

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA – MONTO ORIGINAL (COLONES)
DEBER DE INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO

Por este medio, en cumplimiento de lo indicado en el artículo 25 del Reglamento Sobre Comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10), se le informa al Asegurado en relación a los siguientes temas del **Seguro Colectivo de Vida – Monto Original (Colones)** con número de registro **P14-26-A05-376**.

1. **Nombre del Producto:** Seguro Colectivo de Vida – Monto Original (Colones).
2. **Riesgos asociados y beneficios:** Si un Asegurado fallece por cualquier causa estando su cobertura en vigor, y siempre que no se trate de una causa de exclusión de cobertura, la Compañía, al recibir por escrito las pruebas fehacientes de su fallecimiento, pagará:
 - i. A la entidad financiera la Suma Asegurada que será igual al saldo de la deuda a la fecha de la muerte del Deudor, lo cual incluirá los intereses corrientes no pagados por el deudor; y
 - ii. a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del Contratante, según corresponda, la diferencia entre el Monto Original y el saldo de la deuda (remanente) a la fecha de la muerte del Deudor.

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.

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 Asegurados**

El Asegurado está obligado a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado, 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 reticencia 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 reticencia 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, según corresponda, deberán 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 Asegurado deberá comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula “**AVISO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN**” contenida en las Condiciones Generales seguro. 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 Asegurado deberá demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberá 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 dispongan las Condiciones Particulares.

4. **Fraccionamiento de primas (recargos y descuentos):** Sobre la prima que pague el Contratante, se podrán aplicar recargos o descuentos, según sea el caso, dependiendo del resultado del análisis del riesgo según los factores de experiencia, medidas preventivas o de protección, entre otros. En la modalidad contributiva no se otorgarán descuentos. Con respecto a la modalidad no contributiva se otorgarán descuentos hasta del hasta del 60% sobre la Tabla de Mortalidad de Costa Rica Tabla de Vida completa 2000 – 2005 al 100% (por cada mil) para aquellos Colectivos de Vida donde la experiencia de mortalidad, en particular, lo permita y sea suficiente para cubrir el riesgo. Los recargos pueden ser entre un 5% y un 25%.

En caso que se acuerde un pago fraccionado de la prima (periodicidad de pago menor al año), lo cual constará en las Condiciones Particulares, podrán aplicarse los siguientes recargos máximos:

- Pagos semestrales: 5% en colones.
- Pagos cuatrimestrales: 8% en colones.
- Pagos trimestrales: 10% en colones.
- Pagos bimestrales: 11% en colones.
- Pagos mensuales: 12% en colones.

5. **Código de registro del producto en la Superintendencia:** P14-26-A05-376.

6. **Requisitos para el aseguramiento y declaraciones necesarias para la evaluación del riesgo:** La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.

7. Coberturas:

a) Coberturas básicas:

- **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:** Si un Asegurado fallece por cualquier causa estando su cobertura en vigor, y siempre que no se trate de una causa de exclusión de cobertura, la Compañía, al recibir por escrito las pruebas fehacientes de su fallecimiento, pagará: (i) a la entidad financiera la Suma Asegurada que será igual al saldo de la deuda a la fecha de la muerte del Deudor, lo cual incluirá los intereses corrientes no pagados por el deudor; y (ii) a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del Contratante, según corresponda, la diferencia entre el Monto Original y el saldo de la deuda (remanente) a la fecha de la muerte del Deudor con sujeción a las estipulaciones de esta póliza. Esta cobertura de Muerte por cualquier causa ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las características de riesgo únicas y propias del Asegurado y no será transferible.

Se excluye de la Suma Asegurada, pagada a la entidad financiera, los intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar, si los hubiere

- b) **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, el Contratante y la Compañía podrán adicionar la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es):

- **COBERTURA DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Si un Asegurado es declarado total y permanentemente incapacitado, estando su cobertura en vigor, y siempre que no se trate de una causa de exclusión de cobertura, la Compañía, al recibir por escrito las pruebas fehacientes de la Incapacidad Total y Permanente, la adelantará: (i) a la Entidad Financiera (Contratante) la Suma Asegurada que será igual al saldo de la deuda a la fecha de la declaración de Incapacidad Total y Permanente del Deudor y al (ii) al Deudor (Asegurado), la diferencia entre el Monto Original y el saldo de la deuda a la fecha de la declaración de Incapacidad Total y Permanente del Deudor, pero el pago de dicha suma se hará a razón de un sesentavo (1/60) de la suma por cada mes que el Asegurado permanezca en estado de Incapacidad Total y Permanente.
- **COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS:** Si un Asegurado de esta cobertura fallece durante la vigencia de la misma, la Compañía pagará una suma adicional a la suma asegurada de su cobertura básica de Muerte por Cualquiera Causa, al momento en que los beneficiarios presenten el certificado médico de defunción.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente primero

a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que el pago de la suma asegurada que le corresponde sea igual o mayor al pago que en virtud de esta cobertura tenga que efectuar la Compañía. En caso que no hubiera beneficiarios declarados por el Asegurado, la Compañía no podrá adelantar el pago y se deberá presentar una notificación detallando los herederos legales del Asegurado.

- **COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, es declarado total y permanentemente incapacitado, la Compañía pagará la Suma Asegurada respectiva de la siguiente manera: (i) al Beneficiario Oneroso (Contratante), se pagará un monto igual al saldo de la deuda del Asegurado a la fecha de la declaratoria de incapacidad total y permanente, lo cual incluirá los intereses correspondientes no pagados por el deudor, y (ii) al Asegurado, se pagará un monto igual al remanente luego de restarle al Monto Asegurado el monto efectivamente pagado al Beneficiario Oneroso. Se excluye de la Suma Asegurada los intereses moratorios si los hubiere, las comisiones, o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar o por pagar. Lo anterior, una vez que la Compañía reciba las pruebas satisfactorias de la existencia y de la continuación de la incapacidad total y permanente

8. **Límites Máximos de Responsabilidad:** Como Suma Asegurada se entenderá el Monto Original; se contempla el capital y los intereses corrientes no pagados por el deudor asegurado, correspondientes de cada Deudor por el crédito amparado en esta Póliza.

La Suma Asegurada (suma convenida) no excederá del Monto Original. El Contratante es responsable de declarar como Suma Asegurada el Monto Original y el importe del saldo insoluto de cada Deudor al inicio de cada mes. A la vez, será responsable por dejar de listar en cualquier tipo de informe dirigido a la Compañía a los asegurados que: (i) hayan dejado de ser miembros elegibles; o (ii) hayan cancelado la totalidad del saldo insoluto al Contratante. La obligación de la Compañía con relación a dichos asegurados quedará limitada a devolver las primas pagadas de los últimos doce (12) meses.

Se excluye de la Suma Asegurada los intereses moratorios, si los hubiere, ni las comisiones, o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar o por pagar.

Por su parte, los Límites de Responsabilidad aplicables a las Coberturas Adicionales, son los que seguidamente se detallan:

- **COBERTURA DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** La Suma Asegurada de la cobertura de Renta por Incapacidad Total y Permanente, corresponderá al Monto Original de la deuda. Los pagos que la Compañía efectúe por Renta por Incapacidad Total y Permanente reducirán la Suma Asegurada de su cobertura de Muerte por Cualquiera Causa. Al momento del fallecimiento del Asegurado, se pagará la diferencia, si la hubiere, a los beneficiarios designados en una sola exhibición.
- **COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS:** La suma asegurada de esta cobertura corresponde a lo que resulte menor, entre (i) el diez por ciento (10%) del Monto Original; (ii) la diferencia entre el Monto Original y el saldo de la deuda a la fecha de la muerte del Deudor que se expresa en las Condiciones Particulares de la póliza, o (iii) la suma indicada de ₡1,620,000,00 (un millón seiscientos veinte mil colones). La suma asegurada de este es adicional y no será descontada de la liquidación final de la suma asegurada de del Monto Original, a que los beneficiarios tengan derecho.
- **COBERTURA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Como Suma Asegurada se entenderá el Monto Original; se contempla el capital y los intereses corrientes no pagados por el deudor asegurado, correspondientes de cada Deudor por el crédito amparado en esta póliza. Se excluye de la suma asegurada los intereses moratorios si los hubiere, las comisiones, o cualquier otro cargo financiero dejado de pagar o por pagar. Cuando la Compañía haya pagado por esta cobertura, se cancelará automáticamente la totalidad del Seguro para el Asegurado indemnizado.

9. Exclusiones:

I. EXCLUSIONES GENERALES

Serán causas de exclusión:

1. **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.**
2. **En casos de créditos hipotecarios, los deudores deberán vivir bajo el mismo techo para poder asegurarse mancomunadamente. En caso de asegurados mancomunados, si en algún momento, alguno de los asegurados deja de vivir bajo el mismo techo, de forma permanente o indefinida, el seguro de vida queda automáticamente cancelado para efectos del Asegurado que dejó de vivir en el mismo techo. La Compañía no indemnizará siniestro por muerte del Asegurado que dejó de vivir en el mismo techo, y estará**

obligada a devolver al Contratante las primas pagadas.

Las partes convienen que la Compañía no pagará la indemnización correspondiente a la diferencia entre el Monto Original y el monto insoluto del saldo del préstamo de cada Deudor cuando la muerte sea causada, directa o indirectamente, por o a consecuencia de alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

3. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas.
4. Energía nuclear en cualquier forma;
5. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, deslizamientos de tierras, inundaciones, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y otros;
6. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, bomberos, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo.
7. Infracción de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo y otras normas legales vigentes cuando estas sean objeto de sanciones de conformidad con el Código Penal vigente del país en que ocurra el evento;
8. Participación en comisión o intento de comisión, por parte del Asegurado, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto;
9. Participación del Asegurado en motines, riñas o huelgas.

II. EXCLUSIONES ESPECIALES APLICABLES A LA COBERTURA ADICIONAL RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Las partes convienen en que la cobertura de Renta por Incapacidad Total y Permanente no pagará suma alguna por aquella Incapacidad Total y Permanente causada por alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

1. Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
2. Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
3. 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.
4. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas. Huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
5. 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).
6. 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.
7. 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.

III. EXCLUSIONES ESPECIALES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Las partes convienen en que la cobertura de Incapacidad Total y Permanente no pagará suma alguna si es causada por alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

1. Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
2. Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
3. 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.
4. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas. Huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
5. 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).

6. 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.
 7. 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.
10. **Periodo de Carencia:** En esta póliza no aplicará ningún Periodo de Carencia.
11. **Deducibles:** Este seguro no aplica deducibles sobre ninguna cobertura.
12. **Vigencia del Seguro:** El presente Contrato entrará en vigor a partir del momento en que la Compañía acepte el riesgo y el Tomador proceda con el pago de la prima. Bajo condiciones normales, las coberturas incluidas en la póliza expirarán una vez cumplidas las veinticuatro horas de la fecha señalada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro.
Esta póliza podrá ser renovada por periodos anuales, siempre que se reciba en la Compañía el pago oportuno de las primas en el modo convenido en las Condiciones Particulares. La Compañía podrá cambiar las primas a la renovación de la póliza según lo expresado en la cláusula “**PRIMAS**”; y la definición de “**Renovación de la Póliza**”.
13. **Monto de la Prima y Procedimiento de Pago:** Las primas serán calculadas según el método indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, y las mismas dependerán del Monto Original de la deuda, sujeto al derecho de la Compañía, de acuerdo con la estipulación de la cláusula “**PRIMAS**”, a cambiar la tarifa que se utilizará para el cálculo de las primas.
Si las primas se pagan mensualmente, las mismas se determinarán multiplicando la suma asegurada total en vigor en la fecha de vencimiento de la prima, por la tarifa mensual entonces en vigor; las primas mensuales para el seguro pueden ser calculados por cualquier otro método mutuamente convenido que produzca aproximadamente la misma cantidad total.
Las primas serán pagaderas con periodicidad anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual, éstas serán calculadas por método mutuamente convenido por la Compañía y el Contratante.
14. **Formas de pago:** El seguro opera mediante la deducción automática a partir de la firma de la Solicitud de Inclusión para que ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. deduzca del pago del monto del préstamo mensualmente los pagos por concepto de primas que se generen por este seguro.

15. Procedimiento para informar el siniestro:

- 15.1. **Aviso del siniestro y Proceso de Reclamación:** El Contratante o el Beneficiario, al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro debe comunicarlo tan pronto tenga conocimiento de ello a la Compañía por cualquier medio, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. El plazo para dar el aviso del siniestro no deberá exceder de treinta (30) días calendario desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que se tuvo conocimiento del mismo. 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.
Si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo. De otra forma, el aviso de siniestro o presentación de pruebas dentro de los límites de tiempo estipulados en esta cláusula no invalidará ni reducirá la reclamación si no fue razonablemente posible dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

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

1. Carta del tomador solicitando el pago de la indemnización; además debe indicar: i) Su anuencia a lo dispuesto en la cláusula “**INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS**” sobre el acceso a la información para evaluar la legitimidad de la reclamación, sus causas y circunstancias; ii) nombre del Asegurado; iii) número del documento de identidad; iv) número de operación crediticia; v) fecha de inclusión y; vi) saldo de la deuda a la fecha del siniestro.
2. Fotocopia del documento de identidad del Deudor;
3. Certificado emitido por el Registro Civil original, con el tomo, folio y asiento que demuestre el estado civil del Deudor como fallecido.

16. **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.

17. Causas de Extinción del Contrato: El seguro del terminará automáticamente cuando cualquiera de lo siguiente ocurra primero:

- En la fecha de Vencimiento de la Póliza;
- A la cancelación de la deuda;
- Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago;
- Cuando se notifique la terminación de la póliza al vencimiento del periodo de gracia;
- Cuando el Asegurado deja de ser elegible;
- Cuando aplique la cláusula "INDISPUTABILIDAD".
- Cuando aplique la cláusula "NULIDAD DEL CONTRATO";

18. Derecho de retracto: Para esta póliza no aplica el derecho de retracto.

19. Derecho a recibir respuesta: El Asegurado tendrá a respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante la Compañía, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales.

20. Aceptación de la Solicitud de Indemnización: En los casos en que sea aceptada por la Compañía la solicitud de indemnización presentada por el Consumidor de Seguros se le comunicará esta decisión mediante el medio que se haya establecido para esto y la Compañía procederá al pago o la ejecución de la prestación, dentro de un plazo de máximo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la aceptación del reclamo.

21. Rechazo de la Solicitud de Indemnización: En caso de que se determine que el siniestro no posee cobertura o existen diferencias en relación con el monto de reclamación, se solicitará aprobación a la Gerencia de Reclamos para declinar e informar al Consumidor de Seguros por escrito de la decisión mediante una resolución motivada la cual deberá de explicar las razones de la decisión y que permita una clara y adecuada comprensión de los motivos de la decisión adoptada, exponiendo los hechos y la disposición contractual en que se fundamenta.

Se deberá de acreditar las pruebas que de manera fehaciente motiven el rechazo salvaguardando la tutela de la información sensible y no divulgada de la Compañía. Para ello, se deberá de informar detalladamente, los motivos que sustentan el rechazo especialmente cuando se deba al origen de una exclusión prevista en la póliza de seguros. En la citada comunicación, la Compañía pondrá en conocimiento del Consumidor de Seguros, las diferentes instancias a las que podría acudir en el supuesto que no se encuentre conforme con los fundamentos que sustentan el rechazo del siniestro.

De tal forma, como Asegurado bajo esta póliza colectiva, declaro expresamente haber entendido y leído con detenimiento la información previa relacionada con el contrato de seguros indicado anteriormente.

Como Asegurado, acepto haber recibido la información previa relativa a los términos y condiciones del **Seguro Colectivo de Vida – Monto Original (Colones)**, 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 Colectivo de Vida – Monto Original (Colones)** 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 los dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P14-26-A05-376** de fecha **25 de febrero de 2017**.