

***Pan American Life Insurance  
de Costa Rica, S.A.***

**SEGURO COLECTIVO DE SALDOS DEUDORES  
(COLONES)**

**Código de producto: P14-40-A06-281  
(Versión 3)**

**Fecha registro V3: 17-set-2015**

**Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A.**, cédula jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo el número **A-06** (en adelante llamada la Compañía), se compromete a pagar los beneficios que constan en esta Póliza, en lo que respecta a cada Asegurado afiliado de:

(En adelante llamado el Contratante)

Esta póliza No. \_\_\_\_\_ es expedida al Contratante en consideración a su Solicitud y a los Formularios de Aceptación de los Asegurados afiliados. La primera prima por la suma de ( \_\_\_\_\_ ) vence en el aniversario de la Fecha Efectiva de vigencia de la Póliza, el día \_\_\_\_\_ y las primas subsiguientes, durante la continuación de la Póliza, vencerán de acuerdo a la forma de pago pactada.

Esta Póliza estará vigente durante el período de seguro pactado y será renovable anualmente. Al vencimiento de cada período de vigencia podrá ser renovada con iguales o diferentes condiciones y deberá ser comunicado por escrito a la Compañía. Si la Compañía no recibe confirmación de la aceptación de las condiciones de renovación se procederá a dar por terminada esta Póliza.

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Compañía o del Contratante se verificarán en la ciudad de San José, Costa Rica, **en colones costarricenses**.

**Cobertura Básica:**

Seguro de Vida

**Cobertura Adicional:**

Indemnización por Invalidez Total y Permanente

INCLUIDO

**Modalidad de pago:**

Contributiva

No Contributiva

**Suma Asegurada:**

Monto Original

Saldo Insoluto

Fecha de inicio de la vigencia:

Lugar y fecha de emisión:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO ARBITRAL**

\_\_\_\_\_  
**GERENTE GENERAL**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-40-A06-281 de fecha 13 de setiembre del 2011.

## **SUMARIO**

<b>I. DEFINICIONES</b>	<b>1</b>
<b>II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA</b>	<b>5</b>
<b>A. Cobertura Básica</b>	<b>5</b>
1. Descripción de la cobertura	5
2. Exclusiones de la cobertura	5
<b>B. Cobertura Adicional</b>	<b>6</b>
1. Descripción de la cobertura	6
2. Exclusiones de la cobertura	7
<b>C. Vigencia</b>	<b>8</b>
<b>D. Modificaciones</b>	<b>8</b>
<b>III. CLÁUSULAS GENERALES</b>	<b>8</b>
<b>A. De los Asegurados</b>	<b>8</b>
1. Elegibilidad	8
2. Incorporación de Asegurados	9
3. Baja de Asegurados	10
4. Registro de Asegurados	10
5. Edad de Aceptación	10
6. Beneficiarios	11
7. Pruebas de Asegurabilidad	12
<b>B. De la Prima</b>	<b>13</b>
1. Pago de la Prima	13
2. Periodo de Gracia	13
3. Renovación de la Póliza	13
4. Modificación de la Prima	13
5. Rehabilitación	14
<b>C. De la Reclamación de Siniestros</b>	<b>14</b>
1. Conocimiento del Siniestro	14
2. Pago de Indemnizaciones	15
3. Revisión de Reclamos	16
4. Pérdida del derecho a recibir la Indemnización	16
<b>D. De la Terminación de la Póliza</b>	<b>17</b>
1. Terminación del Seguro	16
2. Declaraciones Falsas e Inexactas	17
<b>E. Disposiciones Legales</b>	<b>18</b>
1. Moneda	18
2. Prescripción	18
3. Confidencialidad	18
4. Conciliación y Arbitraje	18
5. Comunicaciones	18
6. Jurisdicción y Competencia	19

## **CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO DE SALDOS DEUDORES (COLONES)**

**Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A.** (denominada en adelante "*la Compañía*") es la Compañía de Seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley Reguladora del Mercado de Seguros de Costa Rica, responsable de pagar las indemnizaciones reguladas en este Contrato de Seguro y los demás elementos de la Póliza.

### **I. DEFINICIONES**

**Accidente:** Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afectan el organismo del Asegurado provocándole lesiones manifiestas por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo, o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

**Addendum:** Documento que forma parte de la Póliza, que modifica y/o adiciona sus condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual. Se estipula que lo indicado en un addendum siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga a ellas.

**Asegurado:** Es la persona física de cualquier género residente legalmente en la República de Costa Rica e inscrita en el Registro de Asegurados de la Póliza, que obtiene el beneficio de las coberturas amparadas.

**Beneficiario:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado que recibirá los beneficios del Seguro de Vida y de la cobertura de Indemnización por Invalidez Total y Permanente que se contrataren en esta Póliza de seguro. El Contratante de esta Póliza será siempre el Beneficiario principal de la misma. En caso de que el monto asegurado elegido sea el Monto Original de la Deuda a favor del Contratante, el Asegurado podrá designar Beneficiarios de la diferencia entre el Monto Original y el saldo de la deuda al momento de un eventual siniestro.

**Certificación Médica:** Documento emitido por un Tribunal de Médicos autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al Siniestro reclamado, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para la Reclamación de un Siniestro.

**Certificado de Seguro:** La Compañía emitirá un certificado individual para entregar a cada Asegurado y en el cual deberá hacerse constar: el número del certificado y de la Póliza, el número de registro del producto ante la Superintendencia General de Seguros, el plazo de vigencia de la Póliza, el monto asegurado, el monto de la prima, la Fecha de Vigencia de la Cobertura del Asegurado y la descripción y monto de las coberturas incluidas. La entrega al Asegurado de su Certificado de Seguro se efectuará en el domicilio del Contratante en el plazo de tres días hábiles a partir de la aceptación del Asegurado dentro de la Póliza por parte de la Compañía. En caso de que

el Asegurado solicite copia de las condiciones generales del seguro contratado, dicha copia se le entregará en el mismo lugar y plazo establecido para la entrega del Certificado de Seguro. Estas obligaciones para la Compañía rigen también respecto de los sujetos que, sin ser asegurados, tengan interés en el seguro en razón de concurrir a financiar el pago de la prima o encontrarse afectos a cumplir obligaciones y cargas de la Póliza.

**Condición Preexistente:** Es aquel padecimiento, condición y/o enfermedad:

- a. Cuya existencia se haya informado al Asegurado de previo a la Fecha Efectiva de la Póliza, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un Diagnóstico, comunicado al Asegurado y efectuado por un Médico mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de Diagnóstico; o
- b. Para el cual el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de previo a la Fecha Efectiva de la Póliza.

**Contratante:** Es la persona física o jurídica cuya solicitud de seguro ha aceptado la Compañía en los términos consignados en la Póliza, con base en los datos e informes proporcionados a la Compañía en conjunto con los Asegurados, teniendo a su cargo la obligación legal del pago de las primas correspondientes. Los actos propios del Contratante para incorporar a los Asegurados dentro de la Póliza no constituyen intermediación de seguros.

**Deuda:** Préstamo mercantil otorgado por el Contratante al Asegurado.

**Diagnóstico:** Dictamen sobre un padecimiento o condición que efectúa un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

**Evento:** Hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o su fallecimiento por otras causas no contenidas en el capítulo de Exclusiones de la Cobertura Básica de esta Póliza.

**Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza:** Es la fecha indicada en la carátula de la Póliza y se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta Póliza. Todos los vencimientos, renovaciones, rehabilitaciones o aniversarios de la Póliza se calcularán a partir de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza.

**Fecha de Vigencia de la Cobertura:** Es la fecha indicada en el Certificado de Seguro del Asegurado, a partir de la cual su cobertura es efectiva para ese Asegurado en particular.

**Formulario de Aceptación del Asegurado:** Es el formulario suscrito por el Asegurado en el cual consigna sus datos personales, edad, dirección para notificaciones y otra información relevante, la

cual será considerada por la Compañía para aceptarlo dentro de la Póliza Colectiva a partir de la Fecha de Vigencia de la Cobertura.

**Invalidez total y permanente:** Imposibilidad de una persona para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua por un periodo no menor a seis (6) meses y que la probabilidad de recuperación, desde el punto de vista médico, sea nula. Se incluye bajo esta definición la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o la de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o de un pie junto con la vista de un ojo.

Se entenderá por pérdida de una mano la anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiano y articulación de muñeca; y/o su separación al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella; o la pérdida de su funcionalidad motriz total y permanente. Por la pérdida de un pie, se entiende la anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana; y/o su separación a nivel de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella; o la pérdida de su funcionalidad motriz total y permanente.

**Médico:** Es aquella persona que posee licencia legal para ejercer la medicina y/o cirugía y que no sea el Asegurado, ni ningún miembro de la familia del Asegurado dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

**Médico tratante:** Médico principalmente responsable de la valoración, tratamiento y diagnóstico del Asegurado que ha sufrido un Accidente, con la capacidad ética y técnica suficiente para emitir una declaratoria oficial de las causas de la muerte, desmembramiento o incapacidad del Asegurado, que sea susceptible de ser certificada por un Tribunal Médico.

**Modalidad De Pago Contributiva:** Cuando el pago de la Prima es efectuado en parte o totalmente por el Asegurado.

**Modalidad De Pago No Contributiva:** Cuando el pago de la Prima es efectuado totalmente por el Contratante.

**Monto Original de la Deuda:** Corresponde al monto inicial e invariable de la Deuda contraída por el Asegurado con el Contratante, el cual se establece en el Certificado de Seguro.

**Periodo de Disputabilidad:** Plazo durante el cual la Compañía está legitimada para rescindir en forma inmediata, unilateral y de pleno derecho esta Póliza con respecto a uno o varios Asegurados, en caso de que se compruebe falsedad o inexactitud de la información suministrada a la Compañía, y con base en la cual ésta aceptó incluir al Asegurado dentro de la Póliza.

**Periodo de Gracia:** Plazo de treinta (30) días naturales a partir del día de vencimiento del plazo de la Póliza, durante el cual la cobertura continúa vigente provisionalmente aunque el Contratante no haya pagado la Prima de renovación correspondiente. A las doce horas (12:00 m.) del último día

del Período de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o de la fracción pactada.

**Perito Médico:** Médico Especialista certificado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico de la Medicina en que se le solicite Diagnóstico.

**Plan de Seguro Colectivo o *Colectividad*:** Define la cobertura de beneficios otorgada a grupos de personas afines cobijadas bajo un mismo vínculo de tipo comercial, laboral, escolar, cooperativo, entre otros. Estos planes tienen un diseño especial de acuerdo al colectivo que los adquiere, evidenciado en el Certificado de Seguro que se otorga a los Asegurados del grupo. Se advierte que 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.

**Póliza:** Está constituida por este contrato de seguro y sus condiciones generales, la carátula de la Póliza, los Certificados de Cobertura, el Registro de Asegurados, los formularios suscritos por el Contratante y los Asegurados, addenda y demás documentos contractuales en donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes.

**Prima:** Es la suma de dinero que el Contratante debe abonar a la Compañía como pago del servicio contratado para que ésta atienda la cobertura de los riesgos asegurados. En la Modalidad de Pago Contributiva, esta obligación de pago corresponde al Contratante en conjunto con los Asegurados, en las proporciones que hayan acordado.

**Registro de Asegurados:** Es la relación de nombres y datos de las personas inscritas como parte de la Colectividad y a las que la Compañía les ha acreditado la protección de las coberturas contratadas e indicadas en la Póliza y/o en el Certificado de Seguro.

**Saldo Insoluto de la Deuda:** El monto de la Deuda que no ha sido cubierto por el Asegurado, que incluye el principal y los intereses corrientes adeudados al Contratante al momento de ocurrir un Siniestro de conformidad con lo estipulado en esta Póliza. Este saldo deberá ser confirmado por el Contratante mediante reporte que coincida con el monto registrado en sus libros contables.

**Seguro:** Se refiere al beneficio provisto por la Póliza, descrito en estas Condiciones Generales y reflejado en el Certificado de Seguro del Asegurado.

**Suma Asegurada:** Es el monto que deberá pagar la Compañía al Asegurado o a los Beneficiarios, según corresponda, de acuerdo a lo estipulado en el Certificado de Seguro. Ese monto podrá corresponder al Monto Original de la Deuda o al Saldo Insoluto de la Deuda según se haya pactado entre las partes y se indique en esta Póliza.

**Tribunal Médico:** Órgano colegiado emisor de la Certificación Médica que será la base de una reclamación de siniestro. El Tribunal Médico puede ser la Junta Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, si el Diagnóstico es emitido por un Médico de esa institución. De lo contrario, el

Tribunal estará conformado por el médico del Asegurado, un Perito Médico nombrado por la Compañía y un tercer Perito Médico nombrado por los dos primeros.

**Vigencia:** Plazo que indica el periodo de validez de la Póliza, se inicia en la fecha estipulada en la carátula de esta póliza y continúa durante el plazo del seguro establecido, siempre que la prima bajo el plan de pago de primas sea pagada de acuerdo a lo pactado, y que el presente contrato no haya finalizado por ninguna de las causas establecidas en el mismo.

## **II. DESCRIPCION DE LA COBERTURA**

### **A. Cobertura Básica (Seguro de Vida):**

**1. Descripción de la cobertura:** La Compañía pagará en una sola ocasión y en un único abono a los beneficiarios que correspondan, el Saldo Insoluto de la Deuda o el Monto Original de la Deuda, según se haya descrito en el Certificado de Seguro, si durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, el Asegurado fallece por cualquier causa no descrita en las Exclusiones de esta cobertura.

**En el caso que la Suma Asegurada sea el Saldo Insoluto de la Deuda, el importe de la indemnización de esta cobertura disminuirá conforme disminuya el saldo original de la Deuda descrita en el Certificado de Seguro. Bajo ninguna circunstancia esta cobertura cubrirá el pago de intereses moratorios, comisiones o gastos por concepto de cobro administrativo o judicial asociados a la Deuda.**

**2. Exclusiones de la cobertura:** La Cobertura Básica de esta Póliza no surtirá efecto cuando las causas que originaron el Siniestro se encuentren entre las listadas a continuación:

- A. Cualquier Accidente o secuela de éste cuya ocurrencia sea anterior a la Fecha de Vigencia de la Cobertura;**
- B. Cualquier enfermedad pre-existente al momento de aceptación del riesgo por parte de la Compañía, aunque no haya sido previamente declarada en la solicitud, si el fallecimiento ocurre antes del vencimiento del período de disputabilidad;**
- C. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus complicaciones durante los primeros dos (2) años del Seguro;**
- D. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas médicamente;**
- E. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, rodeo**

- recreativo, esquí, tauromaquia y corridas de toros *a la tica*, boxeo, lucha libre y grecorromana, rafting, *canopy*, *bungee jumping*, *rappel*, *jet-ski*; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, o la práctica de cualquier deporte extremo o radical;
- F. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;
  - G. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia;
  - H. Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, actos de guerra o guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, duelos y riñas, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
  - I. Suicidio, independientemente del estado mental del Asegurado, si éste ocurre dentro del primer año de vigencia de la Póliza;
  - J. Actos ilegales por parte del Asegurado o por los albaceas, herederos o representantes legales del Asegurado, que estén relacionados con la reclamación del beneficio.

**Esta cobertura será disputable durante el primer año de cobertura de la Póliza, contado a partir de la Fecha de Vigencia de la Cobertura con respecto a cada Asegurado.**

**B. Cobertura Adicional (Indemnización por Invalidez Total y Permanente):**

**1. Descripción de la cobertura:** La Compañía pagará en un único abono a los beneficiarios designados, y cuando corresponda también al Asegurado, el Saldo Insoluto de la Deuda o el Monto Original de la Deuda, según se haya descrito en el Certificado de Seguro, si durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, se diagnostica al Asegurado como imposibilitado para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua por un periodo no menor a seis (6) meses y que cumpla con la condición de que la probabilidad de recuperación, desde el punto de vista médico, sea nula.

También será considerada como invalidez total y permanente la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o la de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie junto con la vista de un ojo.

En todo caso, la Certificación Médica declarando la Invalidez Total y Permanente deberá ser emitida por la Junta Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social, si el Diagnóstico es emitido por un Médico de esta institución. De lo contrario, deberá ser emitida por un Tribunal conformado por el médico del Asegurado, un Perito Médico nombrado por la Compañía y un tercer Perito Médico nombrado por los dos primeros.

**En el caso que la suma asegurada se defina como el Saldo Insoluto de la Deuda, el importe de la indemnización de esta cobertura disminuirá conforme disminuya el saldo de la Deuda descrito en el Certificado de Seguro. Bajo ninguna circunstancia esta cobertura cubrirá el pago de intereses moratorios, comisiones o gastos por concepto de cobro administrativo o judicial asociados a la Deuda.**

**2. Exclusiones de la cobertura: La Cobertura Adicional de esta Póliza no surtirá efecto cuando las causas que originaron el Siniestro se encuentran entre las listadas a continuación:**

- A. Cualquier Accidente o secuela de éste cuya ocurrencia sea anterior a la Fecha de Vigencia de la Cobertura;**
- B. Cuando la fecha de la declaratoria de Invalidez Total y Permanente es anterior a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, o bien que al momento de producirse la inclusión en la Póliza, el Asegurado esté tramitando la declaratoria de invalidez;**
- C. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas médicamente;**
- D. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, rodeo recreativo, esquí, tauromaquia y corridas de toros *a la tica*, boxeo, lucha libre y grecorromana, rafting, *canopy*, *bungee jumping*, *rappel*, *jet-ski*, carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, o la práctica de cualquier deporte extremo o radical;**
- E. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas, excepto actos de legítima defensa;**
- F. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia;**
- G. Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, actos de guerra o guerrilla, rebelión, sedición, motín,**

- terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, duelos y riñas, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;**
- H. Tentativa de suicidio, independientemente del estado mental del Asegurado;**
  - I. Lesiones autoinflingidas, o ejecutadas por un tercero en colusión con el Asegurado;**
  - J. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva;**
  - K. Actos ilegales por parte del Asegurado o por los albaceas, herederos o representantes legales del Asegurado, que estén relacionados con la reclamación del beneficio;**
  - L. Fallecimiento del Asegurado con anterioridad al otorgamiento del beneficio, o finalización del estado de Invalidez Total y Permanente por cualquier motivo.**

**Esta cobertura será disputable durante el primer año de cobertura de la Póliza, contado a partir de la Fecha de Vigencia de la Cobertura con respecto a cada Asegurado.**

**C. Vigencia:** El Seguro provisto bajo esta Póliza y el Certificado de Seguro estarán vigentes desde la Fecha de Vigencia de la Cobertura y siempre y cuando la Póliza se mantenga al día mediante el pago de las primas. Además de las causales de terminación establecidas en la cláusula III. D Terminación de la Póliza, al liquidarse con respecto a cada Asegurado la indemnización correspondiente en caso de siniestro, de conformidad con los términos y condiciones de esta Póliza, se dará por terminada la obligación de la Compañía por esta cobertura en cuanto a ese Asegurado en particular.

**D. Modificaciones:** Solamente el Presidente o el Gerente General de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones particulares de esta Póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un *addendum* firmado que contenga el consentimiento del Contratante. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por ningún Corredor, Sociedad Corredora, Sociedad Agencia o Agente de Seguros o ninguna otra persona que no sea alguna de las mencionadas en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni los Corredores o Sociedades Corredoras ni las Sociedades Agencias o Agentes de Seguros actuarán en nombre de la Compañía, sino únicamente por cuenta de ésta.

### **III. CLAUSULAS GENERALES**

#### **A. De los Asegurados:**

**1. Elegibilidad:** Serán elegibles para ser incluidos en el Plan de Seguro Colectivo y la Póliza, las personas físicas de cualquier género, residentes en Costa Rica y vinculadas al Contratante, que se encuentren en los siguientes rangos de edad:

**a) Cobertura Básica (Seguro de Vida):** Únicamente personas a partir de los dieciocho (18) años de edad.

**b) Cobertura Adicional (Invalidez Total y Permanente):** Únicamente personas a partir de los dieciocho (18) años de edad.

Si por condiciones particulares inherentes a la Colectividad se estableciera que las Edades límite señaladas serán diferentes a las indicadas, esta particularidad deberá especificarse por escrito en la documentación contractual que acompaña a la Póliza y/o Certificado de Seguro.

**2. Incorporación de Asegurados:** En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Contratante podrá incorporar nuevos Asegurados a la colectividad mediante la presentación debidamente cumplimentada de su Formulario de Aceptación del Asegurado respectivo, así como el pago de la prima adicional correspondiente. Los nuevos Asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación. La Compañía notificará al Contratante y al Asegurado la aceptación o rechazo de su solicitud dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción del Formulario de Aceptación correspondiente. El silencio de la Compañía equivaldrá a su aceptación.

**Nuevos Asegurados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula 7. Pruebas de Asegurabilidad. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de acuerdo a la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.**

En caso que el Asegurado no estuviese satisfecho por cualquier motivo con su cobertura, podrá devolver su Certificado a la Compañía para su anulación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al día en que lo recibió y se reembolsará cualquier prima facturada a la cuenta del Contratante y/o a la del Asegurado, según las proporciones indicadas en el Certificado de Seguro correspondiente, en cuyo caso la cobertura para ese Asegurado será anulada desde la Fecha de Vigencia de la Cobertura. En caso de tratarse de un Plan de Seguro no contributivo, la Compañía restituirá al Contratante cualquier Prima facturada del Asegurado calculada en días exactos, deduciendo únicamente los gastos administrativos correspondientes a esa devolución. Si el Plan de Seguro fuese contributivo, la Compañía restituirá proporcionalmente dicha Prima facturada al Asegurado y al Contratante, con la deducción indicada. Toda restitución de Prima se efectuará en las oficinas de la Compañía, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente.

Los Asegurados que fueran excluidos de la Póliza y reincorporados a la misma posteriormente, serán considerados como nuevas incorporaciones a partir de su nueva Fecha de Vigencia de la Cobertura.

**3. Baja de Asegurados:** Las personas que se separen definitivamente del Plan de Seguro Colectivo dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que soliciten al Contratante su separación de la Póliza y el Contratante notifique por escrito esta situación a la Compañía, quedando sin validez alguna el Certificado de Seguro expedido respecto de esa(s) persona(s). En caso de tratarse de un Plan de Seguro no contributivo, la Compañía restituirá al Contratante la parte de la Prima no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, deduciendo únicamente los gastos administrativos correspondientes a esa devolución. Si el Plan de Seguro fuese contributivo, la Compañía restituirá proporcionalmente dicha Prima no devengada al Asegurado y al Contratante, según haya sido indicado en el Certificado de Seguro correspondiente, con la deducción indicada. Toda restitución de Prima no devengada se efectuará en las oficinas de la Compañía, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente.

Todas las coberturas cesan inmediatamente, así como la responsabilidad de parte de la Compañía, si el Asegurado deja de ser deudor del Contratante de la Póliza por cualquier razón, exceptuando las mencionadas como causales de una indemnización en esta Póliza.

**4. Registro de Asegurados:** El Contratante suministrará periódicamente y bajo su entera responsabilidad la información relacionada con la pertenencia o exclusión de los Asegurados de la Colectividad, los datos personales de éstos y la suma asegurada que le corresponde. La omisión del Contratante en notificar la exclusión de un Asegurado no implicará que se mantenga la cobertura de ese Asegurado más allá de esa fecha de exclusión. El Contratante será responsable de cubrir cualquier gasto incurrido por cualquier Asegurado con posterioridad a su exclusión de la Colectividad, si ésta no se notificó oportunamente a la Compañía.

**5. Edad de Aceptación:** El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en su Formulario de Aceptación. No obstante la Compañía, podrá exigir en cualquier momento, en caso de ser necesario, documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Vigencia de la Cobertura o de la renovación posterior de la Póliza.

Si se comprueba que a la Fecha de Vigencia de la Cobertura la edad real del Asegurado se encontrara fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía.

Si con posterioridad a la Fecha de Vigencia de la Cobertura se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá de la siguiente forma:

- a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Compañía asumirá el riesgo, pero el Asegurado deberá reembolsar a la Compañía los montos correspondientes a las Primas dejadas de percibir por la Compañía. Si el Asegurado no lo hiciere, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza por falta de pago apropiado de la Prima. En caso de que el error fuere descubierto sucedido ya el siniestro, la Compañía podrá deducir de la suma indemnizada las Primas dejadas de percibir.

- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la obligación de la Compañía no se modificará, y la Compañía reembolsará en sus oficinas la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de recepción de la solicitud escrita correspondiente. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del contrato o de su última renovación. En caso de tratarse de un Plan de Seguro no contributivo, la Compañía restituirá al Contratante la parte de la Prima no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, deduciendo únicamente los gastos administrativos correspondientes a esa devolución. Si el Plan de Seguro fuese contributivo, la Compañía restituirá proporcionalmente dicha Prima no devengada al Asegurado y al Contratante, según haya sido indicado en el Certificado de Seguro correspondiente, con la deducción indicada.

La Compañía asumirá todas las obligaciones establecidas en la Póliza para con aquellos individuos que incorporare a la Colectividad pero cuya edad se encontrare fuera de los límites de admisión, siempre y cuando dichos individuos hubiesen declarado verazmente su edad en su Formulario de Aceptación.

**6. Beneficiarios:** Los Asegurados podrán designar Beneficiarios para la cobertura por Monto Original de esta Póliza. En caso de fallecimiento del Asegurado, la suma correspondiente al saldo adeudado al momento del Siniestro será pagada al Contratante, y cualquier remanente será girado a los Beneficiarios que hayan sido designados en el formulario suministrado por la Compañía. El Asegurado puede cambiar de Beneficiarios en cualquier momento, sin tener que notificar a dichos Beneficiarios ni obtener su consentimiento. El cambio de Beneficiarios debe efectuarse en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por ésta, y el mismo será efectivo en la fecha en que el formulario, debidamente firmado, sea entregado a la Compañía.

En caso de que el Asegurado designe más de un Beneficiario sin especificar la proporción de los derechos respectivos, la Compañía distribuirá la eventual indemnización en partes iguales. Si alguno de los Beneficiarios designados hubiese fallecido antes que el Asegurado, su derecho quedará terminado y la cantidad que le hubiese correspondido será distribuida en partes iguales entre los otros Beneficiarios registrados en la póliza. De no vivir ningún Beneficiario al ocurrir el fallecimiento o la declaración de incapacidad legal del Asegurado, la Compañía pondrá dicha indemnización a la orden de la autoridad judicial o notarial ante la cual se tramite el proceso sucesorio correspondiente.

### **Advertencia:**

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

**Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos**

**similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.**

**La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.**

### **7. Pruebas de Asegurabilidad:**

Para efectos de comprobar la elegibilidad de un nuevo asegurado con edad igual o mayor a sesenta y cinco (65) años de edad deberá presentar a la Compañía el formulario de Prueba de Asegurabilidad que ésta le proporcione.

En caso de que los resultados del formulario de Prueba de Asegurabilidad impliquen la necesidad de efectuar algún examen particular al Asegurado, tales como pero no limitados a: - Cuestionarios médicos específicos, -Examen médico general, -Examen de orina, -Electrocardiograma, -Examen de H.I.V., -Radiografía de Tórax, y -Perfil bioquímico, el Asegurado deberá presentarlo o presentarlos bajo su costo.

Una vez recibida de parte del Asegurado la Prueba de Asegurabilidad y las correspondientes pruebas médicas, en caso de ser necesaria alguna, la Compañía, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, evaluará su estado actual para que, de conformidad con los factores de riesgo del propuesto Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, determine su elegibilidad o no bajo la póliza y las condiciones de su aseguramiento.

Si la Compañía determina la posibilidad de aseguramiento del propuesto Asegurado bajo la póliza, procederá a notificarle, dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, sus condiciones de aseguramiento de conformidad con el análisis del riesgo efectuado. La Compañía ofrecerá al Asegurado posibilidades a escoger según la evaluación del riesgo y que incluyan combinaciones tales como: mantener o disminuir la suma asegurada actual, mantener o aumentar la tarifa o combinaciones entre sí. En los casos de reducciones de la suma asegurada ésta no podrá ser mayor al 50% y en caso de los recargos de tarifa, estos no podrán ser menores a 50% ni mayores a 300%.

### **B. De la Prima:**

**1. Pago de la Prima:** La Prima de esta Póliza deberá ser pagada en cada aniversario a partir de la Fecha Efectiva de Inicio de la Póliza. El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza será responsabilidad del Contratante.

En cualquier aniversario de la Póliza, el Contratante puede optar por el pago fraccionado de la Prima anual total, mediante pagos mensuales, trimestrales o semestrales.

Previo acuerdo entre las partes, las Primas convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan, como por ejemplo depósito en cuenta, transferencias electrónicas, o cualquier otro que para este fin se defina entre las partes. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago. Si por causas imputables al Contratante, no pudiera efectuarse el cargo pactado, la Prima correspondiente se considerará no pagada.

Para todos los efectos de esta cláusula, se entenderá que el Contratante será responsable ante la Compañía de que se efectúen en tiempo y forma los pagos de la Prima pactados, independientemente de que la Póliza sea tomada en modalidad contributiva o en modalidad no contributiva.

**2. Periodo de Gracia:** El Contratante gozará de un Período de Gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la Prima o la primera fracción pactada en el contrato, tiempo durante el cual esta Póliza se mantendrá vigente. A la medianoche (24:00 hrs.) del último día del Período de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o de la fracción pactada.

En caso de siniestro dentro del Periodo de Gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al período del seguro contratado.

**3. Renovación de la Póliza:** La cobertura otorgada por esta Póliza se renueva automáticamente con el pago de la Prima convenida en su fecha de vencimiento, sujeta a los términos y condiciones de esta Póliza. En particular, la renovación de la Póliza estará sujeta además a que el grupo asegurable conste de un mínimo de diez (10) personas.

Salvo que existan modificaciones de cobertura o de monto de la Prima, no se emitirán documentos de renovación de ésta, ya que el pago da constancia de la renovación y la validez de la cobertura.

**4. Modificación de la Prima:** La Compañía se reserva el derecho, en cualquier aniversario de la Póliza, de modificar el monto de la Prima, para lo cual se dará aviso al Contratante con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al aniversario de la Póliza, con el fin de que éste manifieste por escrito su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo. Será obligación del Contratante comunicar a los Asegurados cualesquiera modificaciones a las primas, con el fin de que éstos cuenten con un plazo de al menos diez (10) días hábiles a partir de su notificación para solicitar su exclusión de la Póliza, en caso de que las nuevas condiciones no les resulten aceptables. La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en el Registro de Asegurados y/o su Formulario de Aceptación.

Los ajustes de Prima debido a cambios en el enrolamiento se podrán hacer anualmente si hay un cambio en el enrolamiento de más de 10% con respecto al número de Asegurados bajo el cual fue suscrita esta Póliza.

Esta Póliza no genera beneficio alguno por baja siniestralidad u otro factor semejante.

**5. Rehabilitación:** No obstante lo dispuesto por la Cláusula de Terminación de la Póliza, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, el Asegurado podrá rehabilitarla pagando la Prima adeudada, siempre que no hayan transcurrido más de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha de la terminación. En este caso, sólo se cubrirán aquellos siniestros ocurridos a partir de la fecha de su rehabilitación, considerando siempre lo estipulado en la cláusula de **Exclusiones** de esta Póliza.

### **C. De la reclamación de siniestros:**

**1. Conocimiento del Siniestro:** El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer una reclamación bajo esta Póliza será responsabilidad del Asegurado, el Contratante y/o los Beneficiarios designados por el Asegurado, y deberá darse por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que el reclamante conozca su ocurrencia.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La Compañía, al recibir el aviso de siniestro, suministrará al reclamante el correspondiente *Formulario de Reclamación por Invalidez Total y Permanente* o el *Formulario de Reclamación por Muerte*. Dicho formulario debidamente cumplimentado, junto con la documentación de respaldo necesaria, deberá ser entregado dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha del siniestro. La documentación que se deberá presentar será la siguiente:

#### **1.1. En caso de reclamo por Muerte del Asegurado:**

- a)** *Formulario de Reclamación por Muerte* debidamente cumplimentado por el Beneficiario correspondiente (sea el Contratante o los Beneficiarios designados por el Asegurado);
- b)** Certificación de la defunción emitida por el Registro Civil, acompañada de copia del dictamen médico en que se declaró el fallecimiento y sus causas (Acta de Defunción). En caso de que el fallecimiento ocurriese fuera de Costa Rica, deberá aportarse un certificado de defunción emitido por la autoridad competente en el lugar del deceso, detallando las causas del fallecimiento, debidamente autenticado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica;
- c)** Si a causa del fallecimiento se hubiera abierto o completado un expediente policial o judicial, deberá aportarse también fotocopias certificadas del mismo;
- d)** Fotocopia del documento de identidad o certificación de nacimiento, emitida por el Registro Civil, del Asegurado;
- e)** Copia de la Cédula de Identidad o Certificación de Nacimiento del o los Beneficiarios designados por el Asegurado (únicamente en modalidad de cobertura por el Monto Original de la Deuda);
- f)** Constancia del Contratante que acredite el monto del Saldo Insoluto de la Deuda y sus intereses (únicamente en modalidad de cobertura por el Saldo Insoluto de la Deuda).

**1.2.** En caso de reclamo por Invalidez Total y Permanente del Asegurado:

- a) *Formulario de Reclamación por Invalidez Total y Permanente* debidamente cumplimentado por el Asegurado o el Beneficiario correspondiente (sea el Contratante o los Beneficiarios designados por el Asegurado);
- b) *Formulario de Informe de Incapacidad del Médico Examinador* junto con una Certificación Médica debidamente emitida por el Tribunal Médico correspondiente, incluyendo el Diagnóstico y los reportes de pruebas y exámenes médicos que sirvieron de respaldo a este Diagnóstico;
- c) Fotocopia del documento de identidad o certificación de nacimiento, emitida por el Registro Civil, del Asegurado;
- d) Copia de la Cédula de Identidad o Certificación de Nacimiento del o los Beneficiarios designados por el Asegurado (únicamente en modalidad de cobertura por el Monto Original de la Deuda);
- e) Constancia del Contratante que acredite el monto del Saldo Insoluto de la Deuda y sus intereses (únicamente en modalidad de cobertura por el Saldo Insoluto de la Deuda).

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado, sus beneficiarios y/o terceros.

**En caso de que el Contratante no ejerza su derecho a reclamo, el Asegurado, sus beneficiarios y/o sus herederos o representantes legales, según corresponda, tienen derecho a efectuar por su cuenta el trámite de reclamación ante la Compañía, con el fin de que ésta pague al Contratante la indemnización correspondiente.**

**2. Pago de Indemnizaciones:** Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Contratante, del Asegurado y/o de los beneficiarios con motivo de esta Póliza se efectuarán en las Oficinas de La Compañía en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso.

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza, sujeto a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días naturales después de haberse recibido toda la documentación requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caso de que la documentación aportada no estuviese completa o fuese defectuosa, la compañía lo comunicará por escrito por una única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos, lo cual suspenderá el plazo de resolución del reclamo. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con el remanente del plazo original para resolver el reclamo y hacer pago de la indemnización.

**3. Revisión de reclamos:** Si el Contratante y/o el Asegurado o sus Beneficiarios estuvieren en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviarán por escrito una

solicitud de revisión a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días naturales la Compañía notificará por escrito al Contratante y/o al Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el reclamante podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el proceso de conciliación y compromiso arbitral contenido en la cláusula III.E.4 este contrato.

Quedan a salvo en caso de desacuerdo las acciones administrativas que correspondan ante el órgano que la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica cree al efecto.

**4. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización:** Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas, si queda demostrado que el Contratante y/o el Asegurado o los Beneficiarios o representantes de cualquiera de ellos, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, han declarado en forma falsa e/o inexacta hechos que podrían excluir o restringir dichas obligaciones. En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado, sus Beneficiarios, sucesores o cesionarios por cualquier cantidad que haya pagado, basándose en todo o en parte en una información falsa, incompleta, engañosa o errónea que haya recibido por parte del Contratante y/o el Asegurado o los representantes de cualquiera de ellos. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la presente póliza no se encuentre vigente.

#### **D. Terminación de la Póliza:**

##### **1. Terminación del Seguro:**

**1.1 Para el Asegurado:** La cobertura para el Asegurado indicada en esta Póliza y reflejada en el Certificado de Seguro correspondiente terminará cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Pérdida de la condición de elegibilidad del Asegurado, de conformidad con el término definido bajo "Asegurado" en estas Condiciones Generales;
- b) Falta de pago de la Prima por la cobertura de la Póliza al término del Período de Gracia;
- c) Fallecimiento del Asegurado por causas no cubiertas por esta Póliza;
- d) Cuando el Asegurado deja de ser residente legal de la República de Costa Rica;
- e) Cuando el Asegurado termina su relación crediticia con el Contratante, sea mediante la cancelación total de la Deuda descrita en el Certificado de Seguro, sea mediante la ejecución judicial de dicha Deuda por incumplimiento del pago.
- f) Cuando el Asegurado 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. La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al Asegurado la prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente.

La Compañía también podrá rescindir y dar por terminada la Póliza en cualquiera de los casos indicados en el aparte III.D.2, así como en todos aquellos demás casos en que la legislación costarricense lo autorice.

**1.2. Para el Contratante:** No obstante lo anterior, el Contratante, podrá también por su parte 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. En este último caso, la Compañía reembolsará al Contratante la prima no devengada correspondiente a los Asegurados, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente. En modalidad contributiva, dicha devolución se efectuará a favor del Contratante y el Asegurado en las proporciones descritas en el Certificado de Seguro.

Asimismo, en todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el Contratante, bajo su entera responsabilidad y durante el plazo de treinta (30) días naturales previo a la terminación de la Póliza, deberá comunicarlo de inmediato a los Asegurados con el fin de que éstos cuenten con un plazo de al menos diez (10) días hábiles a partir de su notificación para ejercer las acciones que estimen pertinentes durante ese plazo, incluyendo exigir el pago de la indemnización objeto de esta Póliza al Contratante, si así corresponde de conformidad con las estipulaciones de la misma.

La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en el Registro de Asegurados y/o su Formulario de Aceptación.

**2. Declaraciones Falsas e Inexactas:** Esta Póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Asegurado en las solicitudes o reclamos correspondientes. En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Asegurado fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la información falsa o reticente hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Asegurado, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Asegurado una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Asegurado podrá aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Asegurado, o su negativa a aceptar el ajuste, dará derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el contrato conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el contrato devolviendo al Asegurado la prima no devengada al momento de dicha rescisión.

Cualquier información falsa, reticente o errónea suministrada sin dolo a la Compañía deviene indisputable una vez transcurrido un año desde la Fecha de Vigencia de la Cobertura para cada Asegurado, y no podrá ser alegada por la Compañía como causal para dar por terminado el contrato o ajustar la Póliza.

#### **E. Disposiciones Legales:**

**1. Moneda:** Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante, de los Asegurados o de la Compañía, se efectuarán en colones (moneda de la República de Costa Rica).

**2. Prescripción:** Cumpliéndose el plazo de cuatro (4) años después de la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización correspondiente al Contratante, al Asegurado o a sus Beneficiarios, a menos que estuviere en trámite una reclamación o proceso judicial relacionados con la misma.

**3. Confidencialidad:** La información de carácter confidencial que el Asegurado y/o el Contratante brinden a la Compañía y a los intermediarios de seguros, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal, y únicamente podrá ser divulgada a las autoridades competentes que la soliciten legalmente. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado y/o al Contratante deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificada, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

**4. Resolución de controversias:** Las partes podrán acordar la posibilidad de resolver toda controversia relacionada con ésta póliza, mediante cualquiera de los medios alternos de solución de controversias (mediación, conciliación y/o arbitraje) establecidos en la Ley N° 7727, de 9 de diciembre de 1997, de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social RAC.

**5. Comunicaciones:** Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Contratante, o entre la Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Contratante serán efectuadas en el domicilio consignado en su Solicitud de Póliza. Los Asegurados serán notificados por los medios y en las direcciones consignadas en el Registro de Asegurados y/o su Formulario de Aceptación.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

**6. Jurisdicción y Competencia:** El presente Contrato se rige por las Leyes de la República de Costa Rica.

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 registro número P14-40-A06-281 de fecha 13 de setiembre del 2011.

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

## SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO

**1. TIPO DE SEGURO, MODALIDAD DE PAGO Y SUMA ASEGURADA (Marque con "x" las casillas correspondientes)**

- Seguro Colectivo de Saldos Deudores (Colones)
- Seguro Colectivo de Saldos Deudores (Dólares)

**Modalidad de pago:**      Contributiva       No Contributiva

**Porcentaje de pago (Si es Contributiva):** Contratante: \_\_\_\_%      Asegurados: \_\_\_\_%

**Forma de pago:**

<input type="checkbox"/>	Mensual
<input type="checkbox"/>	Trimestral
<input type="checkbox"/>	Semestral
<input type="checkbox"/>	Anual

**Suma Asegurada:**      Monto Original       Saldo Insoluto

*Nota: El plan es contributivo cuando los clientes asegurados contribuyen al pago de primas. El plan es no contributivo cuando el Contratante cubre por su cuenta la prima total de la póliza.*

2. Por la presente se solicita a **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.** la emisión de un Seguro Colectivo de acuerdo con lo indicado en el punto 1, para los clientes del Contratante que aparece a continuación. Si la misma es aceptada, la póliza será emitida de la siguiente manera:

**a) INFORMACION GENERAL DEL CONTRATANTE:**

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección exacta: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (s): \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
 Cédula Jurídica: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**b) FECHA DE VIGENCIA:** \_\_\_\_\_      **FECHA DE ANIVERSARIO:** \_\_\_\_\_

**c) CONTRIBUCION EN EL PAGO DE PRIMAS:** El seguro para los clientes elegibles entrará en vigencia en la fecha convenida entre el Contratante y la Compañía de acuerdo a lo indicado en la cláusula de elegibilidad.

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 \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

**d) ELEGIBILIDAD:** Serán elegibles para ser incluidos en el Plan de Seguro Colectivo y la Póliza, las personas físicas de cualquier género, residentes en Costa Rica y vinculadas al Contratante, que se encuentren en los siguientes rangos de edad:

- **Cobertura Básica (Seguro de Vida):** Únicamente personas que se encuentren entre los dieciocho (18) años de edad y el cumplimiento de los setenta y cuatro (74) años de edad. La cobertura finalizará de pleno derecho al cumplimiento del Asegurado de los ochenta (80) años de edad.
- **Cobertura Adicional (Invalidez Total y Permanente):** Únicamente personas que se encuentren entre los dieciocho (18) años de edad y el cumplimiento de los sesenta y cuatro (64) años de edad. La cobertura finalizará de pleno derecho al cumplimiento del Asegurado de los sesenta y cinco (65) años de edad.

En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Contratante podrá incorporar nuevos Asegurados a la colectividad mediante la presentación debidamente cumplimentada de su Formulario de Aceptación y el pago de la prima adicional correspondiente.

Los nuevos Asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación. La Compañía notificará al Contratante y al Asegurado la aceptación o rechazo de su solicitud dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción del Formulario de Aceptación correspondiente. El silencio de la Compañía equivaldrá a su aceptación.

**e) INFORMACIÓN SOBRE LAS DEUDAS A CUBRIR:** Los préstamos o deudas incluidos de las clases abajo mencionados, serán todos aquellos que correspondan a los deudores elegibles de nuevas operaciones o que se encuentren vigentes y completamente al día en sus pagos, a la fecha de la emisión de la póliza, quedando incluidos en el Plan de Seguros por el Monto Original de la Deuda o por el Saldo Insoluto de la Deuda, con sujeción a las estipulaciones y limitaciones contenidas en el contrato de póliza.

Tipos de Deudas Cubiertas: (Ejemplo: Tarjetas de Crédito cuyo saldo no exceda de XX,XXX.XX) \_\_\_\_\_.

**3) QUEDA ACEPTADO DE CONFORMIDAD POR EL CONTRATANTE QUE:** toda la información indicada en la presente Solicitud de Seguro firmada ha sido leída y que todos los términos y condiciones de la misma han sido aceptados por el cliente como verdaderos. Asimismo, que toda la información necesaria concerniente a todos los clientes asegurados, requerida para la correcta operación del seguro, será proporcionada mensualmente a la Compañía por el Contratante.

**Hago constar que recibí la siguiente información previo a suscribir este formulario:**

**a) Información de los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos del producto; b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza; c) Período de vigencia del seguro; d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro; e) Causas de extinción del contrato; f) Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento; g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante una entidad aseguradora o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales.**

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 \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

**Fechado en San José el:** \_\_\_\_\_

**Representante Legal del Contratante:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante Legal:** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Sello de la Empresa**

**Firma y Código del Intermediario:** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Código**

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 \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.