

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°956), 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

- Identidad de la Entidad Aseguradora:** ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (en adelante "ASSA COMPAÑÍA 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.
- Calificación de Riesgo Vigente:** AAA (cri), otorgada por la empresa Fitch Ratings Centroamérica (www.fitchca.com). La Perspectiva de la calificación es Estable.
- Perfil empresarial:** ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. subsidiaria de ASSA Compañía Tenedora, S.A. y con presencia en toda Centroamérica.
- Opciones de Comunicación:** Las oficinas de ASSA COMPAÑÍA 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. Su página web está disponible bajo la dirección www.assanet.cr.
- 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 COMPAÑÍA 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.
- 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., puede optar por las siguientes opciones y procedimientos:
 - 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.
 - Queja formal escrita:** El Tomador/Asegurado puede presentar un reclamo escrito en las oficinas de ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., o bien por medio de fax o correo electrónico, todo conforme a los datos de contacto antes indicados.
 - 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).
 - 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.sugese.fi.cr/mercado_seguros/Defensorias_asegurados.html y/o en www.assanet.cr. 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.
 - 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.
- 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.

SECCIÓN II - INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS

- Nombre del Producto y Código de Registro:** SEGURO COLECTIVO DE SALDOS DEUDORES – MONTO DECRECIENTE CREDITICIO, registrado en la Superintendencia General de Seguros (www.sugese.fi.cr) bajo el registro número bajo el registro número **P14-40-A05-764** de fecha 18 de agosto del 2018, tanto en moneda dólares como en colones.
- 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.

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 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. COBERTURA ADICIONAL

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 siguiente Cobertura Adicional.

7.2.1. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Siempre y cuando se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la Prima correspondiente, 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.

La Compañía hará efectivo el derecho que otorga esta cobertura, sujeto a las condiciones contratadas de esta Póliza, una vez que el Asegurado presente la declaratoria de invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros o la medicatura forense del Poder Judicial.

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.

Para esta cobertura también son considerados como Incapacidad Total y Permanente lo siguiente:

- a) La pérdida física de dos miembros (por miembros se refiere a la mano completa o al pie completo).
- b) La pérdida completa e irremediable de la vista en ambos ojos como resultado de una lesión accidental manifestada después de la emisión de esta cobertura.

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 presente Póliza.

- 8. 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.

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.

9. Exclusiones:

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).

2. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

8.1. 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.

8.2. 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. 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.

11. 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.

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.

12. 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.

13. 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.

14. 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"**.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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: DAVIbank Corredora de Seguros (Costa Rica) S.A. (antes 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/

- 1.1. **Dirección:** Edificio Scotiabank costado NE de la Sabana
- 1.2. **Teléfono:** 2210- 4700
- 1.3. **Fax:** 2210-4547
- 1.4. **Correo Electrónico:** seguros@davibank.cr
- 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.