

## SEGURO COLECTIVO DE SALDOS DEUDORES PLUS – MONTO DECRECIENTE

### Trámite de reclamo

#### 1. 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: [reclamoscr@assanet.com](mailto:reclamoscr@assanet.com).

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

#### 2. 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 el 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.

**Nota: La Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar cualquier otro requisito necesario para el análisis del caso.**

### **3. 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.