

## DEBER DE INFORMACIÓN PREVIA PARA EL CONSUMIDOR DE SEGUROS

De acuerdo a lo indicado en los artículos 24, 25, 26 y 27 del Reglamento sobre Comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10) y al artículo 12 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), se procede a informarle al interesado de previo a la adquisición del seguro indicado más abajo sobre los siguientes aspectos relativos a la entidad aseguradora, contrato de seguro e intermediario de seguros según se indica a continuación:

### **SECCIÓN I - INFORMACIÓN SOBRE LA ENTIDAD ASEGURADORA**

1. **Identidad de la Entidad Aseguradora:** **ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A** (en adelante “ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A.”), con cédula jurídica 3 – 101 – 593961, debidamente autorizada por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) bajo la licencia A05, lo cual puede verificarse en la dirección [www.sugese.fi.cr](http://www.sugese.fi.cr).
2. **Calificación de Riesgo Vigente:** AAA (cri), otorgada por la empresa Fitch Ratings Centroamérica ([www.fitchca.com](http://www.fitchca.com)). La Perspectiva de la calificación es Estable.
3. **Perfil empresarial:** ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. subsidiaria de ASSA Compañía Tenedora, S.A. y con presencia en toda Centroamérica.
4. **Opciones de Comunicación:** Las oficinas de ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. se encuentran ubicadas en **Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, primer piso, San José, Costa Rica** y pueden ser contactados también a la central telefónica (506) 2503-2700, o al Fax (506) 2503-2797, o al correo electrónico [servicio@assanet.com](mailto:servicio@assanet.com). Su página web está disponible bajo la dirección [www.assanet.cr](http://www.assanet.cr).
5. **Tratamiento de Datos de Carácter Personal:** La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial competente. En todo caso, ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. protegerá y tratará la información personal del Tomador y/o Asegurado con base en los deberes y obligaciones que contempla la legislación vigente.
6. **Procedimiento de Quejas y Resolución de Disputas:** Sin perjuicio de las instancias y procedimientos que contempla la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, en caso que el Asegurado tenga alguna queja o reclamo contra ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A., puede optar por las siguientes opciones y procedimientos:
  - a. **Consulta Telefónica:** El Tomador/Asegurado puede contactar al Departamento de Servicio al cliente al teléfono antes indicado en horario de 08:00 am a 05:00 pm, de lunes a viernes.
  - b. **Queja formal escrita:** El Tomador/Asegurado puede presentar un reclamo escrito en las oficinas de ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A., o bien por medio de fax o correo electrónico, todo conforme a los datos de contacto antes indicados.
  - c. **Jurisdicción y Arbitraje:** En caso de reclamos o disputas, serán competentes los Tribunales de San José, Costa Rica. No obstante lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje de forma voluntaria e incondicional. El arbitraje será de derecho y se realizará según lo establecido en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio (CICA).
  - d. **Otras Instancias:** En adición a la jurisdicción común y arbitral antes indicada, el consumidor de seguros, de conformidad con la normativa vigente, puede dirigirse al Centro de Defensa del Asegurado (CDA), cuyos datos de contacto pueden verificarse en la página web [www.assanet.cr](http://www.assanet.cr) y/o en [www.sugese.fi.cr/mercado\\_seguros/Defensorias\\_asegurados.html](http://www.sugese.fi.cr/mercado_seguros/Defensorias_asegurados.html). Asimismo, el consumidor de seguros

cuenta con derecho de acudir como parte interesada a la Superintendencia General de Seguros o a la Comisión Nacional de Consumidor, conforme a las competencias específicas de dichas entidades que estipula la normativa vigente.

- e. **Respuesta Oportuna:** El Tomador/Asegurado tiene el derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten personalmente, o por medio de su representante legal, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales a partir de la presentación de la documentación respectiva.

**7. Red de Proveedores:** La red de proveedores de servicios auxiliares de la Compañía, en caso de ser aplicable al producto, puede ser consultada en [www.assanet.cr](http://www.assanet.cr).

## **SECCIÓN II - INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS**

**1. Nombre del Producto y Código de Registro:** **SEGURO COLECTIVO DE SALDOS DEUDORES PLUS – MONTO DECRECIENTE**, registrado en la Superintendencia General de Seguros ([www.sugese.fi.cr](http://www.sugese.fi.cr)) bajo el registro número bajo el registro número P14-40-A05-765 de fecha 28 de agosto del 2018, tanto en moneda dólares como en colones.

**2. Riesgos asociados, beneficios, obligaciones:** Por medio de este Seguro, la Compañía cubrirá el Saldo Insoluto de la Deuda a la fecha de fallecimiento del Deudor por cualquier causa no excluida por esta Póliza, cancelando la misma al Contratante de la póliza. En caso de ocurrir una Incapacidad Total y Permanente, la Compañía pagará en un único abono al Contratante el Saldo Insoluto de la Deuda, lo cual contempla el capital, los intereses corrientes no pagados por el Deudor-Asegurado al momento del siniestro, así como las Primas que se encuentren pendientes de pago. Lo anterior siempre que la condición de Incapacidad Total y Permanente exista y se mantenga en el tiempo. Asimismo, si el Asegurado sufre un despido involuntario de su trabajo, la Compañía pagará el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado, incluyendo gastos de seguros, pago del principal e intereses corrientes.

Las Partes entienden que la presente Póliza es un seguro renovable 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. De la misma manera, esta Póliza podrá ser prorrogada por períodos anuales de acuerdo a lo indicado en la cláusula “**DERECHO DE PRÓRROGA**”.

La Suma Asegurada decrecerá durante la vigencia de la Póliza por lo que se constituye en una Suma Asegurada decreciente, la cual se ajustará de acuerdo al Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado con el Tomador. De la misma manera, el Asegurado cancelará una Prima Nivelada, por lo que la misma se mantendrá invariable durante el plazo de la Deuda.

- 3. Modalidad de contratación:** Este seguro se contrata bajo modalidad colectiva, Contributivo: donde los Asegurados contribuyen con parte o la totalidad de la prima
- 4. Período de Cobertura:** El periodo de cobertura de esta póliza es sobre la base de la ocurrencia del siniestro.
- 5. Delimitación Geográfica:** Para la cobertura de “DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”, el siniestro deberá haber ocurrido dentro de los límites de Costa Rica de conformidad con la normativa costarricense, salvo que en la Solicitud/Certificado se estipule otra cosa. Para las coberturas de “MUERTE POR CUALQUIER CAUSA” e “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE” no existirá ningún tipo de limitación territorial.

**6. Requisitos para el aseguramiento y declaraciones necesarias para la evaluación del riesgo:** Se debe completar el formulario de aseguramiento y cumplir con los requisitos de asegurabilidad.

**7. Coberturas:**

**7.1. COBERTURA BÁSICA**

**7.1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**

Al amparo de esta cobertura, la Compañía pagará al Tomador el Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado en caso de fallecimiento de éste por cualquier causa no excluida por esta Póliza. En caso de ocurrencia de siniestro cubierto por la presente Póliza, los causahabientes tendrán derecho a exigir a la Compañía el pago al Tomador del importe del Saldo Insoluto, en los términos, condiciones y cobertura previstos en esta Póliza.

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

La Suma Asegurada al amparo de esta cobertura, decrecerá durante la vigencia de la Póliza por lo que se constituye en una Suma Asegurada decreciente, la cual se ajustará de acuerdo al Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado con el Tomador. De la misma manera, el Asegurado cancelará una Prima Nivelada, por lo que la misma se mantendrá invariable durante el plazo de la Deuda.

**7.2. COBERTURAS ADICIONALES**

**7.2.1. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Esta cobertura ampara el riesgo del Asegurado de no poder hacer frente a las obligaciones crediticias adquiridas, entendidas éstas como el Saldo Insoluto de la Deuda, debido a Incapacidad Total y Permanente por causa de Accidente o Enfermedad que le haya provocado Lesión Corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional en al menos un sesenta y siete por ciento (67%) para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias. A tal efecto, la Compañía pagará en un solo tracto al Tomador, el Saldo Insoluto de la Deuda contraída por el Asegurado.

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

La Suma Asegurada al amparo de esta cobertura, decrecerá durante la vigencia de la Póliza por lo que se constituye en una Suma Asegurada decreciente, la cual se ajustará de acuerdo al Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado con el Tomador. De la misma manera, el Asegurado cancelará una Prima Nivelada, por lo que la misma se mantendrá invariable durante el plazo de la Deuda.

**En caso de que un Asegurado sea indemnizado bajo esta cobertura de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”, este Seguro terminará y no podrá ser indemnizado bajo ninguna otra de las coberturas indicadas en la presenta Póliza.**

## 7.2.2. COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

La Compañía pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda consten en la Solicitud/Certificado de cada Asegurado en caso de: **(i)** Asegurado Asalariado quede en estado de Desempleo por alguna causa que no le sea imputable, o **(ii)** el Asegurado que no califique como Asegurado Asalariado sufra una Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente. Dichos amparos son **mutuamente excluyentes** de forma tal que operará uno u otro según la condición del Asegurado, específicamente si cotiza como asalariado (para el caso (i)) o si no califica como Asegurado Asalariado para el caso (ii). **En consecuencia, al ser mutuamente excluyentes, se deja expresa constancia que el Asegurado que califique como Asegurado Asalariado sólo tendrá derecho a recibir cobertura bajo el amparo de desempleo involuntario y NO tendrá derecho a recibir cobertura bajo el amparo de incapacidad temporal, y por su parte el Asegurado que NO califique como Asegurado Asalariado sólo tendrá derecho a recibir cobertura bajo el amparo de incapacidad temporal y NO tendrá derecho a recibir cobertura bajo el amparo de desempleo involuntario.**

El monto máximo a pagar en cada Beneficio Mensual incluirá el monto de principal e intereses corrientes no pagados al momento que el Asegurado quede en estado de Desempleo o sufra una Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente, así como las Primas que se encuentren pendientes de pago. **Este monto no incluirá intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni ningún saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en la Solicitud/Certificado.**

### Amparo – Desempleo:

La efectividad de este amparo de Desempleo, dependerá de las siguientes condiciones, según la condición de empleo del Asegurado:

- a) **Empleado Permanente:** La Compañía otorgará la cobertura si es Despedido, siempre que exista responsabilidad patronal y el Empleado Permanente se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
- b) **Empleado Copropietario:** La Compañía otorgará la cobertura si el negocio deja de operar y el Empleado Copropietario se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
- c) **Empleado Bajo Contrato:** Si el Asegurado ha estado laborando bajo un contrato laboral de plazo fijo con un mismo patrono, la Compañía otorgará la cobertura si el Asegurado es Despedido durante el plazo de su contrato o finalice de manera anticipada, por causas ajenas al Asegurado, siempre y cuando tenga más de seis (6) meses de laborar con dicho patrono y el Empleado Bajo Contrato se encuentre inscrito y cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social.

En los 3 casos el Asegurado deberá de estar inscrito y cotizando con la CCSS como empleado.

### Amparo - Incapacidad temporal por enfermedad o accidente:

La efectividad de este amparo de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, dependerá de que el Asegurado no califique como Asegurado Asalariado.

## 8. Finalización de Cobertura:

En el caso de un Asegurado, que se encuentre Desempleado o bajo una Incapacidad Temporal y esta cobertura se encuentre en aplicación, fallezca por cualquier causa de acuerdo a lo que indica la cobertura de “**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**” o sufra una Incapacidad Total y Permanente por causa de Accidente o Enfermedad que le haya provocado Lesión Corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional de acuerdo a lo que indica la cobertura de “**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**”, esta cobertura finalizará y aplicará la cobertura de “**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**” o “**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**” según sea el caso.

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

Cobertura	Límite de Responsabilidad
A- Muerte por Cualquier Causa	Monto insoluto de la Deuda contraída por el Asegurado con el Tomador del seguro.
B- Incapacidad Total y Permanente	Monto Insoluto de la Deuda contraída por el Asegurado con el Tomador del seguro.
C- Cobertura de Desempleo o Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente	6 cuotas consecutivas de la Deuda

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

## 10. Exclusiones:

### 10.1. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso cubrirá lo siguiente:

- a) LA COMPAÑÍA no será responsable de pago bajo esta Póliza si la muerte de cualquier Deudor resultare a consecuencia de conmociones civiles o guerra, declarada o no, o cualquier acto atribuible a ésta.

Sin perjuicio de otras exclusiones establecidas en la legislación vigente que regula los contratos de seguros, y en adición a las Exclusiones correspondientes a las Coberturas de la presente póliza, ésta no cubre siniestros a consecuencia directa o indirecta de:

- b) Siniestros que ocurran posterior a la fecha de cancelación de la póliza o a la exclusión de un Asegurado por parte del Tomador.
- c) Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o infección.
- d) Riesgo de Guerra: La muerte o lesiones de cualquier persona por causa directa o indirecta de su participación en cualquier guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil con una magnitud similar a la de levantamientos populares, daños intencionales (dentro de los límites de ciudades o poblados), levantamientos militares, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación o nacionalización o requisición por orden de cualquier gobierno público o local, cualquier acto de cualquier persona o personas que actúen en beneficio de o en conexión con cualquier organización cuyos propósitos incluyen, pero no se limitan al derrocamiento o la influencia de cualquier medio violento.

Esta exclusión no aplica a cualquier persona que no participa activamente en cualquiera de los eventos que se mencionaron en el párrafo anterior. Esta excepción a la exclusión está sujeta a que los siniestros ocurran durante un período de veinticuatro (24) horas consecutivas y dentro de un radio de quince (15) kilómetros del lugar donde se desarrollan cualquiera de tales eventos, y a condición de que las muertes

sobrevengan dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia de los mismos.

- e) Siniestros que ocurran a consecuencia de liberación abrupta de energía atómica o por radiación nuclear o contaminación radioactiva controlada o no.
- f) Competencia como conductor o integrante de equipo en pruebas de pericia o velocidad, utilizando vehículos mecánicos o de tracción a sangre; participación en justas hípicas o pruebas análogas.
- g) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- h) Práctica de paracaidismo; práctica o utilización de vehículos de transporte aéreo, salvo que se viaje como pasajero en líneas aéreas regulares.
- i) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, escalamiento de montañas, actos de acrobacia, práctica del boxeo profesional.
- j) Desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad asociadas a las fuerzas policiales y de seguridad, tripulantes de naves fluviales, marítimas y aéreas.
- k) Participación en empresa o acto criminal; lesión en duelo o riña, salvo el supuesto de legítima defensa.
- l) Hechos originados por reacciones de origen nuclear y sus posibles efectos tardíos.
- m) Participación en trabajos subterráneos o de minería; práctica de caza mayor o participación en expediciones destinadas a tal fin.
- n) Consumo de alcohol; uso de drogas, estupefacientes o estimulantes sin prescripción médica.
- o) Los siniestros causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos de carácter catastróficos.
- p) A consecuencia de prestar servicios en el ejército, policía, bomberos, la marina de guerra o fuerza aérea de su país de residencia; o de cualquier país, combinación de países u organización internacional.
- q) Los siniestros a consecuencia de la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares o por efectos de energía nuclear de cualquier forma; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
- r) Siniestros a consecuencia directa o indirecta de actos de terrorismo.
- s) Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que el mismo ocurra en los primeros veinticuatro (24) meses de Vigencia de la Póliza.

Adicionalmente, si el fallecimiento del Asegurado ocurriera durante los primeros veinticuatro (24) meses de cobertura, siendo la causa de la muerte el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

## 10.2. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

10.2.1. Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de "MUERTE POR CUALQUIER CAUSA", no aplicará la cobertura indicada en el siguiente caso:

- a) 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.

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

- a) Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
- 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) 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).
- d) 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.
- e) 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.
- f) Internamientos médicos ilícitos o prohibidos por las leyes.

**10.2.3. Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas anteriormente, para la cobertura de “DESEMPLEO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”, no aplicará la cobertura indicada en los siguientes casos:**

**Amparo de Desempleo:**

- a) Si el Asegurado queda Desempleado como resultado de terremoto, inundación, fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares y similares.
- b) La condición de Desempleado no supera el periodo del Deducible fijado para la cobertura de “DESEMPLEO”, de acuerdo a lo indicado en la “CLÁUSULA DE DEDUCIBLES”.
- c) Es empleado por tiempo definido y queda Desempleado como consecuencia del cumplimiento del período por el cual se estableció la relación laboral.
- d) Sea Despedido sin responsabilidad patronal.
- e) Quede Incapacitado Total y Permanentemente.
- f) En caso de ser Empleado Permanente, no ha estado continuamente empleado con el mismo patrono, por al menos seis (6) meses previos al primer período de desempleo amparable bajo este contrato.
- g) En caso de ser Empleado Bajo Contrato, el plazo de su contrato sea menor a seis (6) meses de laborar con el mismo patrono.
- h) No cumple un periodo de Desempleado mayor a treinta (30) días naturales, de acuerdo a lo indicado en la “CLÁUSULA DE DEDUCIBLES” y el Asegurado queda Desempleado durante el Periodo de Carencia para la cobertura de “DESEMPLEO”.
- i) Está Empleado Bajo Contrato y queda Desempleado, como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo de plazo fijo.
- j) Tiene un trabajo temporal o estacional, el cual su duración sea inferior a seis (6) meses.
- k) Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncie, se jubile o se jubile en forma anticipada y voluntariamente.
- l) Es Despedido por su patrono como resultado de su mala conducta o rompimiento del contrato de trabajo. Si el Asegurado apelase ante los Tribunales de Trabajo y el veredicto fuera a su favor, el reclamo si será aceptado
- m) Los casos de suspensión temporal del contrato de trabajo realizado conforme a los procedimientos previstos en el Código de Trabajo.
- n) Es Despedido, mientras se encuentre laborando fuera del territorio costarricense por más de noventa (90) días naturales. Esta cláusula no aplicará si la causa por la cual el Asegurado deja el

territorio costarricense es:

- Por trabajar en una embajada o consulado costarricense.
  - Si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.
- o) El Empleado Independiente el cual no sé encuentra realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.
- p) El Empleado Copropietario el cual no sé encuentra realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.
- q) El Empleado Bajo Contrato el cual no sé encuentra realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.
- r) No supera el Periodo de Carencia de dos (2) meses.

**Amparo de Incapacidad Temporal:**

**Por enfermedad: No se cubrirán enfermedades que sean:**

1. De origen nervioso, tales como Encefalitis, Meningitis, Neuritis, Enfermedades congénitas de origen nervioso, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Alzheimer, Parkinson, Síndrome Tourette, Esclerosis múltiple, Esclerosis lateral amiotrófica, Accidente Vascular Cerebral, Trauma Craneoencefálico
2. Producidas con motivos de embarazos, parto, aborto, y toda condición relativa al proceso de gestación.
3. Las originadas por problemas a la columna vertebral, tales como Discopatía Degenerativa, Hernia de Disco, Protrusiones de Disco, Espondilolistesis, Espondilolisis, Espondiloartrosis Generalizada, Artropatía Degenerativa, Estenosis de canal

**Por accidentes: No se cubrirán accidentes que surjan a consecuencia de:**

1. Por suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado.
2. Por riñas y cualquier otro acto delictuoso en que el Asegurado participe con dolo o culpa grave o por provocación.
3. Mientras el Asegurado se encuentre en estado de sonambulismo, o con ocasión de ataques cardiacos, epilépticos o sincopes.
4. Mientras el asegurado se encuentra participando en competencias en cualquier clase de vehículo.
5. Por actos de personas que tomen partes en paros, huelgas, disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares, o de personas que actúen en conexión con alguna organización política o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos tomadas por las autoridades. Por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: terremoto, inundación o erupción volcánica que se produzcan en el territorio nacional.
6. Por cualquier enfermedad corporal o mental, o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente cubierto.



7. Manejar cualquier clase de vehículo automotor, mientras se encuentre bajo los efectos de bebidas alcohólicas o drogas.
8. Embarazo, alumbramiento o aborto.
9. Tomar parte de actividades de montañismo o alpinismo en el cual se usen sogas o guías, exploración de cuevas verticales, paracaidismo, volar colgado de un planeador, deportes de invierno, deportes extremos, deportes profesionales o de carrera.
10. Enfermedades, infección bacteriana o virulenta, aunque se haya contraído accidentalmente, incluyendo la infección bacteriana que sea resultado directo de una cortada i herida accidental o intoxicación alimentaria accidental
11. Absorción o ingestión de venenos o gases tóxicos
12. Por insolación
13. Por demencia
14. Las lesiones que se susciten o le ocurran al asegurado o le sean ocasionados con objeto o arma cortante, cortopunzante, armas de fuego, artefactos explosivos o incendiarios u otro tipo de arma, independientemente de la forma en la que ocurra.
15. Sufre la Incapacidad Temporal Accidental durante el Período de Carencia.
16. Ninguna dolencia médica ni física que no sea consecuencia directa de un accidente ni que corresponda a un accidente que haya ocurrido antes de la fecha de inicio de la cobertura.
17. Los síntomas médicos normales y previsibles asociados al embarazo y al parto,
18. Resultantes, directa o indirectamente, de dolores de espalda y dolencias relacionadas, a no ser que existan pruebas radiológicas o patológicas de anormalidad médica que provoque la incapacidad,
19. Resultantes de lesiones auto-infligidas intencionadamente o la ingestión de alcohol o drogas (excepto medicamentos tomados según las instrucciones de un médico colegiado y que no sean para el tratamiento de una adicción a las drogas), el estrés, la depresión o cualquier desorden o disfunción de tipo mental o nervioso,
20. Operaciones o tratamientos médicos que no sean necesarios desde el punto de vista médico y que no sean consecuencia de un accidente.
21. Accidentes ocurridos fuera Costa Rica
22. Recargos debidos a demoras en pagos relacionados con su obligación crediticia.
23. En caso que la incapacidad surja como consecuencia de conflictos bélicos, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, altercados o desorden público, o atentados terroristas de cualquier tipo.
24. En caso que la incapacidad surja como consecuencia de radiación ionizante o contaminación radiactiva por combustible nuclear o por desechos nucleares de combustibles nucleares.

## 11. Vigencia y renovación del contrato

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

El Contrato se podrá renovar automáticamente por períodos iguales al inicial en las mismas u otras condiciones sujeto al consentimiento expreso de la Compañía, así como, al pago de la prima de renovación dentro del plazo establecido. En los casos que la Compañía solicite Tomador y/o Asegurado cumplir algún requisito para la renovación de la póliza, la misma estará sujeta al cumplimiento de dicho requisito.

## 12. Aviso de siniestro

El Asegurado, al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro debe comunicarlo tan pronto tenga conocimiento de ello a la Compañía o al Contratante 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. Como principales medios para dar Aviso de Siniestro son: i.) a través de la línea telefónica 2503-ASSA (2503-2772) o; ii.) al correo electrónico: [reclamocr@assanet.com](mailto:reclamocr@assanet.com).

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

## 13. Trámite de reclamo

Una vez dado el aviso de siniestro descrito en la cláusula **"AVISO DE SINIESTRO"**, el Asegurado tiene un plazo de treinta (30) días calendario para formalizar el reclamo.

El Contratante, o el Asegurado, debe enviar a la Compañía la reclamación formal por escrito detallando la siguiente información:

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

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

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

6. Fotocopia completa debidamente certificada y foliada del historial médico completo de los centros médicos, sean estos públicos o privados, donde haya sido atendido el Asegurado.

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

1. Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
2. Estado de cuenta con el Saldo Insoluto de la Deuda a la fecha de la declaratoria Incapacidad Total Permanente, el cual incluya el saldo e intereses corrientes y fecha de inicio de la operación del crédito.
3. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
4. Certificado médico de tal incapacidad emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros o la medicatura forense de Poder Judicial, en el que se manifieste claramente:
  - a. El porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado.
  - b. Diagnóstico sobre los eventos que provocaron dicha incapacidad.
  - c. Que la misma no está sujeta a revisión.
5. Si la incapacidad fue provocada por Accidente, el Asegurado debe aportar copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología.
6. Fotocopia completa debidamente certificada y foliada del historial médico completo de los centros médicos, sean estos públicos o privados, donde haya sido atendido el Asegurado.

Para la cobertura de **“DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”**, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

Amparo de Desempleo:

1. El Asegurado debe dar aviso escrito del reclamo al Tomador, dentro de los siguientes treinta (30) días naturales de haber quedado Desempleado.
2. El Tomador facilitará al Asegurado un formulario suplido por la Compañía, el cual deberá ser completado y devuelto al Tomador, con toda la información solicitada en él, tan pronto tenga en su poder los requisitos señalados en el punto siguiente.
3. El Asegurado debe aportar adicionalmente a la presentación del aviso de siniestro los siguientes documentos:
  - a. Constancia del ex Patrono de despido de la empresa. Esta constancia debe contener: Nombre del ex empleado, identificación, periodo laborado para la empresa, puesto desempeñado, tipo de contrato laboral que mantenía el ex trabajador (permanente, copropietario, bajo contrato) y causa de despido.  
Para el caso del Empleado Bajo Contrato, en caso de que el contrato termine de manera anticipada por causas ajenas al Asegurado, la constancia que le emita el ex Patrono deberá de indicar claramente que el contrato finalizó en esa manera.
  - b. Constancia emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social, donde indique que el Asegurado ha estado cotizando para ese régimen durante los últimos seis (6) meses previos a su despido, que estaba activamente trabajando para un mismo patrono y que haya estado empleado continuamente, al menos por un período de seis (6) meses antes del inicio de este contrato.
4. Para el pago del beneficio mensual pactado, una vez cumplido el periodo de deducible (1 mes en condición de Desempleado), el Asegurado debe continuar presentando cada mes al Tomador la constancia de la Caja Costarricense de Seguro Social actualizada a la fecha de corte que corresponda para comprobar la condición de desempleo de cada mes amparable por este seguro por medio del pago del beneficio mensual. Este requisito debe cumplirse hasta que el Asegurado reanude su condición de empleo o hasta que se completen la cantidad de cuotas pactadas para recibir el beneficio mensual, lo que ocurra primero.  
En caso de que el Asegurado no cumpla con lo indicado en este punto, la Compañía podrá suspender el pago del beneficio mensual. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de realizar las investigaciones que considere pertinentes, las cuales permitan comprobar fehaciente que la condición de Desempleo del Asegurado se mantiene.

Amparo de Incapacidad Temporal:

1. El Asegurado deberá entregar una descripción detallada por escrito del Accidente sufrido.
2. Deberá suministrar los informes Médicos relacionados con el origen y desarrollo de su Incapacidad Temporal, incluyendo fecha de diagnóstico.
3. Deberá presentar el Informe médico original de la primera asistencia médica recibida para atender las lesiones sufridas en el Accidente.
4. Deberá presentar la orden médica por convalecencia que justifique el reposo y la incapacidad temporal para desempeñar sus labores ordinarias o profesión.
5. En caso de accidente de tránsito, copia del parte oficial del suceso.
6. En caso de existir reclamación judicial, copia completa de dichas Diligencias.
7. Deberá disponer de una incapacidad temporal superior a 30 días naturales para poder tener derecho a la indemnización.

Todos los certificados médicos deberán ser emitidos por un médico especialista en la causa del siniestro y que se encuentre incorporado en el Colegio de Médicos. Durante la reclamación del Asegurado, la Compañía podrá solicitar exámenes médicos más detallados. En tal caso la Compañía abonará los costes de dichos exámenes.

#### **14. 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.

#### **15. Terminación de la cobertura del asegurado**

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

- a. En la fecha de Vencimiento de la Póliza;
- b. A la cancelación de la Deuda;
- c. Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago;
- d. Cuando el Asegurado deja de ser elegible;
- e. Fallecimiento por cualquier causa, por lo que aplicará la cobertura de **“MUERTE POR CUALQUIER CAUSA”**.
- f. Incapacidad Total y Permanente del Asegurado por causa de Accidente o Enfermedad que le haya provocado Lesión Corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional en al menos un sesenta y siete por ciento (67%) para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias, por lo que aplicará la cobertura de **“INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”**.

Para la cobertura de “**DESEMPLEO o INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**”:

Amparo de Desempleo:

- a. La Compañía haya pagado el Beneficio Mensual contratado, de acuerdo al importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda que consten en la Solicitud/Certificado;
- b. Jubilación del trabajo o Edad de Jubilación alcanzada, la más temprana;
- c. Si el Asegurado termina su condición de Desempleado. En caso que el Asegurado no notifique la conclusión de su condición como Desempleado y siga beneficiándose de la cobertura del seguro, la Compañía suspenderá el pago de la indemnización y solicitará al Asegurado el reintegro de lo pagado indebidamente. El Asegurado deberá realizar la devolución de los dineros a más tardar treinta (30) días después de la solicitud que le realice la Compañía.
- d. El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera del territorio de la República de Costa Rica;
- e. **Para todos los efectos, se excluye de la cobertura del seguro el desempleo ocurrido como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo a plazo fijo, por lo que no será amparable ningún reclamo.**

Amparo de Incapacidad Temporal:

- a. La Compañía haya pagado el Beneficio Mensual contratado, de acuerdo al importe y número de cuotas consecutivas de la Deuda que consten en la Solicitud/Certificado;
- b. Si el Asegurado termina el plazo de la Incapacidad Temporal o se recupera de la misma, lo que ocurra primero. En caso que el Asegurado no notifique la conclusión del estado de incapacidad y siga beneficiándose de la cobertura del seguro, la Compañía suspenderá el pago de la indemnización y solicitará al Asegurado el reintegro de lo pagado indebidamente. El Asegurado deberá realizar la devolución de los dineros a más tardar treinta (30) días después de la solicitud que le realice la Compañía.
- c. El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera del territorio de la República de Costa Rica;

## 16. Terminación de la póliza

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

- a. Por falta de pago de la prima por parte del Contratante de la Póliza al término del Período de Gracia.
- b. Cuando en el aniversario de la Póliza el número de Asegurados Principales en el contrato es menor a la base mínima de diez (10) Asegurados titulares, y en el caso en que el Contratante comunique la no aceptación de la modificación tarifaria o no se manifestara dentro del plazo de diez (10) días hábiles, contado a partir del recibo de la propuesta de modificación de tarifa, se procederá con la terminación del contrato de seguro colectivo, en cuyo caso la Compañía lo notificará por escrito al Contratante y a los Asegurados bajo el mecanismo de comunicación previsto con el fin de no verse afectados en sus intereses.
- c. Cuando el Contratante, por su parte, decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza, previa aplicación del mecanismo de comunicación previsto para los Asegurados con el fin de no verse afectados en sus intereses.

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

#### **17. Nulidad absoluta de derechos**

**Este contrato quedará nulo, de manera absoluta o relativa según corresponda, y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas determine que el Contratante, el Asegurado, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por el representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviene del Contratante, o el Asegurado, o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas; hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.**

#### **18. Prescripción de las acciones derivadas de la póliza de seguro**

Las acciones que se derivan de la presente 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.

#### **19. Aceptación Automática de la Propuesta:**

Este seguro opera bajo inclusión automática, motivo por el cual usted queda asegurado a partir de la fecha de inclusión consignada, y según el ámbito de cobertura indicado y detallado en las Condiciones Generales del Seguro. Por tanto la Solicitud de Inclusión se convierte a la vez en el Certificado de Seguro manera automática y para ello la Solicitud/Certificado contiene la totalidad de información respecto de su aseguramiento.

#### **20. Perfeccionamiento del contrato**

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud de Seguro presentada por el Contratante, o bien, si la Compañía realiza una Propuesta de Seguro, con la aceptación que el Contratante hace de esta propuesta.

Cuando se trata de la Solicitud de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que esta solicitud cumpla con todos los requisitos de la Compañía y sea aceptada dentro del plazo máximo de treinta (30) días naturales. La Compañía podrá rechazar la solicitud dentro del mismo plazo de treinta (30) días naturales.

Cuando se trata de la Propuesta de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que el Contratante acepta los términos de esta propuesta dentro del plazo de quince (15) días hábiles. En caso de nuevos ajustes realizados por el Contratante a la Propuesta de Seguro, se entenderá como una nueva Solicitud de Seguro y la cobertura entra a regir a partir de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía conforme a esa nueva Solicitud de Seguro para lo cual tendrá un nuevo plazo de treinta (30) días naturales.

En el caso que sea pactada la inclusión automática de riesgos, la firma de la Solicitud/Certificado implicará la aceptación del aseguramiento individual.

## 21. Condiciones Generales:

La anterior información detalla únicamente ciertas secciones relevantes para análisis del tomador/asegurado de previo a la contratación. La totalidad de las condiciones contractuales deben ser consultadas en las Condiciones Generales de la póliza.

### SECCIÓN III - INFORMACIÓN SOBRE EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

**1. Identidad del Intermediario de Seguros:** SCOTIA CORREDORA DE SEGUROS S.A. se encuentra registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización número SC-12-114. **Información de registro en:** [http://www.sugese.fi.cr/mercado\\_seguros/sociedades\\_corredoras/](http://www.sugese.fi.cr/mercado_seguros/sociedades_corredoras/)

**1.1. Dirección:** Edificio Scotiabank costado NE de la Sabana

**1.2. Teléfono:** 2210-4700

**1.3. Fax:** 2210-4547

**1.4. Correo Electrónico:** [scotiaseguros@scotiabank.com](mailto:scotiaseguros@scotiabank.com)

**1.5.** El corredor de seguros está obligado a asesorar de manera profesional, imparcial e independiente a su cliente, basado en la revisión de las opciones de seguro disponibles en el mercado.

**1.6.** Durante los últimos 12 meses, de las comisiones de la sociedad corredora, la compañía de seguros que emite el contrato recomendado ha representado un total de 7.6%.

**1.7.** El número de entidades aseguradoras que comercializan esa línea de seguros es la siguiente diez (10)

**1.8.** Además de la comisión que recibe de la entidad aseguradora, podrá cobrar honorarios profesionales relacionados estrictamente con la prestación de sus servicios de asesoría profesional. En este caso dichos honorarios deben señalarse por escrito de previo a la contratación, indicando el detalle de la asesoría y dejando constancia en el expediente de la misma. Deberá expedirse un recibo independiente por el cobro de los honorarios profesionales al cliente.

**1.9.** El pago de la prima a un corredor de seguros NO implica la aceptación del riesgo por parte de la entidad aseguradora, o vigencia del contrato relacionado, a menos que el corredor le entregue el recibo oficial de la entidad aseguradora.

**1.10.** En caso de que el seguro se adquiera como requisito para la compra de un bien o servicio (sea una solicitud de crédito, compra de un artículo u otros) la Ley Reguladora del Mercado de Seguros define como un **DERECHO DEL CONSUMIDOR** la libre elección de la entidad aseguradora o del intermediario del seguro.

**1.11.** Los datos de carácter personal suministrados quedan tutelados por el derecho a la intimidad y confidencialidad, quedarán liberados por convenio escrito, donde se expresen los fines y el alcance de diseminación de los datos.

**1.12.** Le informamos que el banco paga sus Seguros de forma anual, para que pueda financiarlos mensualmente dentro de la operación crediticio, por lo que en caso de cancelar, de forma anticipada, su préstamo, dentro del monto de la liquidación se incluirá el costo total de las pólizas, razón por la cual deberá dirigirse a cualquiera de las Sucursales de Scotiabank y realizar la gestión correspondiente para cancelar dichos seguros y solicitar la devolución de los mismos. Cabe aclarar que la aseguradora tarda aproximadamente treinta (30) días hábiles para hacer el reintegro del dinero.