

ASSA Compañía de Seguros, S.A.

**SEGURO COLECTIVO
DE VIDA (DÓLARES)**

Código de producto: P14-26-A05-201

Fecha de registro: 07-sep-2010

Oficio de solicitud de registro: sin número

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA (DÓLARES)

CONDICIONES GENERALES

Mediante esta Póliza y en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro, al reconocimiento médico si lo hubiere y a cualquier otra declaración necesaria para la emisión de la Póliza - cuales Declaraciones forman parte integrante de esta Póliza - ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante "la Compañía") conviene con el Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante "el Contratante" o "el Tomador" y/o el "el Asegurado" en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones, límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante "el Asegurado") a la Compañía.

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

I. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

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

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

1. **ACCIDENTE:** Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.
2. **ADDENDUM:** Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, o Addendum previo de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como condición especial de la Compañía para la aceptación del contrato. En plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.
3. **ASEGURADO:** Es toda persona física, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Compañía y a favor de quien se ha emitido un certificado de cobertura o se ha extendido cobertura de seguros según el método convenido entre la Compañía y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia. En términos generales, es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo. Es titular del interés objeto del seguro, y que, en defecto del Tomador, asume los derechos y obligaciones derivadas del contrato.
4. **BENEFICIARIO:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado a quien la Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma. En términos generales, es la persona física que tiene un interés lícito de carácter económico o afectivo en la cosa o personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará el Asegurador.
5. **CANCELACIÓN:** Es la terminación de los efectos de una cobertura prevista en el contrato de seguros ya sea por decisión unilateral o por acuerdo mutuo.
6. **CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento expedido por la Compañía que contiene información mínima acerca del Número de Póliza Colectiva, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Monto Asegurado, y Monto de la Prima.

7. **CLASIFICACIÓN DE EMPLEADOS:** Corresponde a la distinción de funciones, cargos u órdenes jerárquicos dentro de la particularidad de cada empresa Contratante.
8. **CLÁUSULAS:** Son las disposiciones establecidas en el contrato de seguros a través de las condiciones generales y particulares.
9. **COBERTURAS:** Son aquellas protecciones que otorga la Compañía en el contrato de seguro.
10. **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes Contratantes.
11. **CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y beneficiario, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.
12. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.
13. **CONDUCTO DE PAGO:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Contratante por su cuenta y riesgo podrá(n) optar, para su facilidad, a realizar el (los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Contratante no le exime(n) de su responsabilidad de que el (los) pago(s) lleguen al domicilio de la Compañía.
14. **CONSENTIMIENTO:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Contratante y la Compañía determinado en el contrato de seguro.
15. **CONTRATANTE / TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se 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. **COBERTURA COMPLEMENTARIA:** Contrato que se adhiere a la Póliza Básica cuya suma asegurada del mismo es pagadera en adición a la suma asegurada de la Póliza Básica; siempre y cuando se presenten las pruebas fehacientes de la reclamación según el beneficio bajo cada Contrato Complementario.
18. **COBERTURA SUPLEMENTARIA:** Contrato que se adhiere a la Póliza Básica cuya suma asegurada del mismo suple o reemplaza la suma asegurada de la Póliza Básica y donde se cancelan todos los contratos adicionales; siempre y cuando se presenten las pruebas fehacientes de la reclamación según el beneficio bajo cada Contrato Suplementario.
19. **DECLARACIONES DEL ASEGURADO:** Manifestación del Asegurado, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la Compañía. Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por el asegurador o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo desde su origen. Si la falsedad o inexactitud proviene del Asegurado, o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas; si proviniere de la Compañía, o su representante, el Asegurado podrá exigir la devolución de lo pagado por primas más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios. Cuando hubiere mutuo engaño el asegurado solo tendrá derecho a percibir las primas que haya pagado. La Compañía hará el reintegro en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

20. **DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
21. **DISPUTABILIDAD:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios dentro de un plazo determinado.
22. **ELEGIBLE:** Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula de Elegibilidad.
23. **EMPLEADO:** Es cualquier trabajador a tiempo completo del Contratante, que de modo regular y permanente trabaja en un oficio, puesto u oficina, en relación de dependencia económica y subordinación jurídica frente al Contratante, en un territorio designado por éste y aceptado por la Compañía. La Compañía y el Contratante podrán extender esta definición de empleado para incluir otras modalidades de empleo, las cuales deberán constar por escrito en un Addendum adherido a la póliza.
24. **EMPRESAS ASOCIADAS:** Son las empresas, corporaciones y firmas afiliadas al Contratante y cuyos empleados se considerarán como empleados del mismo.
25. **ENTIDAD ASEGURADORA:** Denominado también Asegurador o Compañía Aseguradora es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora. Para efectos de este contrato denominada la Compañía.
26. **FORTUITOS:** Inesperado que no se prevé.
27. **HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
28. **INTERÉS ASEGURABLE:** Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico o afectivo sobre una persona. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
29. **INTERMEDIARIO DE SEGUROS:** Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas. La contratación colectiva de una póliza no exime a los agentes y corredores de seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza.
30. **LESIÓN CORPORAL:** Es aquel menoscabo, disminución o pérdida ocasionada a la integridad física de un Asegurado, que ocurre dentro de un plazo no mayor de 90 días posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida.
31. **MIEMBRO:** Es cualquier persona física que forma parte de un grupo o colectividad que ha sido creada porque sus miembros se vinculan entre sí, a través de relaciones, características, fines o intereses de cualquier tipo, distintos a la contratación de una póliza de seguro de vida. La Compañía y el Contratante podrán establecer nuevos significados de miembro, mediante acuerdo expresado por escrito y adherido a la póliza mediante Addendum.
32. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el contrato Colectivo de Vida donde el Asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.
33. **MODALIDAD NO-CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el Colectivo de Vida donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
34. **PERIODICIDAD DE PAGO:** Frecuencia en la que el Contratante se compromete a realizar los pagos de la prima (anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual) en el domicilio de la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares.
35. **PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de diez (10) días calendario para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del periodo de pago de las primas descrito en las Condiciones Particulares.
36. **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.

- 37. **PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante a la Entidad Aseguradora por la protección solicitada.
- 38. **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.
- 39. **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.
- 40. **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.
- 41. **RIESGO(S):** Vulnerabilidad de la persona objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño en su integridad física o la muerte.
- 42. **SINIESTRO:** Constituye la acción o aparición del riesgo. Acontecimiento inesperado, súbito, imprevisto, y ajeno a la voluntad del Asegurado.
- 43. **SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
- 44. **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.
- 45. **TARIFA:** Factor, generalmente dado en porcentaje o por millar, que determinará la prima de la póliza.
- 46. **VENCIMIENTO:** Es la fecha en que se da por terminado el contrato de seguro.
- 47. **VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual la Compañía se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.

II. COBERTURAS

Las coberturas de la presente póliza y sus Addenda corresponden a la categoría de Seguros Personales; y podrán ser contratadas en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Contratante con los Asegurados. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como "Contratante del Seguro Colectivo"; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

COBERTURA BASICA

A. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Si un Asegurado fallece estando su cobertura en vigor, la Compañía, al recibir por escrito las pruebas fehacientes de su fallecimiento, pagará al beneficiario la suma asegurada de la cobertura de Muerte por cualquier causa expresada en las Condiciones Particulares, con sujeción a las estipulaciones de esta póliza. La cobertura de Muerte por cualquier causa

ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las características de riesgo únicas y propias del Asegurado y no será transferible.

COBERTURAS ADICIONALES

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Contratante y la Compañía han convenido en adicionar a esta Póliza Básica la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares y adheridas mediante Addendum:

- B. ADDENDUM - COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.
- C. ADDENDUM - COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.
- D. ADDENDUM - COBERTURA DE CÁNCER.
- E. ADDENDUM - COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.
- F. ADDENDUM - COBERTURA DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- G. ADDENDUM - COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.

III. NULIDAD ABSOLUTA DE DERECHOS

Este contrato terminará 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; si proviniere de la Compañía o su representante, el Contratante, o el Asegurado, podrá exigir la devolución de lo pagado por primas más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios. Cuando hubiere mutuo engaño el Contratante o el Asegurado solo tendrá derecho a percibir las primas que haya pagado. La Compañía hará el reintegro en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

IV. DISPUTABILIDAD 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 según se detalle en la cláusula de "NULIDAD ABOSOLUTA DE DERECHOS".

La cobertura de Asegurados que contraigan el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), independientemente de sus consecuencias, será disputable durante los primeros cinco (5) años.

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 periodo 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 periodo de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

V. SUICIDIO

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

En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha en que la condición que produzca la devolución sea de conocimiento de la Compañía o solicitado por el Contratante.

En caso de suicidio, estando o no el Asegurado en su cabal juicio, dentro del primer año contado a partir de la fecha de emisión de cualquier aumento por una suma asegurada adicional, la Compañía pagará con respecto a tal aumento sólo las primas pagadas por tal aumento. Transcurrido el primer año de la suma asegurada adicional, en caso de suicidio, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

VI. ELEGIBILIDAD

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

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

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

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

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

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

VII. FECHA EFECTIVA DE COBERTURA

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

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

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

VIII. CERTIFICADO DE SEGURO

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

IX. EMPRESAS ASOCIADAS

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

X. REGISTROS E INFORMES

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

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

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

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

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

En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de quince (15) 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.

XI. SUMA ASEGURADA

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

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

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

Cualquier aumento de la suma asegurada de cualquier empleado que no está trabajando activamente a tiempo completo en tal fecha no tendrá efecto hasta que regrese a trabajar activamente a tiempo completo. Sin embargo, si dentro de treinta (30) días calendario después de cambiar a una clasificación para la cual se proporcione una suma asegurada mayor, o en el primer día después de este período de treinta (30) días calendario en que está trabajando activamente a tiempo completo, el Contratante o empleado no ha pagado la prima aplicable a la nueva clasificación, no se concederá aumento como consecuencia de tal cambio o cualquier cambio subsiguiente a menos que el empleado suministre prueba de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía. Esto aplica independientemente si el contrato es contributivo o no-contributivo.

XII. PRIMAS

Las primas deberán ser pagadas por el Contratante en el domicilio de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto al domicilio de la Compañía y/o a una persona distinta (intermediario de seguros, representante o recaudador) no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en el domicilio de la Compañía, salvo que en las Condiciones Particulares se haya pactado que el pago de las primas se realizará en el domicilio del Asegurado. Para que la Compañía esté obligada al pago de la indemnización deberá haber percibido la prima única convenida, o las parciales, en un plazo no mayor de diez (10) días calendario posterior a la fecha de vencimiento del pago único, o cualquier pago parcial, que se hubiese fijado en las Condiciones Particulares. **La falta de pago de cualquier prima, de acuerdo con lo establecido en esta cláusula, terminará automáticamente el contrato sin necesidad de notificación alguna al Contratante.**

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

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

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

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

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

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

XIII. CALCULO DE PRIMAS

Las primas serán calculadas según el método indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, sujeto al derecho de

la Compañía, de acuerdo con la estipulación de la Cláusula XII "Primas", a cambiar la tarifa que se utilizará para el cálculo de las primas.

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

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

Las primas serán pagaderas con periodicidad anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual, éstas serán calculadas por método mutuamente convenido por la Compañía y el Contratante.

XIV. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

XV. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD

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

La suma asegurada del Asegurado no será modificada si las sumas aseguradas aplicables a los Asegurados no dependen de la edad; pero si las sumas aseguradas dependen de la edad del Asegurado, la suma asegurada será enmendada de modo correspondiente y el ajuste de prima tomará en consideración la mencionada enmienda. **Si el Asegurado, como consecuencia de la edad, no era elegible para dicha suma asegurada, la Compañía se limitará a la devolución de las primas pagadas durante el período.**

En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de quince (15) 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.

XVI. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

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

XVII. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período de rehabilitación ya que la cobertura terminó automáticamente por falta de pago, según se ha establecido en la Cláusula XII "Primas". El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como tomador del seguro colectivo; por tanto, en caso de cancelación de cobertura de uno o más Asegurados por incumplimiento en el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura para el(los) Asegurado(s) mediante notificación por escrito a la Compañía, sometiéndose el (los) Asegurado(s) a los requisitos de asegurabilidad que señale la Compañía, y previo pago de todas las primas atrasadas que adeuda el Contratante. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o declinar toda solicitud de rehabilitación.



XVIII. MODIFICACIONES

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

No obstante lo anterior, si los riesgos asegurados en esta póliza cambiaran o variaran, la Compañía podrá modificar las condiciones de este contrato. **Asimismo, podrá dar por terminado el contrato si demuestra que las nuevas condiciones de residencia, ocupación, estado o género de vida del 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 treinta (30) días calendario para que el Contratante manifieste si acepta o no las nuevas condiciones. Si dicho plazo transcurriera sin que el Contratante se manifieste, se tendrán por aceptadas las nuevas condiciones desde la fecha de comunicación y se procederá al cobro del ajuste de prima que corresponda (si la hubiere).

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

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

Cuando sea el Contratante quien conoce la variación, deberá notificarlo por escrito al Compañía en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado tenga conocimiento de la circunstancia que provoque la variación en las condiciones del riesgo asegurado, y 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 rechazar las nuevas condiciones cuando incorporen un riesgo que originalmente no hubiera cubierto, en cuyo caso procederá a la exclusión de la cobertura afectada, el bien asegurado o a la cancelación del seguro, siendo que el Compañía notificará al Contratante con una antelación de treinta (30) días calendario su decisión.

En caso de disminución del riesgo la Compañía en un plazo máximo de quince (15) 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.

XIX. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación automática de la cobertura del Asegurado, sin que para que se efectúe sea necesaria notificación alguna, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

1. Al recibo de la solicitud escrita del Contratante pidiendo la cancelación de la póliza.
2. Al terminar su empleo con el Contratante según se define más adelante.
3. Si el Asegurado deja de ser elegible o miembro de las clases elegibles para las coberturas de esta Póliza.
4. En la fecha de Vencimiento de la Póliza.
5. Cuando la póliza se hubiese cancelado por falta de pago.
6. Cuando venza el periodo de gracia.
7. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.
8. Cuando aplique la cláusula de Disputabilidad.
9. Cuando aplique la cláusula de Nulidad Absoluta de Derechos.

El Contratante es responsable de excluir y de dejar de listar en cualquier tipo de reporte dirigido a la Compañía a los asegurados que hayan dejado de ser miembros elegibles o hayan cumplido la edad máxima estipulada en la Condiciones Particulares. La obligación de la Compañía con relación a dichos asegurados quedará limitada a devolver las primas pagadas de los últimos doce (12) meses. En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha en que la condición que produzca la devolución sea de conocimiento de la Compañía o solicitado por el Contratante.

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

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

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

XX. TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

- a. Al recibo de la solicitud escrita del Contratante pidiendo la cancelación de la póliza.
- b. En la fecha de Vencimiento de la Póliza.

- c. Cuando la póliza se hubiese cancelado por falta de pago.
- d. Cuando venza el periodo de gracia.
- e. Cuando aplique la cláusula de Nulidad Absoluta de Derechos.

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

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

XXI. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

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

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

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

XXII. PROTECCIÓN DE SEGURO DURANTE EL PERIODO DE CONVERSIÓN

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

XXIII. BENEFICIARIO

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

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

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

respecto a cualquier pago realizado por la Compañía fundamentado en sus registros al momento de efectuar dicho pago.

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

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

Advertencia:

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

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

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

XXIV. AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN

a) El Contratante o el Beneficiario, al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro debe comunicarlo tan pronto tenga conocimiento de ello a la Compañía por cualquier medio, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que se tuvo conocimiento del mismo.

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

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

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

XXV. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

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

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

XXVI. INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

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

La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Asegurado cuando y tantas veces como lo requiera mientras esté pendiente una reclamación bajo la póliza y de investigar las circunstancias de la muerte, lesión, accidente o enfermedad, exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, a practicar la autopsia ya sea antes o después del entierro.

XXVII. EXCLUSIONES

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

- a. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas.**
- b. Toda lesión proveniente de accidentes ocurridos mientras el Asegurado esté prestando servicio en las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo.**
- c. La comisión o intento de comisión, por parte del Asegurado, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.**
- d. Participación del Asegurado en motines, riñas o huelgas.**

XXVIII. MONEDA

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

al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

XXIX. NOTIFICACIONES

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

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

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

XXX. 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.

XXXI. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

XXXII. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley de Seguros (Ley N°11); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

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

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

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 _____ de fecha _____

Lic. Said Breedy Arguedas

Escuela Libre de Derecho (UELC);

13785

Abogado y Notario
San José, Costa Rica

ADDENDUM - B

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (DÓLARES)

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, sufre la muerte o alguna lesión corporal, como resultado directo y exclusivo de un accidente, la Compañía pagará la suma asegurada expresada en las Condiciones Particulares de la póliza para la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento de acuerdo con la tabla de indemnización estipulada en este addendum.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

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

Pérdida de la mano: Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación de la muñeca.

Pérdida de un pie: Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación del tobillo.

Pérdida de la visión: la pérdida completa e irreparable del sentido de la visión, es decir el estado de ceguera.

Pérdida de un dedo: la separación absoluta y completa de dos falanges.

Anquilosis: La limitación total de los movimientos de una articulación movable.

Pérdida: En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado de manera tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones.

III. TABLA DE INDEMNIZACION

Lesión Corporal Cubierta	Porcentaje de la Suma Asegurada
--------------------------	---------------------------------

Pérdida de la Vida	100%
Fractura de la columna vertebral que ocasione	
Invalidez total y permanente	100%
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de la visión de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y la visión de un ojo	100%
Pérdida de un pie y la visión de un ojo	100%

Pérdida de una mano	50%
Pérdida de un pie	50%
Pérdida de la visión de un ojo	50%
Pérdida total e irreparable del habla	50%
Sordera total e incurable de ambos oídos	50%

Anquilosis de un hombro en posición no funcional	30%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	30%

Anquilosis del codo en posición no funcional	25%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	25%
Pérdida de los dedos pulgar o índice de las manos	25%

Anquilosis de la muñeca en posición no funcional _____ 10%
Anquilosis del empeine en posición no funcional _____ 10%

.....
Pérdida de los dedos medio, _____
Anular o meñique de las manos _____ 5%
Pérdida del dedo gordo del pie _____ 5%

IV. SUMA ASEGURADA

La cantidad total a pagar por todas las pérdidas sufridas por causas accidentales para la Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento se estipula en las Condiciones Particulares y no será mayor que la suma asegurada de la cobertura de Muerte por Cualquier Causa que se expresa en las Condiciones Particulares de la póliza.

V. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Las partes convienen en que la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento no pagará suma alguna por la ocurrencia de muerte o lesiones causadas por alguno de los siguientes eventos o bajo alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
- c. Enfermedad corporal o mental; tratamiento médico quirúrgico, salvo si este es a consecuencia de un accidente.
- d. Abordaje, descenso o viaje en submarinos o en naves aéreas de combate o de guerra, de entrenamiento militar o de reconocimiento; o en aviones militares de cualquier tipo asignados a misiones de combate, socorro, emergencias, guerra declarada o no o cualquier acto atribuible a ésta. Vuelos de carácter deportivo o acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.
- e. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas. Huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
- f. Toda lesión proveniente de la energía nuclear de cualquier forma.
- g. Toda lesión proveniente de accidentes ocurridos en periodos durante los cuales el Asegurado esté prestando servicio en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
- h. Lesiones sufridas mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o mientras practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre o semejantes, ya sea por

afición o profesionalmente.

- i. La acción de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbido o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma, y todo acontecimiento que se derive del estado de endrogamiento o de embriaguez del Asegurado. Se considera que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol, cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre.
- j. Tomaínas o infección bacteriana (excepto la infección piogénica), cuando ésta se presenta con y por una cortadura o herida recibida por un accidente.
- k. La comisión o intento de comisión, por parte del Asegurado, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- l. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como huracanes, ciclones, tornados, vendavales, deslizamientos de tierra, erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, inundaciones y similares.

VI. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación automática de esta cobertura, sin que para que se efectúe sea necesaria notificación alguna, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. El Asegurado cumpla 65 años de edad.
- b. Si el asegurado recibe, en cualquier momento, beneficios por Incapacidad Total y Permanente.
- c. La póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum.

VII. RECLAMACIONES

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado o alguna de las lesiones corporales enunciadas en la tabla de indemnización, la Compañía, al recibir el aviso de reclamación, proporcionará los documentos necesarios para ser completados por el Asegurado o beneficiario, y los médicos que atendieron el caso. A partir de ese momento, la Compañía iniciará el proceso de comprobar la legitimidad de la reclamación, luego de lo cual, pagará al Asegurado o en su defecto a los beneficiarios, la suma asegurada de acuerdo con la tabla de indemnizaciones.

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Addendum y extiende la Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No. _____

Emitida a nombre de: _____

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 _____

En fe de lo cual, las partes firman en la República de Costa Rica, hoy ____ de ____ de ____.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A

CONTRATANTE

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned below the signature line for the contractor.

ADDENDUM - C

COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (DÓLARES)

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

I. LA COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, llegare a incurrir en gastos médicos como consecuencia directa de haber sufrido un accidente, se le reembolsarán dichos gastos incurridos y pagados hasta el límite de la suma asegurada, contra la presentación y comprobación por parte de la Compañía de las órdenes médicas y facturas pagadas correspondientes.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

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

Gastos médicos: Son las erogaciones de dinero efectivamente realizadas por el Asegurado para curar los efectos físicos de un accidente sobre su propio cuerpo, cuando han sido el efecto inmediato y directo de un accidente cubierto. Se incluyen dentro de gastos médicos, honorarios de profesionales de la ciencia médica debidamente acreditados para el ejercicio de la medicina según las leyes de la República de Costa Rica, así como los gastos incurridos en hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios, farmacias, dispensarios y otras facilidades médicas debidamente autorizadas para dedicarse a su respectiva actividad por las autoridades competentes en la República de Costa Rica.

III. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente es la que se expresa en las Condiciones Particulares de la póliza. La suma asegurada de esta cobertura es aplicable a cada evento u ocurrencia y en su agregado anual. El monto acumulado anual de los pagos efectuados por esta cobertura no puede ser mayor que la suma asegurada expresada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

IV. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Las partes convienen en que la cobertura de Gastos Médicos por Accidente no pagará suma alguna por gastos médicos incurridos por accidentes sufridos por el Asegurado por las siguientes causas o alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
- c. Enfermedad corporal o mental; tratamiento médico quirúrgico, salvo si este es a consecuencia de un accidente.
- d. Abordaje, descenso o viaje en submarinos o en naves aéreas de combate o de guerra, de entrenamiento militar o de reconocimiento; o en aviones militares de cualquier tipo asignados a misiones de combate, socorro, emergencias, guerra declarada o no o cualquier acto atribuible a ésta. Vuelos de carácter deportivo o acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de

investigación meteorológica.

- e. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas. Huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
- f. Toda lesión proveniente de la energía nuclear de cualquier forma.
- g. Toda lesión proveniente de accidentes ocurridos en periodos durante los cuales el Asegurado esté prestando servicio en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
- h. Lesiones sufridas cuando se participa en cualquiera prueba de velocidad o cuando se practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente.
- i. La acción de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbido o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma, y todo acontecimiento que se derive del estado de endrogamiento o de embriaguez del Asegurado. Se considera que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol, cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre. Es indispensable para el pago de la suma asegurada por la cobertura de muerte accidental y desmembramiento, la presentación de un examen de alcoholemia.
- j. Tormas o infección bacteriana (excepto la infección piogénica), cuando ésta se presenta con y por una cortadura o herida recibida por un accidente.
- k. La comisión o intento de comisión, por parte de los asegurados, de asalto, asesinato atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- l. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastróficos, tales como huracanes, ciclones, tornados, vendavales, deslizamientos de tierra, erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, inundaciones y similares.

V. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación automática de esta cobertura, sin que para que se efectúe sea necesaria notificación alguna, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. El Asegurado cumpla la edad máxima de aseguramiento de la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento expresada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b. La cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa.

- c. La póliza de seguro colectivo de vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum.

IV. RECLAMACIONES

En caso de gastos médicos incurridos y pagados por el Asegurado, la Compañía, al recibir el aviso de tal reclamación, proporcionará los documentos necesarios para ser completados por el Asegurado, y los médicos que atendieron el caso. A partir de ese momento, la Compañía iniciará el proceso de comprobar la legitimidad de la reclamación, luego de lo cual, pagará al Asegurado, la suma asegurada de acuerdo con lo estipulado en este Addendum.

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Addendum y extiende la cobertura de Gastos Médicos por Accidente, en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No. _____.

Emitida a nombre de: _____.

En fe de lo cual, las partes firman en la República de Costa Rica, hoy ____ de _____ de _____.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

CONTRATANTE

FIRMA AUTORIZADA

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 _____ de fecha _____



ADDENDUM - D

COBERTURA DE CÁNCER (DÓLARES)

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, es diagnosticado como enfermo de cáncer, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, conforme a lo expresado para tal efecto en las Condiciones Particulares de la póliza, al momento de su fallecimiento. También el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el pago de anticipos de la suma asegurada antes de su muerte, siempre y cuando dichos anticipos sean utilizados para reembolsar al Asegurado por gastos médicos incurridos en el tratamiento del cáncer.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

Cáncer: Es una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presenta en uno o más tejidos corporales o aparece en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia. La enfermedad debe ser diagnosticada por médico especializado en medicina, graduado y registrado y autorizado para ejercer la profesión médica por el Ministerio de Salud de Costa Rica, sobre la base de los resultados positivos de un examen microscópico o especializado al efecto, ya sea biopsia o autopsia, según corresponda. Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo. El diagnóstico clínico no cumple con los requisitos exigidos por esta norma.

III. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada máxima para esta cobertura se expresa en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de que el asegurado optare por ejercer el derecho de recibir anticipos de la suma asegurada, el importe de estos anticipos en su conjunto no podrán ser mayores al importe de la suma asegurada de esta cobertura según lo expresado en las Condiciones Particulares. En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará la diferencia que resulte de sustraer de la suma asegurada, el total de los anticipos efectuados al Asegurado. La suma asegurada para esta cobertura de Cáncer se reducirá por el monto de los adelantos o anticipos efectuados al Asegurado, quedando en vigencia la diferencia.

IV. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Las partes convienen en que la Compañía, bajo la cobertura de cáncer, no pagará suma alguna cuando el Asegurado haya contraído un cáncer bajo las siguientes circunstancias:

- a) Si el asegurado ha sido diagnosticado o se le haya manifestado cáncer en cualquier momento de su vida con anterioridad a su aseguramiento en este Addendum.
- b) Aquel cáncer que le sea diagnosticado o se le haya manifestado al Asegurado durante los primeros 90 días transcurridos después de la fecha de emisión de este Addendum.
- c) Aquel cáncer que le sea diagnosticado o se le haya manifestado al Asegurado durante los primeros 90 días transcurridos después de la fecha de inscripción como Asegurado de este Addendum.

V. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación automática de esta cobertura, sin que para que se efectúe sea necesaria notificación alguna, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. El Asegurado cumpla la edad máxima detallada en las condiciones particulares de la póliza.**
- b. La póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum.**
- c. Si el Asegurado recibe, en cualquier momento, beneficios de Incapacidad Total y Permanente.**

VI. RECLAMACIONES

Se deberá presentar a satisfacción de la Compañía las pruebas fehacientes y concluyentes de la presencia de cáncer en el Asegurado reservándose la Compañía el derecho de comprobarlo en forma directa.

VII. OTROS SEGUROS

El Contratante queda obligado a informar en el momento de presentar una reclamación, los seguros coexistentes, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada. En todo caso, el reembolso de beneficios será hecho primero por el Seguro de Gastos Médicos y en todo caso, el reembolso debe hacerlo primero la Póliza más antigua. La Compañía vigilará cuidadosamente y periódicamente lo relacionado a los egresos médicos, y considerará solamente los excedentes sobre otros seguros médicos que proporcionen al asegurado reembolso por gastos médicos.

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. emite este Addendum, en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares

En fe de lo cual se firma este Addendum en la República de Costa Rica.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

CONTRATANTE

FIRMA AUTORIZADA

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 _____ de fecha _____

ADDENDUM - E

COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (DÓLARES)

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, es recluido en un hospital por accidente o enfermedad, la Compañía indemnizará una renta diaria por hospitalización mediante pagos semanales, siempre y cuando dicha hospitalización tenga una duración mayor de 24 horas consecutivas.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

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

Hospital: Toda Institución legalmente establecida para el cuidado y tratamiento de personas lesionadas, con facilidades para diagnóstico y cirugía, y que brinde servicio permanente de médicos y enfermeras debidamente calificados.

III. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada y su costo, será determinada para cada clase de Asegurado, según la tabla expresada en las Condiciones Particulares de la póliza

El Contratante determinará de cuando en cuando, sin discriminación entre personas en iguales circunstancias, la Clasificación de cada asegurado individual, y tal determinación será final y concluyente.

La aseguradora pagará la renta diaria durante un máximo de 90 días consecutivos y a consecuencia de un mismo accidente.

IV. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Las partes convienen en que la aseguradora, bajo la cobertura de Renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad, no pagará suma alguna cuando el asegurado presente reclamación por alguna de las causas o en alguna de las circunstancias siguientes:

- a. Hospitalizaciones por embarazos o enfermedades mentales.
- b. Lesiones sufridas o enfermedades originadas en alguna condición pre-existente, desconocida como tal por la Compañía al momento de emitir la póliza, que afecten de modo material la evaluación de riesgo hecha por la Compañía.
- c. Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- d. Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
- e. Abordaje, descenso o viaje en submarinos o en naves aéreas de combate o de guerra, de entrenamiento militar o de reconocimiento; o en aviones

militares de cualquier tipo asignados a misiones de combate, socorro, emergencias, guerra declarada o no o cualquier acto atribuible a ésta. Vuelos de carácter deportivo o acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.

- f. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas. Huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
- g. Toda lesión proveniente de la energía nuclear de cualquier forma.
- h. Toda lesión proveniente de accidentes ocurridos en periodos durante los cuales el Asegurado esté prestando servicio en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
- i. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en la comisión o intento de comisión de asalto, asesinato, atentado, o cualquier otro delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- j. La acción de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbido o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma, y todo acontecimiento que se derive del estado de endrogamiento o de embriaguez del Asegurado. Se considera que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol, cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre.
- k. Tomañas o infección bacteriana (excepto la infección piogénica), cuando ésta se presenta con y por una cortadura o herida recibida por un accidente.
- l. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o cuando se practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente.
- m. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como huracanes, ciclones, tornados, vendavales, deslizamientos de tierra, erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, inundaciones y similares.

V. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

El contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación automática de esta cobertura, sin que para que se efectúe sea necesaria notificación alguna, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. El Asegurado cumpla la edad de 65 años,
- b. Si el asegurado recibe o acepta, en cualquier momento, beneficios por Incapacidad Total y Permanente
- c. La póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o se cancele por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum.

VI. RECLAMACIONES

En caso de ocurrir una hospitalización por accidente o enfermedad, la Compañía, al recibir el aviso de reclamación, proporcionará los documentos necesarios para ser completados por el Asegurado o beneficiario, y los médicos que atendieron el caso. A partir de ese momento, la Compañía iniciará el proceso de comprobar la legitimidad de la reclamación, luego de lo cual, iniciará los pagos semanales a que hace referencia las cláusulas de Cobertura y Suma Asegurada de este Addendum.

La Compañía se reserva el derecho de exigir los diagnósticos y exámenes que considere necesarios, y de comprobar la necesidad del Asegurado de continuar hospitalizado. La indemnización se pagará al Asegurado o, en su defecto, a los beneficiarios.

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Addendum y extiende la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No. _____.

Emitida a nombre de: _____.

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 _____.

En fe de lo cual, las partes firman en la República de Costa Rica, hoy ____ de _____ de _____.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

CONTRATANTE

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA



ADDENDUM - F

COBERTURA DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (DÓLARES)

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, es declarado total y permanentemente incapacitado la Compañía le pagará, en sesenta (60) mensualidades, el monto total equivalente a la suma asegurada de la cobertura de Muerte por Cualquier Causa expresada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre y cuando la Compañía reciba las pruebas satisfactorias de la existencia y de la continuación de la incapacidad total y permanente.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

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

Incapacidad Total y Permanente: Es el estado en que se encuentra un Asegurado como consecuencia de haber sufrido una lesión o una enfermedad, que le impide, de forma total y absoluta, generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un periodo no menor de 9 meses continuos, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente el Asegurado. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y permanente de esta póliza no guarda relación alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.

III. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada de la cobertura de Renta por Incapacidad Total y Permanente, es la misma suma asegurada que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa, pero el pago de dicha suma se hará a razón de un sesentavo (1/60) de la suma por cada mes que el Asegurado permanezca en estado de incapacidad total y permanente.

Los pagos que la Compañía efectúe por Renta por Incapacidad Total y Permanente reducirán la suma asegurada de su cobertura de Muerte por Cualquier Causa. Al momento del fallecimiento del Asegurado, se pagará la diferencia, si la hubiere, a los beneficiarios designados.

IV. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Las partes convienen en que la cobertura de renta por incapacidad total y permanente no pagará suma alguna por aquella incapacidad total y permanente causada por alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

- a. Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.**
- b. Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.**

- c. Lesiones sufridas o enfermedades originadas en alguna condición pre-existente, desconocida como tal por la Compañía al momento de emitir la póliza, que afecten de modo material la evaluación de riesgo hecha por la Compañía.
- d. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas. Huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
- e. Lesiones sufridas por el asegurado resultantes de la acción de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma, y todo acontecimiento que se derive del estado de endrogamiento o embriaguez del asegurado. Se considera que una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol, cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado igual o superior a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre (80mg/dl).
- f. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en la comisión o intento de comisión de asalto, asesinato, atentado, o cualquier otro delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- g. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o cuando se practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente.

V. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación automática de esta cobertura, sin que para que se efectúe sea necesaria notificación alguna, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. El Asegurado cumpla 62 años de edad.
- b. La póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum.
- c. Si el Asegurado deja de estar totalmente incapacitado y no es elegible, la póliza de Seguro Colectivo de Vida quedará automáticamente terminada treinta (30) días después de la fecha en que el Asegurado deje de estar total y permanentemente incapacitado.
- d. Sin tomar en cuenta la continuación de la incapacidad total y permanente, la cobertura terminará automáticamente treinta (30) días después que un Asegurado no presente las pruebas satisfactorias de la continuación de incapacidad total y permanente, o treinta (30) días después que un asegurado rehusé ser examinado, según lo estipulado anteriormente.

El reconocimiento o aceptación de la incapacidad total y permanente por parte de la Compañía conlleva la terminación automática de todas las coberturas del Asegurado en la póliza.

VI. RECLAMACIONES

En caso de ocurrir una incapacidad total y permanente la Compañía, al recibir el aviso de reclamación, proporcionará los documentos necesarios para ser completados por el Asegurado o beneficiario, y los médicos que atendieron el caso. A partir de ese momento, la Compañía iniciará el proceso de comprobar la legitimidad de la reclamación, luego de lo cual, iniciará los pagos mensuales a que hace referencia la cláusula de suma asegurada de este Addendum.

La Compañía tendrá el derecho de requerir pruebas satisfactorias de la existencia y continuación de la incapacidad total y permanente, y de someter a exámenes físicos al Asegurado incapacitado en cualquier momento. **En caso de que el Asegurado rehusé cumplir con estos requisitos, la Compañía podrá dar por terminada esta cobertura.**

Al recibo de pruebas satisfactorias de que un Asegurado, ha quedado Total y Permanentemente Incapacitado, la Compañía mantendrá en vigor la cobertura del Asegurado siempre y cuando el Asegurado cumpla con las siguientes condiciones:

1. Pruebas actualizadas de la Incapacidad total y permanente deben ser entregadas durante el tercer trimestre de cada período anual contado a partir del inicio del período de incapacidad total y permanente.
2. Que el Asegurado siga estando total y permanentemente incapacitado al momento de otorgar la continuación de cobertura.
3. Tales pruebas tienen que ser entregadas a la Compañía y la misma no está obligada a solicitarlas.

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., emite este Addendum y extiende la cobertura de Renta por Incapacidad Total y Permanente en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No. _____.

Emitida a nombre de: _____.

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 _____.

En fe de lo cual, las partes firman en la República de Costa Rica, hoy ____ de _____ de _____.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

CONTRATANTE

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA



ADDENDUM - G

COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS (DÓLARES)

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

I. COBERTURA

Si un Asegurado de esta cobertura fallece durante la vigencia de la misma, la Compañía pagará un adelanto parcial de la suma asegurada de su cobertura de Muerte, al momento en que los beneficiarios presenten el certificado médico de defunción.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente primero a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que el pago de la suma asegurada que le corresponde sea igual o mayor al pago que en virtud de esta cobertura tenga que efectuar la Compañía.

En caso que no hubiera beneficiarios declarados por el Asegurado, la Compañía no podrá adelantar el pago y se deberá presentar una notificación detallando los herederos legales del Asegurado.

II. SUMA ASEGURADA:

La suma asegurada de esta cobertura que se expresa en las Condiciones Particulares de la póliza, será descontada de la liquidación final de la suma asegurada de la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa a que los beneficiarios tengan derecho, según quedó acordado en la cláusula de cobertura de este Addendum.

III. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA:

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación automática de esta cobertura, sin que para que se efectúe sea necesaria notificación alguna, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. El Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.**
- b. La póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa prevista de acuerdo con los términos y condiciones del contrato o del presente Addendum.**

IV. RECLAMACIONES:

El beneficiario deberá enviar aviso escrito a la Compañía notificándole el fallecimiento del Asegurado y deberá ser acompañado del certificado médico de defunción según lo previsto en la cláusula de cobertura de este Addendum. La Compañía se reserva el derecho de investigar las circunstancias de la muerte del Asegurado y comprobar la legitimidad de la reclamación con sujeción a lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza de Seguro Colectivo de Vida.

En testimonio de lo cual, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. emite este Addendum y extiende la Cobertura de Pago Inmediato Parcial al Fallecimiento del Asegurado, en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No. _____

Emitida a nombre de: _____.

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 _____.

En fe de lo cual, las partes firman en la República de Costa Rica, hoy ____ de _____ de _____.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

CONTRATANTE

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

