

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
DEBER DE INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO

Por este medio, en cumplimiento de lo indicado en el artículo 25 de Reglamento Sobre Comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10), se informa al Asegurado en relación a los siguientes temas del Seguro Accidentes Personales con número de registro P19-57-A05-661 de fecha 12 de octubre del 2018

1. NOMBRE DEL PRODUCTO: Seguro Accidentes Personales

2. RIESGOS ASOCIADOS Y BENEFICIOS

Por medio de este Seguro, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s), el valor de la Suma Asegurada en caso de fallecimiento a causa de un Accidente, lo cual incluirá que la muerte sea por accidente aéreo comercial o Homicidio culposo. En caso de Incapacidad Total y Permanente o desmembramiento, la Compañía pagará la Suma Asegurada, de acuerdo al valor indicado en la TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE. En caso de Accidente, la Compañía reembolsará el Traslado Urgente en que incurra el Asegurado, inmediatamente después de ocurrido un Accidente dentro del territorio de la República de Costa Rica. Adicionalmente en caso de Accidente, la Compañía reembolsará los servicios funerarios dentro del territorio de la República de Costa Rica y el traslado de los restos mortales del Asegurado hasta la República de Costa Rica.

Con el pago de Prima adicional, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s), el valor de la Suma Asegurada en caso de fallecimiento a causa de un Homicidio Doloso y la muerte accidental del Asegurado en un vuelo en avión privado.

Asimismo, con el Pago de Prima adicional, y en caso de que el Asegurado sufra una Incapacidad Temporal, la Compañía pagará una renta diaria según el periodo convenido en caso de que el Asegurado se encuentre y/o mantenga en dicha condición de Incapacidad Temporal.

En caso de consecuencia directa de un Accidente, y con el pago de Prima adicional, la Compañía pagará la asistencia médica y hospitalaria lo cual incluirá los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que requiera el Asegurado.

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

3. OBLIGACIONES

3.1. Obligaciones de la Compañía:

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

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

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

3.2. Obligaciones del Tomador y Asegurado:

El Tomador y/o Asegurados están obligados a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o Asegurados, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad

relativa o absoluta del contrato. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la retención no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

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

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

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

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

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

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

4. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS (RECARGOS Y DESCUENTOS)

4.1. Recargos y descuentos:

Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo, a excepción de los que podrían de aplicarse en la cláusula "EDAD", en relación a la permanencia y edad del Asegurado en la Póliza de Seguro.

4.2. Ajustes de la tarifa:

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

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

La prima a pagar en cada fecha de vencimiento de prima, será igual a la suma de los cargos de prima por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares.

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

5. CÓDIGO DE REGISTRO DEL PRODUCTO EN LA SUPERINTENDENCIA: P19-57-A05-661

6. COBERTURAS BÁSICAS

6.1 MUERTE ACCIDENTAL

Al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento de un Asegurado, producida como consecuencia inmediata de un Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada convenida menos las cantidades abonadas en concepto de incapacidad total y permanente y desmembramiento, siempre que dicho accidente haya ocurrido:

Solamente se cubrirá la muerte que se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días naturales de ocurrido el Accidente y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las Lesiones provocadas por el mismo.

Esta cobertura comprenderá:

- **Muerte en Accidente Aéreo:** La Compañía pagará la Suma Asegurada, si el Asegurado muere como consecuencia de un accidente aéreo, ocurrido de manera fortuita y repentina, independiente de la voluntad de

cualquier persona, durante el ascenso, vuelo o descenso de una aeronave de una aerolínea comercial autorizada, con itinerario fijo y horarios de vuelos públicos, en la cual el Asegurado viaja como pasajero, pero no como miembro de la tripulación.

- **Homicio Culposo:** La Compañía pagará la suma asegurada, si el Asegurado muere víctima de un Homicidio culposo. El Beneficiario designado, podrá elegir por recibir la Suma Asegurada, en un sólo pago al momento de la liquidación del reclamo correspondiente, o por la opción de recibir una sexagésima parte de la suma asegurada durante sesenta (60) meses hasta alcanzar la totalidad de la Suma Asegurada.

6.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

La Compañía se compromete al pago de la Suma Asegurada, de acuerdo al valor indicado en la “**TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE**” inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente o desmembración del Asegurado. Todo ello hasta la Suma Asegurada establecida para cada caso en las Coberturas Básicas y Adicionales. En el caso que no se hubiera establecido Suma Asegurada para alguna de las causales descritas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente Póliza de Seguro.

6.2.1. 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.

Solamente los casos listados a continuación se encuentran cubiertos:

TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida:100%

Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente..... 100%

Pérdida de ambas manos.....100%

Pérdida de ambos pies.....100%

Pérdida de la vista de ambos ojos.....100%

Pérdida de una mano y un pie.....100%

Pérdida de una mano y la vista de un ojo.....100%

Pérdida de un pie y la vista de un ojo.....100%

Pérdida de la voz y el habla.....100%

PARCIAL

Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos.....50%

Ablación de la mandíbula inferior.....50%

Pérdida total de un ojo, reducción de la mitad de la visión binocular normal.....50%

Sordera total e incurable de un oído.....50%

Miembros superiores Der. Izq.

Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique	8%	6%

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.....	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

Cuando como consecuencia de un mismo Accidente resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentuales respectivos. Sin perjuicio de lo anterior, el Beneficio total no debe exceder el cien por ciento (100%) de la Suma.

El Asegurado o el Beneficiario designado por éste, podrá elegir por recibir la Suma Asegurada, en un sólo pago al momento de la liquidación del reclamo correspondiente, o por la opción de recibir una sexagésima parte de la suma asegurada durante sesenta (60) meses hasta alcanzar la totalidad de la Suma Asegurada.

6.3. GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE

La Compañía reembolsará al Asegurado o al Beneficiario los gastos incurridos a consecuencia del Traslado Urgente en que incurra el Asegurado, inmediatamente después de ocurrido un Accidente amparado por esta póliza, con consecuencias críticas que ponga en peligro la vida del Asegurado y que impida el traslado por sus propios medios hasta el Establecimiento Médico en que se realice la primera cura.

La cobertura provista por esta cláusula está limitada al traslado urgente dentro del territorio de la República de Costa Rica.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de **“MUERTE ACCIDENTAL”** y el monto a indemnizar en concepto de traslados por accidente será adicional a la Suma Asegurada de la cobertura de **“MUERTE ACCIDENTAL”** sin exceder los siguientes límites:

- Traslado Terrestre: Doscientos cincuenta mil colones (¢250.000,00) o quinientos dólares (US\$ 500,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por evento y en su agregado anual.
- Traslado Aéreo: Un millón doscientos cincuenta mil colones (¢1.250.000,00) o dos mil quinientos dólares (US\$ 2.500,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por evento y en su agregado anual.

6.4. GASTOS FUNERARIOS

En caso que el Asegurado fallezca por un Accidente, la Compañía, reembolsará los servicios funerarios dentro del territorio de la República de Costa Rica.

- Los bienes y servicios cubiertos son:
- Trámites legales ante las autoridades competentes, para la inhumación o cremación.
- Traslados terrestres a nivel nacional.
- Cofre de madera de corte lineal estándar.
- Servicio de tanatopraxia (arreglo, vestimenta, maquillaje).
- Decoración de iglesia o sala de velación con 3 (tres) arreglos florales
- Espacio en arriendo por 5 (cinco) años en cementerios disponibles a nivel nacional donde exista dicha modalidad y según disponibilidad o servicio de cremación.
- Utilización de las salas de velación a nivel nacional en caso de ser requerido, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de **“MUERTE ACCIDENTAL”** y los montos serán adicionales a la Suma Asegurada de la cobertura de **“MUERTE ACCIDENTAL”**, de acuerdo a las siguientes limitaciones: sin exceder los siguientes límites:

- Por medio de reembolso.
- Hasta un millón trescientos cincuenta mil colones (¢1.350.000,00) o dos mil setecientos dólares (US\$ 2.700,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por fallecimiento.

6.5. REPATRIACIÓN FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Asegurado cubierto bajo esta Póliza, se incluye dentro de esta cobertura el pago del traslado de sus restos mortales hasta la República de Costa Rica.

Esta cobertura comprende todo el proceso burocrático para la liberación de los restos mortales, pasaje aéreo, embalsamamiento, gastos desde cualquier lugar del mundo hasta el lugar del sepelio, incluyendo el pasaje de ida y vuelta de un Beneficiario o algún familiar cercano que designe el Beneficiario.

Esta cobertura operará en adición a la cobertura de **“MUERTE ACCIDENTAL”** y los montos serán adicionales a la Suma Asegurada de la cobertura de **“MUERTE ACCIDENTAL”**, de acuerdo a las siguientes limitaciones: sin exceder el siguiente límite:

- Hasta un cinco millones de colones (¢5.000.000,00) o diez mil dólares (US\$ 10.000,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por fallecimiento.

7. 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:

7.1. HOMICIDIO DOLOSO

Al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento de un Asegurado, producida como consecuencia inmediata de un Homicidio doloso, la Compañía pagará la Suma Asegurada convenida.

Se entiende como Homicidio doloso o intencional, el causado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado, o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos y actúa a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, tal como establecen los artículos 31, 111 y 112 del Código Penal de Costa Rica.

7.2. MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO

La Compañía pagará la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza, si el Asegurado muere como consecuencia de un accidente en vuelo privado.

Se considera vuelo privado aquél que se destina al servicio de una o más personas físicas o morales, distintas del propietario o poseedor de la misma aeronave, con fines de lucro.

7.3. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía pagará mediante reembolso la asistencia médica y hospitalaria que requiera el Asegurado, como consecuencia inmediata de haber sufrido un Accidente, sujeta al Límite de Responsabilidad y hasta la Suma Asegurada establecida.

A los fines de esta Póliza de Seguros, se entiende que la asistencia médica y hospitalaria comprende:

- a) Servicios prestados por un Médico;
- b) Internación hospitalaria y uso de quirófano;
- c) Exámenes médicos, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio;
- d) Anestesia (incluyendo administración de la misma);
- e) Provisión de medicamentos necesarios en virtud de la atención médica.

El Asegurado podrá beneficiarse de las prestaciones enumeradas, siempre que las consecuencias del Accidente se manifestaren a más tardar dentro de un año, a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

El límite de esta cobertura será de cinco millones de colones (¢5.000.000,00) o diez mil dólares (US\$ 10.000,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

7.4 ASISTENCIA MÉDICA PREVENTIVA

a- CONSULTAS CON ESPECIALISTA EN SALUD

- Visita médica con especialista en Nutrición - 2 eventos por año sin costo para el Asegurado y 2 eventos con Co-pago 10 mil colones. (Total de 4), con una hora límite
- Visita médica con especialista en Fisioterapia - 2 eventos por año sin costo para el Asegurado y 2 eventos con Co-pago 10 mil colones. (Total de 4), con una hora límite
- Traslado médico terrestre en ambulancia en caso de accidente o enfermedad, 2 eventos por año
- Coordinación segunda opinión médica, 1 evento por año

b- EXAMENES MEDICOS

Hemograma Completo - 2 eventos por año sin costo para el Asegurado y 2 eventos con un costo de 5 mil colones. (Total de 4)

Perfil Lipídico - 2 eventos por año sin costo para el Asegurado y 2 eventos con un costo de 5 mil colones. (Total de 4)

Exámen de Heces y/o Urinálisis - 2 eventos por año sin costo para el Asegurado y 2 eventos con un costo de 5 mil colones. (Total de 4)

Electro-cardiograma - 2 eventos por año sin costo para el Asegurado y 2 eventos con un costo de 10 mil colones. (Total de 4)

Ultrasonido o Rayos X - 2 eventos por año sin costo para el Asegurado y 2 eventos con un costo de 10 mil colones. (Total de 4)

c- ESPECIALISTAS A LA SALUD:

Orientación médica telefónica con especialistas: Medico general, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicologo

ASISTENCIA EN CASO DE HOSPITALIZACION:

Envío de artículos de aseo personal hasta el lugar de internación hospitalar – 2 eventos por año con limite de \$75

Transporte de un familiar para ingreso inicial, hasta el lugar de la internación hospitalar, el día de la internación - 2 evento p/ año, limitado a 1 traslado PH* con un limite de 25Km

Transporte de regreso de los familiares y/o amigos que realizaron visita durante período de internación hospitalar (Hasta 4 personas, hacia un mismo destino, durante los primeros 3 días de internación, un solo traslado por día) - 2 evento p/ año, limitado a 1 traslado PH* con un limite de 25Km

Servicio de mensajería para traslados de documentos o pequeños paquetes. Trámites laborales o administrativos (Ej: Ropa, incapacidades, cargador telefónico, artículos personales, documentos laborales, etc) - 2 evento p/ año, limitado a 1 traslado PH* con un límite de 25Km

Transporte del afiliado para regreso al hogar (Taxi o ambulancia, según la necesidad, basado en criterio médico)) - 2 evento p/ año, con un límite de 25Km

Control de agenda y avisos, para la ingesta puntual de medicamentos

Asistencia nutricional post hospitalización

d- SERVICIOS DE INFORMACION Y DESCUENTOS

Red de descuentos médicos: Especialistas, Clinicas, Farmacias y Laboratorios

Localización del mejor precio de un medicamento

Coordinación de citas en centros médicos: Especialistas, Clinicas y Laboratorios

e- PRUEBAS FISICAS PRESENCIALES

Prueba de rangos de movimiento 3 eventos por año

Prueba de resistencia aerobica 3 eventos por año

Pruebas de endurance 3 eventos por año

Seguimiento trimestral de las pruebas 3 eventos por año

8. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este contrato podrá ser terminado de forma anticipada por:

a) Mutuo Acuerdo.

b) Falta de pago de primas según se estipula en la cláusula de **"PAGO DE LA PRIMA"**.

c) Por el Contratante: Unilateralmente cuando el Contratante decida no mantener el seguro. En cuyo caso deberá dar aviso por escrito a la Compañía según la cláusula de **"NOTIFICACIONES"**, con al menos un mes de anticipación.

d) Por la Compañía: Unilateralmente cuando exista alguna de las siguientes circunstancias:

d.1. Por el incumplimiento de las obligaciones del Asegurado que derivan del Contrato de Seguro y del ordenamiento jurídico.

d.2. Por cualquier causa debidamente justificada por la Compañía según los casos previstos por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y devolverá la prima no devengada. La Compañía hará el reintegro de las primas no devengadas en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

9. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

Los Límites de Responsabilidad o Suma Asegurada para las Coberturas indicadas anteriormente serán detallados en el Certificado de Cobertura correspondiente.

10. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES

Se encuentran excluidas de todas las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, los hechos que sean consecuencia de:

10.1. Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad que no sea causada directamente por accidentes u otros hechos cubiertos por la presente póliza, tales como, pero no únicamente, el Homicidio doloso.

10.2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo; suicidio o tentativa de suicidio.

10.3. Lesiones causadas intencionalmente por el Beneficiario o por cualquier otra persona.

10.4. Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo o de los Beneficiarios de esta póliza.

10.5. Efectos de la energía nuclear en cualquier forma.

10.6 Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, inundaciones, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y otros.

10.7. Accidentes ocasionados como consecuencia de que el Asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.

10.8. Lesiones durante la participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.

10.9. Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en líneas aéreas comerciales autorizadas con itinerario fijo, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.

10.10. Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes.

10.11. Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del Asegurado.

10.12. Accidentes ocurridos en periodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicios 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.

10.13. El Homicidio doloso, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional “HOMICIDIO DOLOSO”.

10.14. La muerte accidental en vuelos en avión privado, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional “MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO”.

10.15. La incapacidad temporal, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional de “INCAPACIDAD TEMPORAL”.

10.16. Cualquier gasto médico, a menos de que se encuentre contratada la cobertura adicional de “GASTOS MÉDICOS”.

10.17. Cualquier servicio de asistencia funeraria, a menos de que se encuentre contratada la cobertura de “ASISTENCIA FUNERARIA ANTE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA”.

11. PERIODO DE CARENANCIA

Para esta Póliza no habrá periodo de carencia o periodo de espera.

12. DEDUCIBLES

Para las coberturas básicas de “MUERTE ACCIDENTAL”, “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”, “GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE”, “GASTOS FUNERARIOS”, “REPATRIACIÓN FUNERARIA” y las coberturas adicionales de “HOMICIDIO DOLOSO”, “MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO”, y “GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE”, no aplicará ningún deducible.

Para la cobertura adicional de “INCAPACIDAD TEMPORAL” se aplicará el deducible especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

13. VIGENCIA DEL SEGURO:

Este contrato tiene una vigencia temporal de un año, contado a partir de la fecha de vigencia que se expresa en las Condiciones Particulares.

14. MONTO DE LA PRIMA Y FORMA DE PAGO

14.1. Pago de la prima: El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza y según el Plan Contratado por el Asegurado en la Solicitud de Seguro del Asegurado .

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

Bajo la modalidad contributiva, en caso que la cobertura del seguro sea cancelada por el Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la inclusión en el Seguro y siempre que no exista reclamación sobre la misma, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho periodo, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna por ser de vigencia mensual, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Las primas se pagarán mensualmente, y 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

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

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.

Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación de su cobertura por parte del Asegurado.

La Prima podrá ser pagada de manera anual o podrá ser fraccionada, sin recargos, en periodos mensuales de acuerdo a lo que se indica en el Certificado.

14.2 Formas de pago

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

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

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

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

15. PROCEDIMIENTO PARA INFORMAR EL SINIESTRO

Procedimiento Aplicable a Todas las Coberturas, excepto para la Cobertura de ASISTENCIA FUNERARIA - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, la cual tiene su propio procedimiento.

Contactar en primera instancia con la Central de Asistencia de la Compañía.

En caso de ser necesaria la utilización de alguna de las coberturas que otorga la presente Póliza, el Asegurado tendrá que contactarse con la Central de Asistencia de la Compañía, mediante el número de teléfono que se indica en el Certificado.

En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

- Su nombre y el número de Póliza y Certificado;
- El lugar y el teléfono donde se encuentra;
- El problema y el tipo de información o ayuda necesaria.

En los casos de Muerte Accidental o solicitud de reembolso de gastos cubiertos, el Asegurado o los Beneficiarios comunicarán a la Compañía el acaecimiento del Siniestro dentro de los cinco (5) días naturales de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El Asegurado o los Beneficiarios estarán obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información y documentación necesaria para verificar el siniestro o la extensión del Beneficio, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministren, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle a la Compañía las indagaciones necesarias a tales fines.

Toda la documentación debe ser entregada en original, salvo indicación en contrario, y estar acompañada del Formulario de Denuncia de Siniestros de la Compañía debidamente cumplimentado.

A partir del cumplimiento de todas las exigencias establecidas en esta cláusula por parte del Asegurado, la Compañía tiene un plazo de treinta (30) días naturales para pronunciarse acerca del derecho del Asegurado para acceder al Beneficio.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

Una vez vencido el plazo señalado en el párrafo precedente para que la Compañía se pronuncie acerca del derecho del Asegurado, el Beneficio se pagará dentro de los treinta (30) días naturales de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida.

En el caso de las coberturas de **“MUERTE ACCIDENTAL”**, **“HOMICIDIO DOLOSO”**, **“MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO”**, el pago del Beneficio se hará dentro de los treinta (30) días de notificado el Siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere esta cláusula.

En cualquier caso, 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.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente los hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que trata esta cláusula y cualquiera otra donde se especifica una obligación de remitir información/documentos con este propósito.

Para la cobertura “MUERTE ACCIDENTAL”, “HOMICIDIO DOLOSO”, “MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS EN AVIÓN PRIVADO”:

Los Beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
- Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.
- Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
- Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
- Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, se deberá aportar:
 - Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció;
 - Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).
 - Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular o el trámite de apostilla respectivo.

Para la cobertura de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”:

El Asegurado o Beneficiario(s) tendrá(n) que presentar los siguientes documentos a satisfacción de la Compañía:

- Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
- Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado.
- Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por la Medicatura Forense del Poder Judicial; de no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un Médico nombrado por el Asegurado, un Médico nombrado por la Compañía y un tercer Médico especialista nombrado de común acuerdo entre el médico del Asegurado y el médico de la Compañía. Los Médicos de la mencionada junta deberán tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad y cumplir con la definición indicada en la sección “DEFINICIONES”. Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al Médico de su escogencia, y los honorarios del tercer Médico designado serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
- Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
- Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente o se diagnosticó la enfermedad que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
- Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso que la CCSS no emita dicha

certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que en efecto no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.

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

En caso que el Asegurado o Tomador estén en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrán solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado o Tomador, según corresponda. En caso que no haya interés o no exista acuerdo entre las partes para realizar la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución de controversias establecidos en la presente Póliza.

Para la cobertura “GASTOS FUNERARIOS” y “REPATRIACIÓN FUNERARIA”:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de “**MUERTE ACCIDENTAL**”, el Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de los gastos funerarios y la repatriación de los restos mortales del Asegurado.

Para la cobertura “INCAPACIDAD TEMPORAL”:

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

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

Para la cobertura “GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE”:

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el Médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico.
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso.

Procedimiento Aplicable a la “COBERTURA DE ASISTENCIA FUNERARIA - FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA”:

En caso de fallecimiento del Asegurado de acuerdo con la **COBERTURA DE ASISTENCIA FUNERARIA – FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA**, los Beneficiarios del Asegurado deberán comunicarse telefónicamente con el **Administrador de la Red de Servicios Funerarios** a los teléfonos o correos electrónicos señalados en el Certificado de Seguro.

El operador indicará al solicitante del servicio que la llamada telefónica será grabada con el propósito de controlar la calidad del servicio, así como la fecha y hora de la solicitud del mismo.

El operador solicitará el número de la Póliza y el número de la cédula de identidad del Asegurado.

El operador realizará algunas preguntas básicas y confirmará la procedencia de la reclamación.

El operador asignará un número de reclamación y lo informará claramente al solicitante, indicándole la hora exacta de la solicitud del servicio.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

El operador solicitará un número telefónico o una dirección de correo electrónico para confirmarle este número y la hora exacta de la reclamación.

Dentro de las siguientes cinco (5) horas al momento de la llamada realizada por el solicitante, el operador indicará al solicitante el nombre del(os) Proveedor(es) de Servicios Funerarios de la zona donde se encuentra el fallecido, así como las condiciones en que será atendido, los servicios que le serán prestados y el alcance de la Cobertura.

Una vez el operador del Administrador de la Red de Servicios Funerarios reciba la aceptación del Reclamante, coordinará la prestación del servicio.

El operador del Administrador de la Red de Servicios Funerarios informará al solicitante telefónicamente la forma y hora en que recibirá el servicio.

De conformidad con lo establecido en este Seguro, si por causa de Fuerza Mayor la Compañía no atiende el servicio dentro de las cinco (5) horas siguientes a la llamada registrada por el Administrador de la Red de Servicios Funerarios, los Beneficiarios del Asegurado podrán reclamar a la Compañía el beneficio de la Cobertura por reembolso, previa la presentación de:

- Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado fallecido por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil.
- Carta de solicitud del reembolso indicando claramente el número de reclamación con fecha y hora de solicitud del servicio, nombre y número de identificación del Asegurado fallecido, fecha y lugar del fallecimiento, número de la Póliza, y relación completa de los documentos aportados.
- Original de la factura expedida por la empresa prestadora de los Servicios Funerarios, así como los originales de las facturas de los servicios adicionales correspondientes.

Cuando el Asegurado fallezca y si por circunstancias ajenas a la voluntad de la Compañía se haga necesario el reembolso de la Cobertura, los Beneficiarios del Asegurado deberán presentar completos los requisitos para el trámite ante la Compañía o el Intermediario de Seguros con el cual adquirió la Póliza, debiendo gestionar el trámite en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario después de ocurrido el Siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo los Beneficiarios del Asegurado deberá(n) demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento a los Beneficiarios del Asegurado de los gastos emergentes en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

El solicitante de los gastos de servicios funerarios tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen en esta cláusula.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales a los Beneficiarios del Asegurado.

16. CONTACTO

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. podrá ser notificada de cualquier comunicación en Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica o a la dirección electrónica: contacto@assanet.com. Si requiere asistencia durante su viaje o en caso de emergencia, llame por cobrar a través de la Operadora Internacional a los teléfonos: Español: (57) 1 736 2153 / Inglés: (57) 1 736 2150 / Portugués: (57) 1 736 2144 o llame a los números directos asignados al país donde se encuentra, según la lista de teléfonos adjunto al Certificado de la Póliza.

17. PAGO DE RECLAMACIONES

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

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.

18. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

18.1 Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado o al(los) Beneficiario(s), según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

18.2 Revisión: Cualquier Asegurado o Beneficiario(s), según sea el caso, está autorizado para solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

18.3 Instancia de atención: En caso de persistir la declinación de la cobertura del seguro, el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, podrá acudir a esta instancia, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la Compañía que declinó el reclamo, con el objeto de ser atendida resuelta su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página web de la Compañía.

Como Asegurado, acepto haber recibido la información previa relativa a los términos y condiciones del **SEGURO ACCIDENTES PERSONALES**, así como del presente documento. También he sido enterado de que la eficacia de la cobertura está sujeta al aporte económico de la prima en los plazos previstos. Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados para la emisión del **SEGURO ACCIDENTES PERSONALES**, facultará a **ASSA Compañía DE SEGUROS, S.A.** de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado

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 **P19-57-A05-661 de fecha 12 de octubre del 2018.**