una descripción detallada de sus obligaciones y responsabilidades.
- f. En caso de que la inclusión del Asegurado en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador deberá especificarse de manera clara y precisa si la contratación de la Póliza es obligatoria u opcional para los miembros del grupo asegurable. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan a el Asegurado.

Si el Tomador incumple alguna de las funciones descritas y esto causa un daño al Asegurado, estará obligado a resarcir los daños y perjuicios ocasionados. La Compañía podrá asumir inicialmente la indemnización por la pérdida al Asegurado; en ese caso, el Tomador deberá reembolsar a la Compañía el monto indemnizado.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a. Pagar al Tomador el aporte económico correspondiente para el pago de la prima cuando se tome la Póliza bajo la modalidad contributiva.
- b. Proporcionar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias conocidas y que razonablemente puedan considerarse relevantes en la valoración del riesgo y para la presentación de reclamos.

c. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

8. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en la que incurra el Tomador o el Asegurado en la declaración del riesgo se registrará conforme el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una Póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las primas no devengadas. Si el pago de la prima es mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

9. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario "Conozca a su Cliente" el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso de que el Tomador incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador o al Asegurado, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del seguro.

10. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La prima o tarifa de seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Cobertura de la misma y para su determinación inicial o al momento de cada prórroga, serán calculadas según el grupo etario al cual pertenezca y no por el saldo en la cuenta bancaria del Asegurado, el grupo etario del Asegurado será verificado con la fecha de nacimiento indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La compañía podrá ajustar el valor de la prima cuando el Asegurado supere cada grupo etario como se muestra a continuación:

Grupo Etario	Ajuste que se aplica sobre la prima del grupo etario anterior
De 65 a 74 años de edad.	Hasta un 450%
De 75 años a más.	Hasta un 160%

No se trata de un recargo en la prima si no tarifas niveladas por cada uno de los grupos etarios.

En la fecha de vencimiento de la vigencia del aseguramiento individual o de la Póliza, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito al Asegurado y Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la vigencia. Una vez que el Asegurado y Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación del aseguramiento individual o de la Póliza, lo que corresponda, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso de que no solicite la rectificación o terminación, se considerará que el Asegurado y/o Tomador ha aceptado la modificación de la tarifa del seguro.

11. PAGO DE LA PRIMA

Si la modalidad del pago de la prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como Contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la prima que será asumida por el Tomador y la proporción del aporte económico que el Asegurado deberá realizar al Tomador para el pago de la prima a la Compañía; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura de la

Página 8 de 16

Póliza. Si la modalidad del pago se establece como no contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la prima. Todo pago a realizarse por el Tomador deberá efectuarse en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Compañía para tal fin.

Si la Póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, el Asegurado podrá realizar el pago del aporte económico por concepto de prima mediante pagos realizados con la periodicidad que se establezca en el Certificado Individual de Cobertura, por adelantado, con cargo automático al medio de pago acordado.

12. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda la devolución de primas, la Compañía seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza:

- Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador, quien reintegrará al Asegurado las proporciones de sus aportes económicos para el pago de la prima.
- No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de primas deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días hábiles después de la fecha en que procede dicha devolución.

13. PERIODO DE GRACIA

La Compañía otorga un período de gracia de sesenta (60) días naturales para el pago de la prima contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima según la periodicidad de pago pactada entre las partes en la Solicitud de Seguro del Tomador y el Certificado Individual de Cobertura. La fecha de vencimiento del pago de la primera prima se determina en el momento en que la Compañía acepta el riesgo de manera expresa y por escrito..

Si durante el periodo de gracia ocurre un evento que es objeto de esta cobertura, la Compañía cubrirá los siniestros que ocurran en este plazo.

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

En caso de la ocurrencia de un evento el Tomador, Asegurado o sus beneficiarios deben comunicar a la Compañía por cualquier medio la ocurrencia de este, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. Como principales medios para dar aviso de siniestro deberá comunicarse al correo electrónico: servicio@assanet.com. o a través de la línea telefónica **(+506) 2503-2705**. En caso de requerir alguno de los servicios de asistencia, o consultar sobre los proveedores de la misma deberá comunicarse al **(+506) 6040-4001**.

El Tomador, Asegurado o los beneficiarios, están en la obligación de trasladar toda la información del reclamo a la Compañía para su debido proceso. La Compañía está obligada a procesar el reclamo, siempre y cuando el evento acontezca durante la vigencia del aseguramiento individual y el Asegurado esté incluido en el registro de los asegurados.

Una vez dado el aviso de siniestro descrito anteriormente, el Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda tiene un plazo de treinta (30) días calendario para formalizar el reclamo, proporcionando a la Compañía cuantos detalles estén a su alcance con respecto a la causa del siniestro.

Requisitos por presentar bajo la Cobertura Básica de Muerte Accidental:

- a. Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente.
- e. 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.

Requisitos por presentar bajo la Cobertura Adicional de Incapacidad Total y/o Permanente por Accidente:

- a. Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- b. 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.
- c. Original y copia del dictamen médico decretándose la incapacidad total y/o permanente del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos.
- d. Original de la declaratoria de invalidez emitido por la CCSS o por medicatura forense del poder judicial. De no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un médico nombrado por el Asegurado, un médico nombrado por la Compañía y un tercer médico especialista nombrado de común acuerdo entre los médicos. La junta médica deberá tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad. Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al médico de su elección, y los honorarios del tercer médico serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
- e. Copia certificada del historial clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el accidente que originó la incapacidad.

En adición, en ausencia de cualquier documento o información relativa al siniestro el Asegurado podrá aportar cualquier documento o información que sea reconocida en derecho como válida para determinar la ocurrencia del siniestro y comprobar sus características cualitativas y cuantitativas.

Además de estos requisitos, cuando la particularidad del evento lo amerite, la Compañía podrá solicitar información o documentación adicional a los Beneficiarios, explicando razonablemente dicho requerimiento.

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 esta de su obligación de indemnizar.

15. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir

Página 10 de 16

la procedencia del reclamo, según se establece en la cláusula Procedimiento en Caso de Siniestro o Solicitud de Servicio de Asistencia. Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contando a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

16. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

La Póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de contratación. La vigencia de cada aseguramiento individual será de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia consignada en el Certificado Individual de Cobertura.

La Póliza y el aseguramiento individual son prorrogables anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Tomador o Asegurado, quien corresponda, expresen lo contrario con anticipación a la fecha de vencimiento, o que estos no cumplan con los requisitos de asegurabilidad o se encuentren incluidos en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial.

El Tomador podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un adendum, de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del período de gracia antes indicado.

En caso de que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador le comunicará de inmediato a los Asegurados para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todas los Asegurados sean notificadas por cualquier medio autorizado por ellas.

Una vez inicie la vigencia de la Póliza, toda modificación deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador.

17. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
- b. Por falta de pago de la prima total o parcial, según lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- c. Por encontrarse el Tomador en alguna de las situaciones contempladas en la sección Limitación por Sanciones de estas condiciones.

Cuando el Tomador solicite la terminación anticipada de la Póliza, tanto el Tomador como la Compañía deberán notificar al Asegurado por el medio de contacto designado por la Asegurada en el Certificado Individual de Cobertura, con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de anticipación a la fecha de dicha terminación.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de terminación anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la terminación anticipada de la Póliza.

18. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La Compañía se obliga a notificar a el Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto terminar su aseguramiento individual, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas indicadas en esta Póliza terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a. Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
- b. Cese la condición que la hace ser parte del grupo asegurable.
- c. Cuando el Asegurado no tenga cuenta bancaria activa con el Tomador.
- d. Fallecimiento del Asegurado.
- e. Por falta de pago de la prima total o parcial, según lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- f. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
- g. Por solicitud del Asegurado.
- h. Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- i. Por encontrarse el Asegurado o Beneficiario en alguna de las situaciones descritas en la sección Limitación por Sanciones de estas condiciones.

19. CONDICIONES VARIAS

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo, con coberturas básicas y adicionales, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción. El seguro colectivo operará bajo modalidad contributiva o no contributiva según se indique en el Certificado Individual de Cobertura.

B. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados, todas aquellas personas mayores de 18 años que residen en Costa Rica y que sean parte del grupo asegurable del Tomador de la Póliza.

C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DE SEGURO DEL TOMADOR

La Solicitud de Seguro del Tomador que cumpla con todos los requerimientos de la Compañía deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Compañía no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro del Tomador se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Compañía deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si el Tomador no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso de que el Tomador ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

D. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de esta Póliza serán expresados en la moneda que se indique en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Cobertura, dólares de los Estados Unidos de América o colones costarricenses. En caso de que algún pago se realice en una moneda distinta a la contratada, se realizará al de cambio de venta 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.

E. COMISIÓN DEL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Por la gestión y administración de la póliza, la Compañía podrá reconocer una comisión al Tomador o al Intermediario de Seguro que constará en el Certificado Individual de Cobertura, para conocimiento del Asegurado. Cuando corresponda, esta comisión incluirá todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de la Póliza, aún los costos indirectos en los casos donde los miembros del grupo asegurable decidan optar por otro seguro.

F. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al grupo asegurable y desee formar parte del grupo de Asegurados deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de solicitud de inclusión como Asegurado.

G. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

La Compañía emitirá un Certificado Individual de Cobertura que el Tomador entregará al Asegurado como constancia de adhesión al seguro, indicando la fecha de inicio de la vigencia del aseguramiento individual y la suma asegurada para cada cobertura.

H. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador, la Compañía llevará un registro de Asegurados que trasladará al Tomador cinco días antes del último día del mes para su revisión, en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, coberturas, sumas aseguradas, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

El Tomador será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el reporte de Asegurados con la siguiente información:

- a. La lista de los nuevos ingresos al grupo de Asegurados, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada.
- b. La lista de los Asegurados para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo de Asegurados y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

Este registro de Asegurados será proporcionado al Tomador previa prórroga de la Póliza para que pueda validarlo.

I. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL

La Aseguradora y el Tomador informarán al Asegurado las modificaciones que correspondan con un plazo de treinta (30) días naturales previos a la fecha de efectividad de la modificación.

Adicionalmente, la Compañía y el Tomador informarán al Asegurado la terminación de la Póliza o el aseguramiento individual con un plazo de cuarenta y cinco (45) días naturales previos a la fecha de efectividad de la terminación.

En ambos casos, la notificación se efectuará por el medio que el Asegurado exprese en el Certificado Individual de Cobertura.

J. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada a la Compañía tanto por el Tomador como por el Asegurado será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte del Asegurado en lo que refiere a su información personal, o ante requerimiento de la autoridad competente.

K. TRASPASO O CESIÓN

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que, de sus derechos sobre el seguro, haga el Asegurado o Tomador.

L. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

M. 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 Republica de Costa Rica o aquellas con las que la Republica de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales incluyendo pero sin limitar la generalidad de los 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, o el aseguramiento individual cuando corresponda, de forma inmediata sin responsabilidad alguna.

N. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta Póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

O. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de un Certificado Individual de Cobertura, según el caso, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del interesado. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

P. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

20. CONTROVERSIAS

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, de conformidad con la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N. 7727 del 09 de setiembre de 1997. En caso de optar por un arbitraje, las partes conforme a las reglas estipuladas en la citada Ley escogerán o designarán al Tribunal Arbitral, pudiendo recurrir a cualquier centro dedicado a la administración de este tipo de procedimiento que elegirán de común acuerdo.

21. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador en la Solicitud de Seguro y cada Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza por medio de Adendum.

En caso de que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las comunicaciones del Tomador o Asegurada a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas y/o sucursales.

Los Asegurados o los miembros del grupo asegurable podrán realizar consultas y recibir asesoría sobre las condiciones de esta Póliza, al número de teléfono (+506) 2503-2700 en la opción 1 y/o al correo

electrónico: servicio@assanet.com que están detallados en la Solicitud de Inclusión/Certificado Individual de Cobertura, o bien al sitio web www.assanet.cr/ donde podrá obtener la información necesaria.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, serán 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 8653 bajo el registro número P19-57-A05-1072 de fecha 15 de marzo del 2023 con fecha de actualización 21 de junio del 2025.