ASSA Compañía de Seguros, S.A.

SEGURO COLECTIVO DE DEUDORES

Código de producto: P14-40-A05-657

Fecha de registro: 21-nov-15

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE DEUDORES
CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA 3
DEFINICIONES 4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN 12
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL 12
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL 12
3. SEGURO COLECTIVO 12
4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO 12
5. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA 12
ÁMBITO DE COBERTURA 13
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS 13
6. COBERTURA BÁSICA 13
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD 16
7. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO) 16
8. SUMAS ASEGURADAS 17
SECCIÓN III: EXCLUSIONES 17
9. EXCLUSIONES GENERALES 17
10. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS 18
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA 19
11. LIMITACIÓN TERRITORIAL 19
SECCIÓN V: DEDUCIBLES 20
12. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES 20
BENEFICIARIOS 20
13. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIO ACREDITANTE 20
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES 21
14. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA 21
15. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO 21
16. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE) 22
17. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO) 22
18. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGUARDO PRINCIPAL) 23
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS 23
19. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS 23
20. FORMA DE PAGO 23
21. PERIODO DE GRACIA 24

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA 24
22. TARIFAS 24
RECARGOS Y DESCUENTOS 24
23. RECARGOS Y DESCUENTOS 24
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS 25
24. RECLAMACIONES 25
25. PAGO DE RECLAMACIONES 27
26. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS 27
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES 27
27. VIGENCIA DEL SEGURO 27
28. FECHA EFECTIVA DEL SEGURO DEL DEUDOR 28
29. DERECHO DE PRÓRROGA 28
CONDICIONES VARIAS 28
30. PERIODO DE COBERTURA 28
31. PERIODO DE CARENCIA 28
32. NULIDAD DEL CONTRATO 29
33. INTERÉS ASEGURABLE 29
34. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA 29
35. SUSPENSIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN POR UN TRABAJO TEMPORAL 29
36. PRUEBAS SATISFACTORIAS DE FALLECIMIENTO 30
37. SUICIDIO 30
38. ELEGIBILIDAD 30
39. EDAD 31
40. MODIFICACIONES 32
41. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD 33
42. REHABILITACIÓN 33
43. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO 33
44. SUBROGACIÓN 33
45. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO 34
46. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA 34
47. MONEDA 35
48. COMISIÓN DE ADMINISTRACIÓN 35
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 35
49. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS 35
50. LEGISLACIÓN APLICABLE 35
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES 36
51. NOTIFICACIONES 36

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la "Compañía"), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante el "Contratante" o el "Tomador" y/o el "Asegurado" en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurran en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, Deducibles, Coaseguro, Copagos y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante el "Asegurado") a la Compañía.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

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

DEFINICIONES

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

1. **ACCIDENTE:** Es la acción repentina de un agente externo, súbita, inesperada, involuntaria y violenta, cuya fecha se encuentra determinada, 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 y la cual ha sido la causa directa de la muerte, daño físico, o incapacidad permanente del Asegurado, lo cual puede determinarse por un Médico.

2. **ADDENDUM:** Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, o Addendum previo de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como condición especial de la Compañía para la aceptación del contrato. En plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.

3. **ASEGURADO:** Es toda persona física, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Compañía y a favor de quien se ha emitido un certificado de cobertura o se ha extendido cobertura de seguros según el método convenido entre la Compañía y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia. En términos generales, es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo. Es titular del interés objeto del seguro, y que, en defecto del Tomador, asume los derechos y obligaciones derivadas del contrato. Para efectos de esta Póliza, se trata de el (los) Deudor(es) del Contratante.

4. **BENEFICIO MENSUAL**: Este beneficio aplica para la cobertura de "**DESEMPLEO**", "**AUXILIO FUNERARIO**" e "**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**" y consiste en el beneficio económico mensual a que tiene derecho el Asegurado en caso de siniestro amparable, cuyo importe y número de desembolsos se indica en la Solicitud/Certificado. Para las coberturas de "**DESEMPLEO**", e "**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**" este beneficio equivale en esta Póliza a un monto mensual fijo de la cuota del crédito que le corresponde al Asegurado pagar por mes al Tomador del seguro, producto de la operación comercial que los vincula. Para la cobertura de "**AUXILIO FUNERARIO**" esta cuota será un monto fijo que se le otorgara mensualmente de acuerdo al número de desembolsos que se indica en la Solicitud/Certificado.

5. **BENEFICIARIO ÚNICO IRREVOCABLE:** Es el mismo Contratante de la Póliza. Es la entidad comercial que otorgó el crédito a quien la Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza al acaecimiento del Siniestro, sujeto a los términos y condiciones de la misma. En términos generales, es la persona jurídica que tiene un interés lícito de carácter económico en las personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Entidad Aseguradora.

6. **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.

7. **C.C.S.S.:** Caja Costarricense del Seguro Social.

8. **CLÁUSULAS:** Son las disposiciones establecidas en el contrato de seguros a través de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares.

9. **COBERTURAS:** Son aquellas protecciones que otorga la Compañía en el contrato de seguro.

10. **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes Contratantes.

11. **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario, Vencimiento del Contrato, Periodicidad del Pago de Primas e importe de las mismas, Riesgos Cubiertos y Deducibles.

12. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.

13. **CONDUCTO DE PAGO**: Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Contratante por su cuenta y riesgo podrá(n) optar, para su facilidad, a realizar el (los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Contratante no le exime(n) de su responsabilidad de que el (los) pago(s) lleguen al domicilio de la Compañía.

14. **CONSENTIMIENTO:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Contratante y la Compañía determinado en el contrato de seguro.

15. **CONTRATANTE / TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el Tomador la figura de Asegurado y Beneficiario del seguro. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Contratante del seguro colectivo; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

16. **CONTRATO DE SEGURO:** Es el contrato mediante el cual la Compañía se obliga a aceptar a cambio de una prima, la transferencia de riesgos asegurables y se obliga contractualmente, ante el acaecimiento de un riesgo, a indemnizar al beneficiario de la cobertura por las pérdidas económicas sufridas o a compensar un capital, una renta y otras prestaciones convenidas. El Contrato de Seguros se constituye en la póliza.

17. **DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación del Asegurado, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la Compañía. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Asegurado o al Tomador, la Compañía estará obligada a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible al Asegurado respectivamente. La Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

18. **DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que afecten el siniestro; y tiene como finalidad que el Asegurado haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca un siniestro. El Deducible que se

haya establecido en las Condiciones Particulares se rebajará de la pérdida indemnizable que corresponda al Asegurado, una vez que se haya aplicado el porcentaje de infraseguro, el salvamento y la participación contractual a cargo suyo, si existiese.

19. **DESEMPLEO INVOLUNTARIO:** Se refiere al despido de un Empleado Permanente de forma injustificada, con responsabilidad patronal del Asegurado, o por causas ajenas a su voluntad, y que como consecuencia pierda totalmente sus fuentes de ingresos. Para efectos de esta Póliza, en caso que el Empleado Permanente esté laborando para más de un patrono, la condición de Desempleo Involuntario únicamente aplica si al Empleado lo despiden de forma injustificada, con responsabilidad patronal en todos sus trabajos.

20. **DESEMPLEADO:** Condición de la persona que no recibe remuneración alguna por sus servicios como Empleado.

21. **DESPEDIDO:** Es la persona que estando empleado, el patrono da por finalizado unilateralmente un contrato laboral con su Empleado por causas ajenas al control del mismo.

22. **DEUDA**: Cuando se utilice la expresión “una deuda”, significa la cantidad que debe el Deudor al Contratante en virtud de un crédito, bajo un acuerdo estipulado y se definen los siguientes tipos de créditos: Hipotecarias, Personales y Prendario.

23. **DEUDOR:** Cualquier persona física que contraiga deuda con el Contratante en, o después de la fecha efectiva de esta Póliza, en concepto de créditos. En caso de que una misma Deuda sea contraída por varias personas, cada persona se considerará un Deudor por sí mismo por la suma total adeudada al Contratante y estará sujeto a todas las condiciones de esta Póliza. Siempre que se trate de créditos mancomunados, deberá existir interés asegurable entre los Deudores; y en casos de créditos hipotecarios, los Deudores deberán vivir bajo el mismo techo para poder asegurarse mancomunadamente. En la expresión “Deudor” no se considerará incluida cualquier corporación o sociedad mercantil; por lo tanto, ninguna corporación o sociedad mercantil será elegible para seguro bajo esta Póliza.

24. **DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.

25. **DISPUTABILIDAD:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios dentro de un plazo determinado.

26. **EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).

27. **EDAD DE JUBILACIÓN:** Sin distingo de que el Asegurado pertenezca o no a dicho régimen, es la edad ordinaria de jubilación, entiéndase no anticipada, que se establece en el Artículo 5 del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, vigente al momento en que se invoquen derechos u obligaciones referidos a tal concepto.

28. **ELEGIBLE**: Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula “**ELEGIBILIDAD**”.

29. **EMPLEADO PERMANENTE:** Es la persona que tiene empleo permanente dentro de una relación que pueda calificarse como Relación Laboral y el patrono está realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social. No tiene una fecha fija de término, o sea es de plazo indefinido, exceptuando para su término la causal de jubilación o la declaratoria de una Incapacidad Total y Permanente por la Caja Costarricense de Seguro Social. Para ser considerado dentro de esta definición deberá de llevar al menos seis (6) meses o ciento ochenta (180) días continuos trabajando. Los Trabajadores Independientes y/o las relaciones laborales por tiempo definido o por obra o contrato determinado no serán considerados Empleados Permanentes para efectos de esta Póliza.

30. **EMPLEADO BAJO CONTRATO:** Es la persona que está empleada bajo un contrato laboral de plazo fijo por al menos seis (6) meses o ciento ochenta (180) días, el cual está realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.

31. **EMPLEO TEMPORAL:** Es cuando el contrato de trabajo tiene un plazo de vigencia de al menos seis (6) meses con el mismo patrono.

32. **ENFERMEDAD:** Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.

33. **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.

34. **FORTUITOS:** Inesperado que no se prevé.

35. **GRUPO ASEGURABLE:** Es el grupo natural de Asegurados sobre el que se hace la emisión de un seguro colectivo, quienes tienen una vinculación jurídica con el Tomador a través de una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.

36. **GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.

37. **HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.

38. **INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL**: Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual por un mínimo de sesenta (60) días calendario. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada en periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982, y de manera particular, respecto de los porcentajes de incapacidad establecidos en el Artículo 224 de la misma.

39. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%) de manera permanente, que definitivamente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, una profesión, actividad u oficio. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental, o por una enfermedad diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la Póliza. Para efectos de este contrato, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total y Permanente 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. La temporalidad o permanencia de la incapacidad es definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS), o en su defecto por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS), según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada el periódico oficial La

Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982 (Costa Rica).

40. **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.

41. **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.

42. **LÍMITE MÁXIMO INDIVIDUAL POR ASEGURADO:** Es el valor máximo reconocido por la Compañía en caso de un siniestro amparado por esta Póliza para un Asegurado y que se establece en las Condiciones Particulares de la misma para cada una de las Coberturas o Beneficios según el Plan contratado.

43. **LESIÓN CORPORAL:** Es aquel menoscabo, disminución o pérdida ocasionada a la integridad física de un Asegurado, que ocurre dentro de un plazo no mayor de noventa (90) días posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida

.

44. **MÉDICO**: Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y deberá demostrar una experiencia mínima de tres (3) años como Médico.

45. **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.

46. **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.

47. **NEOPLASMA MALIGNO**: Son las enfermedades en donde hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

48. **PATRONO**: Persona física o jurídica debidamente inscrita ante la CCSS como tal, que legalmente puede contratar en Costa Rica a personas físicas bajo una relación laboral debidamente documentada.

49. **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.

50. **PERIODO DE CARENCIA**: Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

51. **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.

52. **PERÍODO DE ESPERA**: Es el período de tiempo a partir del momento en que el Asegurado entra en una situación de Desempleo Involuntario y durante el cual el Asegurado debe

continuar pagando al Tomador las cuotas mensuales de su Deuda. Durante este período, la Aseguradora no estará obligada a realizar pago alguno al Tomador. Una vez transcurrido el Período de Espera y que se cumplan las condiciones establecidas en esta Póliza, la Compañía procederá a realizar los pagos que correspondan a la Deuda del Asegurado.

53. **PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de diez (10) días hábiles 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.

54. **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.

55. **PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante a la Entidad Aseguradora por la protección solicitada.

56. **PRIMA NO DEVENGADA:** Corresponde a la porción de la Prima aplicable al período no transcurrido de la Vigencia de la Póliza. Por ejemplo, en el caso de una prima para doce (12) meses de vigencia la Prima No Devengada al final del primer mes de vigencia correspondería a 11/12 de la prima. En toda situación en que corresponda reintegrar al Tomador la no devengada, ésta se pondrá a disposición del mismo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la terminación anticipada del seguro en las oficinas de la Compañía, salvo que en el momento las partes acuerden otra cosa. Este concepto se aplica tanto en singular como en plural.

57. **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.

58. **REGISTRO DE ASEGURADOS**: Es un archivo magnético o base de datos de la Compañía donde se registra la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, número y tipo de identificación, así como cada una de las modificaciones a este archivo y la fecha en que se realizó cada modificación.

59. **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.

60. **RELACIÓN LABORAL**: La relación laboral es aquella que se establece entre el trabajo y el capital en el proceso productivo y que conlleva los elementos de subordinación y pago de un salario.

61. **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.

62. **REPORTE DE ASEGURADOS**: Es el listado de Asegurados entregado por el Tomador a la Compañía que debe contener la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, número y tipo de identificación. El Tomador deberá entregar el listado en

medio magnético o vía internet en el formato establecido por la Compañía para tal fin.

63. **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.

64. **RIESGO(S):** Vulnerabilidad de la persona objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño en su integridad física o la muerte. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.

65. **SINIESTRO:** Constituye la acción o aparición del riesgo que hace exigible la obligación de la Compañía. Es el acontecimiento inesperado, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del Asegurado. Para efectos de este contrato el despido involuntario de la relación laboral del asegurado, susceptible de ser indemnizada conforme a los términos de este contrato.

66. **SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y CERTIFICADO DE SEGURO**: Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro.

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

    En tanto certificado de seguro, el documento adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento colectivo pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales.

    En el certificado de aseguramiento consta: i) Información propia de la solicitud de seguro; ii) El número de póliza colectiva y el tomador de la misma; iii) Número de registro del producto en la superintendencia; iv) Nombre, identificación y domicilio del o los asegurado(s); v) Créditos cuyos pagos son objeto de la cobertura; vi) Vigencia; vii) Monto de la prima, forma de pago y plan de pago; viii) Límite de responsabilidad.

    Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.

67. **SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.

68. **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.

69. **TARIFA:** Factor, generalmente dado en porcentaje, que determinará la prima de la póliza.

70. **TRABAJADOR INDEPENDIENTE**: Persona física que por sí misma y de forma independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no, sin importar si cotiza o no como tal ante la Caja Costarricense del Seguro Social. Se entiende que es la persona que no tiene relación laboral con un Patrono, y ejecuta sus actividades profesionales o su oficio de forma independiente. Para efectos de esta Póliza, la situación de Trabajador

Independiente y Empleado Permanente son excluyentes entre sí.

71. **VENCIMIENTO:** Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.

72. **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.

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

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y las Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud/Certificado y Declaraciones del Tomador y/o Asegurado.

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. En los casos en que se adhieran nuevas Condiciones Particulares o Addenda a esta póliza, prevalecerán las estipulaciones de las nuevas Condiciones Particulares o Addenda sobre lo demás.

3. SEGURO COLECTIVO

Este es un Seguro Colectivo que podrá ser contratado en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Tomador con los Asegurados. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como “Tomador del Seguro Colectivo”. El deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud/Certificado 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/Certificado, 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.

5. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que el contenido de esta póliza difiera de lo indicado en la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud/Certificado o Propuesta de Seguro, prevalecerá lo indicado en esta póliza. No obstante, la persona asegurada tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la

entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha en que se emita la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS

6. COBERTURA BÁSICA

6.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, la Compañía pagará al Tomador, en su calidad de Beneficiario Único Irrevocable, el valor del saldo inicial de la Deuda del Asegurado en caso de fallecimiento de éste por cualquier causa no excluida por esta Póliza, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza como Límite Máximo Individual. En caso de ocurrencia de siniestro cubierto por la presente Póliza, los causahabientes tendrán derecho a exigir a la Compañía el pago al Tomador del saldo inicial, en los términos, condiciones y cobertura previstos en esta Póliza.

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

El saldo inicial de la deuda que constituye la Suma Asegurada al amparo de esta cobertura, será revisado y actualizado anualmente por el Tomador del seguro, por ello durante la vigencia anual de la Póliza se constituye en una Suma Asegurada fija, que en caso de muerte del Asegurado por cualquier causa, dará lugar a que exista un saldo a favor de los Beneficiarios del seguro respecto al saldo real adeudado al Tomador del seguro por parte del Asegurado.

6.1.1. MUERTE ACCIDENTAL

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente, además del pago al Tomador, en su calidad de Beneficiario Único Irrevocable del saldo inicial de la Deuda, según lo indicado en la cobertura de "**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**", la Compañía pagará adicionalmente a el(los) Beneficiario(s) nombrado(s) un monto igual al saldo inicial de la Deuda del Asegurado, por concepto de indemnización adicional, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza como Límite Máximo Individual.

El Suicidio no es considerado una causa de muerte accidental, bajo esta cobertura.

6.2. AUXILIO FUNERARIO

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, en caso de fallecimiento del Asegurado por cualquier causa no excluida por esta Póliza, siempre que ocurra durante la vigencia de la Póliza, la Compañía

pagara a el (los) Beneficiario(s) el Beneficio, de acuerdo al monto que se indique en la Solicitud/Certificado para que lo destine libremente en lo que considere necesario.

6.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Siempre y cuando se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, esta cobertura ampara el riesgo del Asegurado de no poder hacer frente a la Deuda adquirida, entendida ésta como el saldo inicial de la Deuda, debido a Incapacidad Total y Permanente por causa de Accidente o Enfermedad que le haya provocado Lesión Corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional, la cual deberá de ser diagnosticada por un Médico especialista. A tal efecto, la Compañía pagará en un solo tracto al Tomador, en su calidad de Beneficiario Único Irrevocable, el valor del saldo inicial de la Deuda del Asegurado contraída. Lo anterior, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza como Límite Máximo Individual.

La Compañía hará efectivo el derecho que otorga esta cobertura, sujeto a las condiciones contratadas de esta Póliza, una vez que el Asegurado presente la declaratoria de invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social, y en el caso de que el Asegurado no cuente con medio probatorio, la Compañía le asignará un Médico o junta de médicos por cuenta de ésta.

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

El saldo inicial de la Deuda que constituye la Suma Asegurada al amparo de esta cobertura, será revisado y actualizado anualmente por el Tomador del seguro, por ello durante la vigencia anual de la póliza se constituye en una Suma Asegurada fija, que en caso de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, dará lugar a que exista un saldo a favor del Asegurado respecto al saldo real que le adeuda al Tomador del seguro.

6.3.1. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL

En caso de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado a causa de un Accidente, además del pago al Tomador, en su calidad de Beneficiario Único Irrevocable del saldo inicial de la Deuda, según lo indicado en la cobertura de "**INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**", la Compañía pagará adicionalmente al Asegurado un monto igual al saldo inicial de la Deuda, por concepto de indemnización adicional, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza como Límite Máximo Individual.

La Incapacidad Total Permanente que ocurra a consecuencia de un intento de Suicidio no está incluida bajo esta cobertura.

6.4. DESEMPLEO

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, en caso de que el Asegurado quede Desempleado, y cumpla la condición de Empleado Permanente o Empleado Bajo Contrato, debido a una situación de Desempleo Involuntario, y que como resultado del Desempleo Involuntario pierda la totalidad de sus ingresos, la Compañía pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado de cada Asegurado.

Para efectos de esta Póliza, en caso que el Empleado Permanente o Empleado Bajo Contrato esté laborando para más de un Patrono a la misma vez, la condición de Desempleo Involuntario únicamente aplica si al Empleado Permanente o Empleado Bajo Contrato lo despiden con

responsabilidad patronal en todos sus trabajos y como consecuencia pierda totalmente sus fuentes de ingresos.

Las coberturas de "DESEMPLEO" e "INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL" son excluyentes entre sí, por lo cual un Asegurado no podrá estar amparado bajo ambas coberturas a la misma vez. Esta cobertura aplicará únicamente para Asegurados que sean Empleados Permanentes o Empleados Bajo Contrato y la Compañía la dejará de pagar al Tomador cuando la Compañía haya cubierto el número total del Beneficio Mensual acordado.
El monto máximo a pagar en cada Beneficio Mensual incluirá el monto de principal e intereses corrientes no pagados al momento de quedar desempleado el Asegurado. **Este monto no incluirá intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni ningún saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en la Solicitud/Certificado**.

Como condición de cobertura, el Asegurado al momento del siniestro se tendrá en cuenta la permanencia como Empleado Permanente o Empleado Bajo Contrato por el término de seis (6) meses o ciento ochenta (180) días continuos siempre y cuando en caso de cambio de un empleo a otro no supere ocho (8) días calendario. La relación laboral que tengan el Empleado Permanente o el Empleado Bajo Contrato deberá, al momento de su terminación, haber generado el pago de una indemnización o bonificación.

Dentro de esta cobertura se amparan:

a) Empleado Bajo Contrato con vinculación laboral a término fijo y cuyo contrato haya finalizado antes del término inicialmente establecido y siempre y cuando esta terminación no dependa de la voluntad del asegurado y no exista justa causa en la terminación;
b) Empleados públicos cuyo despido no haya sido generado por el mismo Asegurado.

6.5. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Siempre y cuando se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, esta cobertura ampara el riesgo del Asegurado, que cumpla la condición de Trabajador Independiente, el cual en caso de sufrir un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, impidiéndole ejercer sus actividades lucrativas u ocupación habitual, condición que deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista, y por ende esté en imposibilidad de hacerle frente al pago de las cuotas mensuales de la Deuda con el Tomador, por lo que la Compañía abonará al Tomador el Beneficio Mensual estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, por el monto y el período previamente indicado en la Solicitud/Certificado, siempre y cuando el Asegurado se encuentre y/o mantenga en dicha condición de Incapacidad Total Temporal.

Las coberturas de "DESEMPLEO" e "INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL" son excluyentes entre sí, por lo cual un Asegurado no podrá estar amparado bajo ambas coberturas a la misma vez. Esta cobertura aplicará únicamente para Asegurados que sean Trabajadores Independientes y la Compañía dejará de pagarla al Tomador cuando la Compañía haya cubierto el número total de pagos acordados.

Para que la Incapacidad Total y Temporal clasifique como tal, deberá tener una duración igual o superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada por su voluntad.

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

El pago de la indemnización por Incapacidad Total y Temporal se realizará de acuerdo a la siguiente tabla:

Días de Incapacidad Total Temporal por Días de Incapacidad	Número de Pagos a Aplicar
15 - 44 días calendario consecutivos	1
45 - 79 días calendario consecutivos	2
80-109 días calendario consecutivos	3
110-139 días calendario consecutivos	4
140- 169 días calendario consecutivos	5
170 o más días calendario consecutivos	6

Recaída: En caso que el Asegurado presente una nueva Incapacidad Total Temporal dentro de los sesenta (60) días siguientes a la incapacidad reportada previamente, ésta se considerará como una recaída y se tomará como parte del primer evento de acuerdo con la tabla de días de incapacidad indicada anteriormente. Lo anterior, siempre y cuando la nueva incapacidad tenga relación directa de causalidad con la patología que originó la Incapacidad Total Temporal reportada previamente.

Si el Asegurado, presenta una nueva Incapacidad Total Temporal después de transcurridos sesenta (60) días desde la última Incapacidad Total Temporal reportada, la nueva incapacidad se tomará como un nuevo evento.

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

7. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)

Por medio de este Seguro, la Compañía cubrirá el saldo inicial de la Deuda a la fecha de fallecimiento del Deudor por cualquier causa no excluida por esta Póliza, incluyendo Accidente, cancelando la misma al Contratante de la póliza. En caso de que haya un remanente del monto pagado al Contratante, el mismo le será pagado a el(los) Beneficiario(s) nombrado(s) del Asegurado. Si el fallecimiento del Asegurado es a causa de un Accidente, la Compañía pagará adicionalmente a el(los) Beneficiario(s) nombrado(s) un monto igual al saldo inicial de la Deuda del Asegurado, por concepto de indemnización adicional.

En caso de ocurrir una Incapacidad Total y Permanente, por Accidente o por Enfermedad, la Compañía pagará en un único abono al Contratante el saldo inicial de la Deuda, lo cual contempla el capital y los intereses corrientes no pagados por el Deudor-Asegurado al momento del siniestro. Lo anterior siempre que la condición de Incapacidad Total y Permanente exista y se mantenga en el tiempo. En caso de que haya un remanente del monto pagado al Contratante, el mismo le será pagado al Asegurado. Si la Incapacidad Total y Permanente ocurre a causa de un Accidente, la Compañía pagará adicionalmente al Asegurado un monto igual al saldo inicial de la Deuda, por concepto de indemnización adicional.

En caso que el Asegurado entre en estado de Desempleo Involuntario de su trabajo, la Compañía pagará el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado. De la misma manera, siempre que el Asegurado cumpla la condición de ser un Trabajador Independiente, y sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, la Compañía pagará el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado.

Adicionalmente, en caso de fallecimiento del Asegurado por cualquier causa no excluida por esta Póliza, la Compañía pagara a el (los) Beneficiario(s) el Beneficio, de acuerdo al monto que se indique en la Solicitud/Certificado para que lo destine libremente en lo que considere necesario.

Las Partes entienden que la presente Póliza es un seguro temporal a un año, la cual se mantendrá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada convenida por las Partes no se haya agotado.

8. SUMAS ASEGURADAS

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

Cobertura	Límite de Responsabilidad
A- Muerte por Cualquier Causa	Saldo inicial de la Deuda contraída por el Asegurado con el Tomador del seguro. En caso de fallecimiento a causa de un Accidente se pagará una indemnización adicional a los Beneficiarios.
B- Auxilio Funerario	Beneficio cuyo importe consten en la Solicitud/Certificado.
C- Incapacidad Total y Permanente	Saldo inicial de la Deuda contraída por el Asegurado con el Tomador del seguro. En caso de Incapacidad Total y Permanente a causa de un Accidente se pagará una indemnización adicional al Asegurado.
F - Desempleo	Beneficio Mensual cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado.
G – Incapacidad Total y Temporal	Beneficio Mensual cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado.

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

El Tomador deberá reportar a la Compañía**,** los saldos iniciales de la Deuda de cada uno de los Asegurados para el cálculo de la Prima respectiva.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

9. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso cubrirá lo siguiente:

a) LA COMPAÑÍA no será responsable de pago bajo esta Póliza si la muerte de cualquier Deudor resultare a consecuencia de actos delictivos o contravencionales de acuerdo al Código Penal de la República de Costa Rica, en los que participe directa o indirectamente el Asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego conmociones civiles o guerra, declarada o no, o cualquier acto atribuible a ésta.

Sin perjuicio de otras exclusiones establecidas en la legislación vigente que regula los contratos de seguros, y en adición a las Exclusiones correspondientes

a las Coberturas de la presente póliza, ésta no cubre siniestros a consecuencia directa o indirecta de:

b) Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.
c) Condiciones o padecimientos preexistentes no declarados en el Certificado/Solicitud, mientras se encuentre vigente el período de Disputabilidad de la póliza
d) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
e) Accidentes o lesiones padecidos por el Asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
f) Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente Seguro.
g) El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
h) Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación y polo.
i) Siniestros que ocurran posterior a la fecha de cancelación de la póliza o a la exclusión de un Asegurado por parte del Tomador.
j) Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o infección.

10. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

11.1. Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE", no aplicará la cobertura indicada en los siguientes casos:

a) Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio Asegurado.

11.2. Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de "DESEMPLEO", no aplicará la cobertura indicada en los siguientes casos:

a) Renuncia voluntaria por parte del Asegurado o solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncie, se jubile o se jubile en forma anticipada y voluntariamente.
b) Sea Despedido sin responsabilidad patronal.
c) Muerte del Asegurado.
d) Queda desempleado durante el Período de Carencia establecido en las Condiciones Particulares.
e) Es empleado por tiempo definido y queda desempleado como consecuencia del cumplimiento del período por el cual se estableció la relación laboral.
f) Expiración del término establecido en el contrato a término fijo.
g) Terminación del contrato por obra o labor.
h) Contratos por prestación de servicios.

i) **Suspensión del contrato de trabajo.**
j) **Contratos finalizados durante o al momento de finalización del periodo de prueba.**
k) **Relaciones laborales celebradas en el exterior, ejecutadas total o parcialmente y finalizadas en el exterior.**
l) **Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el Patrono sin que se efectué pago alguno de bonificación o suma alguna**
m) **Contratos de aprendizaje.**
n) **Cualquier contrato diferente a los enunciados en la cobertura de desempleo.**
o) **Despidos que no impliquen el reconocimiento de una indemnización o bonificación.**
p) **No se incluyen en este amparo personas cubiertas bajo el amparo de Incapacidad Total Temporal o Incapacitado Total y Permanente.**
q) **En caso de ser Empleado Permanente o Empleado Bajo Contrato y no llevar al menos seis (6) meses o ciento ochenta (180) días continuos laborando.**
r) **Es Empleado Bajo Contrato y queda Desempleado, como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo de plazo fijo.**
s) **Tiene un trabajo temporal o estacional, el cual su duración sea inferior a seis (6) meses.**
t) **Es despedido por su patrono como resultado de su mala conducta o rompimiento del contrato de trabajo.**

11.3. Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de "INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL", no aplicará la cobertura indicada en los siguientes casos:

a) **Licencias de maternidad o paternidad.**
b) **Desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad asociadas a las fuerzas militares o policiales.**
c) **Enfermedades, accidentes o padecimientos que hayan sido conocidos o diagnósticos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como, cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.**
d) **No se incluyen en este amparo personas cubiertas bajo el amparo de la cobertura de "Desempleo".**

SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA

11. LIMITACIÓN TERRITORIAL

Para la cobertura de "**DESEMPLEO**", el siniestro deberá haber ocurrido dentro de los límites de la República de Costa Rica de conformidad con la normativa costarricense, salvo que en el Solicitud/Certificado se estipule otra cosa**.**

Para las coberturas de "**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**", "**AUXILIO FUNERARIO**", "**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**" e "**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**" no existirá ningún tipo de limitación territorial.

SECCIÓN V: DEDUCIBLES

12. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

Para esta póliza no aplicará no aplicará ningún deducible.

BENEFICIARIOS

13. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIO ACREDITANTE

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

Como el saldo de la Deuda será actualizado anualmente por el Tomador del seguro, durante la vigencia anual de la póliza, el saldo real adeudado por el Asegurado al Tomador será menor al saldo de deuda reportado por el Tomador como Suma Asegurada al inicio de la vigencia, por ello cualquier diferencia que resulte a favor del Asegurado según la Suma Asegurada establecida, le será indemnizada a los Beneficiarios designados en la póliza distintos al Tomador del seguro al amparo de la cobertura "**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**" y para la Cobertura "**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**" al mismo Asegurado. El pago de la indemnización adicional en caso de Accidente de acuerdo a la cobertura "**MUERTE ACCIDENTAL**" será pagado directamente a el(los) Beneficiario(s), mientras que para la cobertura "**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**" será pagado al mismo Asegurado.

Si el beneficiario lo es en razón de un crédito a favor del asegurado, su beneficio se limitará al saldo insoluto de la deuda incluyendo intereses generados al momento del siniestro, según el contrato de crédito y la certificación contable correspondiente pero sin exceder la suma asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el beneficio indicado, el remanente se pagará al asegurado, a sus beneficiarios distintos del acreditante o a sus herederos, según corresponda.

Para el caso de las coberturas de "**DESEMPLEO**" e "**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**", el pago se hará al Tomador de la póliza de acuerdo al Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda se indica en la Solicitud/Certificado de cada Asegurado.

Para la cobertura de "**AUXILIO FUNERARIO"** el Beneficio Mensual será pagado a el(los) Beneficiario(s) de la póliza, nombrados por el Asegurado.

"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."

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

14. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo y la presentación de la documentación necesaria para el análisis del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Compañía se compromete a darle trámite diligente a cada uno de los reclamos interpuestos como consecuencia de la celebración del Contrato de Seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la Compañía, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva. El retraso injustificado en el pago de dicha prestación, obligará a la Compañía a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al Tomador y/o Asegurado, mismos que, para el caso específico de mora en el pago de la indemnización, consistirán en el pago de intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma principal adeudada.

Asimismo, la Compañía se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al Asegurado, consagrados dentro de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (Acuerdo SUGESE 06 – 13), Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros (Acuerdo SGS-DES-A-031-2014) y demás normativa aplicable.

15. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO

El Tomador y/o Asegurados están obligados a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o Asegurados, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato.** La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud intencional producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo

El Tomador y/o Asegurados deberán cancelar la prima en las fechas establecidas para tales efectos. En caso de que el Tomador se encuentre moroso en el pago de la prima, la Compañía estará facultada a dar por terminado anticipadamente el contrato, o bien, proceder con el cobro de la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el contrato se mantenga vigente.

El Tomador y/o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula "**RECLAMACIONES**". Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

Durante el trámite del reclamo, el Tomador y/o Asegurado, deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberán colaborar con la Compañía en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios

para que la Aseguradora pueda darle trámite al reclamo. El incumplimiento demostrado de dichas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida, liberará a la Compañía de su obligación de indemnizar.

El Tomador deberá cumplir con el recaudo y depósito a favor de la Compañía de las primas del seguro, según lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

16. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)

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

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 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.

17. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)

Durante la vigencia del presente Seguro, incluidos los trámites de indemnización, el Tomador y/o Asegurados se comprometen a brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a mantener actualizada dicha información. En caso contrario la Compañía podrá

dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información

18. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGUARDO PRINCIPAL)

Cuando exista pluralidad de seguros, de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato, el Asegurado deberá advertirlo la Compañía en la Solicitud/Certificado.

Suscrito el contrato, el Asegurado tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

19. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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 mensual, y no aplicarán recargos por el pago mensual fraccionado de la póliza.

20. FORMA DE PAGO

Las primas deberán ser pagadas por el Contratante en el domicilio de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto al domicilio de la Compañía y/o a una persona distinta (intermediario de seguros, representante o recaudador) no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en el domicilio de la Compañía, salvo que en las Condiciones Particulares se haya pactado que el pago de las primas se realizará en el domicilio del Asegurado. Para que la Compañía esté obligada al pago de la indemnización deberá haber percibido la prima única convenida, o las parciales, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento del pago único, o cualquier pago parcial, que se hubiese fijado en las Condiciones Particulares.

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

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

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

21. PERIODO DE GRACIA

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 cobertura del Asegurado terminará automáticamente al final de dicho período de gracia por incumplimiento de pago.

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.

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

22. TARIFAS

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, la Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa que utilizará para la 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.

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, los Asegurados podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieren conformes con la modificación con solo comunicarlo por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de vigencia del Addendum de la modificación y no podrán optar por mantener la cobertura vigente con la prima de la vigencia anterior.

RECARGOS Y DESCUENTOS

23. RECARGOS Y DESCUENTOS

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.

En la modalidad contributiva no se otorgaran descuentos.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

24. RECLAMACIONES

El Contratante o el Asegurado, 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 siete (7) días calendario desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que se tuvo conocimiento del mismo. Como principales medios para dar Aviso de Siniestro son: i.) a través de la línea telefónica 2503-ASSA (2503-2772) o; ii.) al correo electrónico: reclamoscr@assanet.com.

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

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

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

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

Para la cobertura de "**AUXILIO FUNERARIO**", se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
4. Fotocopia del documento de identificación el Asegurado.
5. Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, se deberá aportar:
   a. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.
   b. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

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

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

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. Estado de cuenta con el saldo insoluto de la Deuda a la fecha de la declaratoria Incapacidad Total Permanente, el cual incluya el saldo e intereses corrientes y fecha de inicio de la operación del crédito.
3. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
4. Certificado médico de tal incapacidad emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social o por la Medicatura Forense del Poder Judicial, y en el caso de que el Asegurado no cuente con medio probatorio, la Compañía le asignará un médico o junta de médicos por su cuenta, en el que se manifieste claramente:
   a. El porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado.
   b. Diagnóstico sobre los eventos que provocaron dicha incapacidad.
   c. Que la misma no está sujeta a revisión.
5. Si la incapacidad fue provocada por Accidente, el Asegurado debe aportar copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología.
6. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente o se diagnosticó la enfermedad que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

Para la cobertura de "**DESEMPLEO**", se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. El Asegurado debe aportar adicionalmente a la presentación del aviso de siniestro los siguientes documentos:
   a. Constancia del ex Patrono de despido de la empresa. Esta constancia debe contener: Nombre del ex empleado, identificación, periodo laborado para la empresa, puesto desempeñado, tipo de contrato laboral que mantenía el ex trabajador (permanente, copropietario, bajo contrato) y causa de despido.
   b. Constancia emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social, donde indique que el Asegurado ha estado cotizando para ese régimen durante los últimos seis (6) meses o ciento ochenta días (180) previos a su Despido, y que estaba activamente trabajando para un mismo Patrono
   c. Original o copia del documento en donde conste el pago de una indemnización o bonificación al Asegurado.

Para la cobertura de "**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**", se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Total Temporal del Asegurado por más de quince (15) días naturales, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado, los días de incapacidad y porcentaje de incapacidad que sufre el Asegurado.
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
4. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que se originó la Incapacidad Total Temporal.
5. Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso que la CCSS no emita dicha certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que en efecto no tiene en trámite

el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.

6. Contra cada pago mensual que deba hacer la Aseguradora, el Asegurado deberá aportar declaración jurada indicando que el cumple con los requisitos de Trabajador Independiente y adicionalmente deberá presentar certificación con no menos de cinco (5) días de emitida por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social en la que se deje constancia que no se encuentra cotizando para dicha institución como Empleado Permanente.

La Compañía tendrá el derecho a que un Médico de su elección examine al Asegurado y acepte o rechace el dictamen médico aportado por el Asegurado y por consiguiente acepte o rechace el reclamo. Los honorarios de este Médico examinador serán pagados por la Compañía. En caso que la Compañía rechace el reclamo como consecuencia de dicho examen, el Asegurado podrá ejercer las acciones correspondientes de conformidad con la cláusula arbitral establecida en la presente Póliza.

25. PAGO DE RECLAMACIONES

Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y aceptación de pruebas satisfactorias de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía de acuerdo con la cláusula anterior.

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

26. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

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

La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar 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.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

27. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato podrá tener una vigencia temporal anual, semestral, trimestral o mensual contado a partir de la fecha de vigencia según se acuerde y se expresa en las Condiciones Particulares.

28. FECHA EFECTIVA DEL SEGURO DEL DEUDOR

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

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

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

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

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

29. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza podrá ser prorrogada por períodos iguales al inicial y permanecerá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada se encuentre vigente.

Las prórrogas de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que la Compañía convenga a la fecha de prórroga, con una previa solicitud del Contratante y aceptación expresa de la Compañía dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de cada periodo. Deberá cumplirse con el mecanismo de comunicación previsto en estas Condiciones Generales para informar a los Asegurados.

El certificado de prórroga correspondiente, autorizado y expedido por la Compañía, será la prueba de la prórroga para el Contratante.

CONDICIONES VARIAS

30. PERIODO DE COBERTURA

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

31. PERIODO DE CARENCIA

Para las coberturas de “**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**”, “**AUXILIO FUNERARIO**”, e “**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**”, no aplicará ningún periodo de carencia.

Para la cobertura de “**DESEMPLEO**” e “**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**”, se establece un periodo de sesenta (60) días, a partir de la inclusión del Asegurado en este Contrato, durante el cual el Seguro no opera, si el Asegurado queda Desempleado Involuntariamente o Incapacitado Total y Temporalmente.

32. 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.

33. INTERÉS ASEGURABLE

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

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

34. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El periodo de disputabilidad se iniciará:

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

La Compañía tampoco disputará la Póliza, cuando una Condición Preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad aquí indicado.

35. SUSPENSIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN POR UN TRABAJO TEMPORAL

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

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

36. PRUEBAS SATISFACTORIAS DE FALLECIMIENTO

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

La designación del Beneficiario en favor del Acreedor le confiere el derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma convenida. En caso que la Suma Asegurada exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del Contratante, según corresponda.

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

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

37. SUICIDIO

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

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

38. ELEGIBILIDAD

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

El Tomador debe garantizar que cada una de las personas que figuran en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza, pertenece al Grupo Asegurable y reúne los siguientes requisitos:

a. Es una persona física.
b. Reside permanentemente en el territorio costarricense.
c. Es mayor de dieciocho (18) años de edad.
d. Para efectos de la cobertura "**DESEMPLEO**": Es Empleado Bajo Contrato de plazo fijo por al menos seis (6) meses o ciento ochenta (180) días con el mismo patrono.
e. Para efectos de la cobertura "**DESEMPLEO**": Es Empleado Permanente y su trabajo no tiene una fecha fija de término, o sea es de plazo indefinido.
f. Para efectos de la cobertura "**DESEMPLEO**": Esté realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Para efectos de la cobertura "DESEMPLEO", no podrá incluirse en este Contrato aquella persona que:

a. Se encuentra desempleada.
b. Su empleo es de naturaleza temporal de al menos seis (6) meses o está empleado por una temporada.
c. Está Incapacitado Total Y Temporalmente.
d. Está Incapacitado Total y Permanentemente.
e. La organización para la cual labora, se encuentra en un proceso de movilización laboral o similar que pueda afectarlo.

39. EDAD

La edad mínima de ingreso a esta póliza será de dieciocho (18) años. La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados

En cualquier caso, cuando el Asegurado llega a cumplir la edad máxima de setenta (70) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días, la Compañía continuará otorgando cobertura siempre y cuando se opte mediante acuerdo con el Contratante al momento de la celebrar el Seguro Colectivo, alguna de las siguientes opciones:

1. Aplicación automática de una tarifa especial, previamente negociada entre las partes, a partir de esa edad límite y para para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro y sobre los plazos de créditos otorgables en determinada edad de la persona asegurable, o;

2. Realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance esa edad límite, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto y, por lo tanto, se proceda con la aplicación de un recargo especial o la exclusión del Asegurado de la Póliza de Seguro.

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

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

40. MODIFICACIONES

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

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

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

Cuando el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del día en que se haya pagado la prima correspondiente (si la hubiere), debiendo notificarse también, las nuevas condiciones a los Asegurados para que en un plazo de diez (10) días hábiles acepten o rechacen dichas modificaciones; de ser aceptadas, se deberá entregar la documentación respectiva.

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

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

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

La falta de notificación del Contratante o del Asegurado, con respecto a la agravación del riesgo, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de conformidad con la cláusula "TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL

ASEGURADO". La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida, por parte del Asegurado, 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 o a la cancelación del seguro, siendo que la Compañía notificará al Contratante y al Asegurado dentro del plazo de diez (10) días hábiles 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.

41. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD

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

La Suma Asegurada del Asegurado no será modificada si las sumas aseguradas aplicables a los Asegurados no dependen de la edad; pero si las sumas aseguradas dependen de la edad del Asegurado, la suma asegurada será enmendada de modo correspondiente y el ajuste de prima tomará en consideración la mencionada enmienda.

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

42. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período de rehabilitación ya que la cobertura terminó automáticamente por falta de pago.

El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del Seguro Colectivo; por tanto, en caso de cancelación de cobertura de uno o más Asegurados por incumplimiento en el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura para el(los) Asegurado(s) mediante notificación por escrito a la Compañía, sometiéndose el (los) Asegurado(s) a los requisitos de asegurabilidad que señale la Compañía, y previo pago de todas las primas atrasadas que adeuda el Contratante.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o declinar toda solicitud de rehabilitación.

43. 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.

44. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de la Compañía de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de las obligaciones surgidas de esta póliza, por lesiones recibidas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado

utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones.

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

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

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

45. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

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

a. En la fecha de Vencimiento de la Póliza;
b. A la cancelación de la deuda;
c. Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago;
d. Cuando el Asegurado deja de ser elegible;

Para la cobertura de "**DESEMPLEO**":

a. La Compañía haya pagado el Beneficio Mensual contratado, de acuerdo al importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda que consten en la Solicitud/Certificado;
b. Jubilación del trabajo o edad de jubilación alcanzada, la más temprana;
c. El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera del territorio de la República de Costa Rica;
d. **Para todos los efectos, se excluye de la cobertura del seguro el Desempleo ocurrido como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo a plazo fijo, por lo que no será amparable ningún reclamo.**

Para la cobertura de "**INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL**":

a. La Compañía haya pagado el Beneficio Mensual contratado, de acuerdo al importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda que consten en la Solicitud/Certificado;

46. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

a. Por falta de pago de la prima por parte del Contratante de la Póliza al término del Período de Gracia.
b. Cuando en el aniversario de la Póliza el número de Asegurados Principales en el contrato es menor a la base mínima de diez (10) Asegurados titulares, y en el caso en que el Contratante comunique la no aceptación de la modificación tarifaria o no se manifestara dentro del plazo de diez (10) días hábiles, contado a partir del recibo de la propuesta de modificación de tarifa, se procederá con la terminación del contrato de seguro colectivo, en cuyo caso la Compañía lo notificará por escrito al Contratante y a los Asegurados bajo

el mecanismo de comunicación previsto con el fin de no verse afectados en sus intereses.

c. Cuando el Contratante, por su parte, decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza, previa aplicación del mecanismo de comunicación previsto para los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses.

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

47. MONEDA

Este seguro se contrata en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares, ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses. Por lo tanto, los montos indicados en el presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía se efectuarán en la moneda en que se haya pactado y la cual se indica en la Condiciones Particulares de la póliza. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación a los límites o montos indicados en esta póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

No obstante, a elección del deudor de la obligación de pago, cualquier pago podrá efectuarse en colones costarricenses al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

48. COMISIÓN DE ADMINISTRACIÓN

Por su labor de administración, lo cual incluirá el reporte a la Compañía de las inclusiones o exclusiones de los Asegurados a esta Póliza, así como la entrega a cada Asegurado de la Solicitud/Certificado, y la recaudación de la Prima así como otras gestiones administrativas, el Tomador tendrá derecho a una comisión de administración la cual será definida mediante Condiciones Especiales, las cuales formarán parte integral de esta póliza.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

49. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

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

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

50. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contendidas 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.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

51. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía al Contratante y/o Asegurado, deberá ser por escrito y podrá ser entregada personalmente; enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal; desde que sea depositado en las oficinas del correo; o bien, desde que se compruebe la recepción de la comunicación generada a distancia, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse a partir de esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá cumplir con la misma regla establecida anteriormente siempre que sea realizada en las direcciones de contacto establecidas en las Condiciones Particulares, o Solicitud/Certificado.

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

assa COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

_____
FIRMA AUTORIZADA

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número [INCLUIR] de fecha [INCLUIR] de [INCLUIR] de [INCLUIR].

Solicitud de Seguro (Tomador/Contratante)
Seguro Colectivo de Deudores

Modalidad: **Contributiva** ☐ **No Contributiva** ☐

Favor completar esta solicitud con letra imprenta. No debe omitir ninguna información. **Colones** ☐ **Dólares** ☐

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud".

1. **Lugar y Fecha en que se completa:** La presente Solicitud de Seguro, es completada en la ciudad de [INCLUIR], el día [INCLUIR] de [INCLUIR] del año [INCLUIR].

2. **Número de Póliza Colectiva:** _____

3. **Datos Generales del Contratante/Tomador**

3.1 Datos de la Sociedad

Nombre de la Sociedad _____

Cédula Jurídica: _____

Domicilio Social: _____

Sitio Web: _____

Dirección Exacta: _____

Teléfono:_____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Dirección Contractual para notificaciones: Correo electrónico: ☐ Domicilio Social: ☐

Si la sociedad es una institución financiera y forma parte de un grupo de interés económico, indique nombre o razón social, cédula jurídica y dirección de la casa matriz:

_____

_____

_____

Por favor, describa la actividad principal de la Sociedad:

_____

_____

_____

3.2 Datos del Representante Legal

1er.Apellido: _____ 2do.Apellido: _____

Nombre: _____ 2do Nombre: _____Sexo: F☐ M☐

Tipo de Identificación: Persona Física☐ Cédula de Residencia☐ Pasaporte☐

Número de Identificación: _____ Nacionalidad _____

Cargo: _____

Citas del poder con el que actúa: _____

4. **Datos del Objeto o Interés que se Solicita Asegurar**

4.1 Grupo Asegurable

Descripción del Grupo Asegurable:

_____

_____

5. **Aspectos Relacionado con el Riesgo:** Favor referirse a cada Solicitud de Inclusión / Certificado de Seguro de cada Asegurado para más detalles al respecto.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

6. Designación de Beneficiarios: El Contratante/Tomador de la Póliza será designado como Beneficiario Único e Irrevocable hasta del valor inicial de la Deuda de cada Asegurado, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza como Límite Máximo Individual establecido para cada Cobertura. En caso de remanente, al momento del pago del Saldo Inicial al Contratante/Tomador, el mismo le será pagado a el(los) Beneficiario(s) o Asegurado según la cobertura que aplique.

7. Plazo de Vigencia de la Póliza Solicitada: Desde: ____/_____/_____ Hasta: ____/_____/_____
Día Mes Año Día Mes Año

8. Elección de Opciones Establecidas en Condiciones Generales:

COBERTURAS BÁSICAS		RESUMEN DE COBERTURAS	
1. Muerte Por Cualquier Causa	■	**SALDO INICIAL DE LA DEUDA** **Muerte Accidental**: En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente, se pagará adicionalmente a el(los) Beneficiario(s) nombrado(s) un monto igual al saldo inicial de la Deuda del Asegurado, por concepto de indemnización adicional.	
2. Auxilio Funerario	■	**¢79,848.00** (o su equivalente en dólares)	
3. Incapacidad Total y Permanente	■	**SALDO INICIAL DE LA DEUDA** **Incapacidad Total Permanente Accidental**: En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente, se pagará adicionalmente a el(los) Beneficiario(s) nombrado(s) un monto igual al saldo inicial de la Deuda del Asegurado, por concepto de indemnización adicional.	
		PAGO MENSUAL	
		Importe	**Número de cuotas**
4. Desempleo.	■	**¢79,848.00** (o su equivalente en dólares)	**De 1 a 6 cuotas máximo.**
5. Incapacidad Total Temporal.	■		
NOTA: El ASEGURADO solamente podrá ser cubierto por la cobertura de "DESEMPLEO" o la cobertura "INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL", dependiendo de si el mismo es Empleado Permanente, Empleado Bajo Contrato o Trabajador Independiente al momento de presentar el siniestro. Bajo ninguna circunstancia se podrá solicitar una indemnización por la cobertura de "DESEMPLEO" y la cobertura "INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL" al mismo tiempo, debido a que las mismas son excluyentes entre sí.			

9. Otros Temas

9.1 Conducto de Pago

1 - Descuento directo de tarjeta de crédito ☐ 2-SINPE ☐

Banco: _____ 3-Transferencia de Fondos

N° de tarjeta: _____ débito a cuenta ☐

☐ MasterCard ☐ Visa ☐ Otra _____ 4-Descuento de Planilla ☐

Vencimiento: Mes_____ Año_____

Favor firmar autorización de descuento: _____ 5-Otro: _____

Día de Pago: _____

Periodicidad de Pago: Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Cuatrimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

10. Proceso de Análisis y Aceptación o Rechazo de la Solicitud.

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

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.

Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, por tanto, no representa garantía alguna que la misma será aceptada por la Compañía de Seguros, ni que en caso de aceptarse, los términos de dicha aceptación concuerden totalmente con los términos expresados en esta Solicitud de Seguro.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

11. Indicación de la entrega de la información previo al perfeccionamiento del Contrato

Acepto haber recibido la información relativa a los términos y condiciones de esta póliza, así como el presente documento, por lo que manifiesto mi consentimiento expreso de suscribir la presente póliza colectiva. También he sido enterado de que la eficacia de las coberturas está sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Acepto los términos y condiciones de la cotización emitida por la Compañía para el proceso de análisis y aceptación del riesgo que será cubierto por el seguro; asimismo confirmo que antes de tomar este seguro he leído y comprendido las Condiciones Generales, la información establecida en la página web: http://www.assanet.cr/servicios-al-cliente/formularios2 y demás datos que regula el artículo 12 de la Ley 8956 y artículos 24 y siguientes del Reglamento sobre comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10).

12. Declaraciones Adicionales

El abajo firmante declara, que lo contenido en esta solicitud es verdadero y que ha sido debidamente autorizado por la Sociedad y los Administradores y Directivos para actuar como su representante con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a esta solicitud y a la Póliza. Asimismo, me comprometo a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante a la información contenida en esta solicitud que se pudiera producir con posterioridad a la firma de la presente y con anterioridad a la fecha de efecto de la Póliza que se pudiera emitir.

Observaciones:_____
_____
_____

El solicitante certifica que la información anterior es exacta. ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho a rechazar o aceptar cualquier solicitud.

_____	_____	_____
Intermediario de seguros-Lic. No.	Firma del Propuesto Asegurado	Fecha

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 [INCLUIR] de fecha [INCLUIR] de [INCLUIR] de [INCLUIR].

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com