

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS

SEGURO DE CANASTA PROTEGIDA

-MODALIDAD COLECTIVA-

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

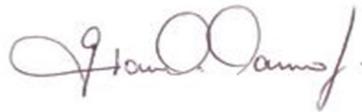
COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	8
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	8
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	8
3. SEGURO COLECTIVO.....	8
4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	8
5. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA	9
ÁMBITO DE COBERTURA	9
SECCIÓN I: RIEGOS CUBIERTOS	9
6. COBERTURAS BÁSICAS	9
6.1. COBERTURA DE ROBO Y DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES TOTALES A BIENES ADQUIRIDOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO	9
6.2. COBERTURA DE RENTA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL TARJETAHABIENTE.....	10
6.3. COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.....	10
6.4. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE.....	10
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD ..	11
7. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTOS).....	11
8. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DE LAS COBERTURAS.....	11
SECCIÓN III: EXCLUSIONES	11
9. EXCLUSIONES	11
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA	14
10. LÍMITES TERRITORIAL	14
11. VARIOS INTERESES – LÍMITES APLICABLES	14
12. PERMANENCIA/EDAD.....	15
SECCIÓN V: DEDUCIBLES	15
13. DEDUCIBLES APLICABLES A LAS COBERTURAS	15
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
14. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
15. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO	17
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	17
16. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	17
17. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIOS.....	17
18. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE).....	19
19. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO	19

(OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)	19
20. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)	19
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	19
21. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS.....	19
22. FORMA DE PAGO.....	20
23. PERIODO DE GRACIA	20
FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA	20
24. TARIFAS	20
RECARGOS Y DESCUENTOS	21
25. RECARGOS Y DESCUENTOS	21
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	21
26. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO	21
27. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO.....	23
28. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUCIÓN DE RECLAMOS.....	23
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	23
29. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL CONTRATO	23
30. PRÓRROGA DEL CONTRATO	23
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)	24
31. PERIODO DE COBERTURA	24
32. PERIODO DE CARENCIA.....	24
33. NULIDAD DE LA PÓLIZA	24
34. INTERES ASEGURABLE	24
35. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA	25
36. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.....	25
37. COMPROBACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE DESEMPLEO.....	25
38. ELEGIBILIDAD	25
39. MODIFICACIONES.....	26
40. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD	27
41. REHABILITACIÓN	27
42. SUBROGACIÓN	27
43. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO	27
44. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	27
45. MONEDA	28
46. PROTECCIÓN DE DATOS.....	28
47. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO	28
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	28
48. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	28
49. LEGISLACIÓN APLICABLE	28
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	29
50. NOTIFICACIONES	29

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la “Compañía”), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Contratante” o “el Tomador” y/o el “el Asegurado” en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Asegurado”) a la Compañía.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

DEFINICIONES

Para todos los efectos, los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **Accidente:** Es la acción repentina, súbita, inesperada, involuntaria y violenta, cuya fecha se encuentra determinada, de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas y la cual ha sido la causa directa de la muerte daño físico, o incapacidad permanente del Asegurado. Incluye dentro de este concepto la acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el Asegurado, como consecuencia del mismo. Para efectos de la presente Póliza se considera Accidente: El homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento involuntario por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. **Igualmente y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente el Suicidio o el SIDA.**
2. **Addendum:** Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares o Addendum previo de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como condición especial de la Compañía para la aceptación del contrato. En plural se denomina Addenda. El Addendum y/o las Addenda será(n) perfeccionado(s) mediante documento(s) por separado y que constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.
3. **Asegurado:** Es la persona física que se adhiere al Seguro Colectivo y que cumple con las condiciones de asegurabilidad establecidas en este Seguro y que en sí misma está expuesta al riesgo y se encuentra registrada en la Solicitud/Certificado.
4. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
5. **CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social.
6. **Cancelación:** Es la terminación de los efectos de una póliza prevista en el Contrato de Seguro ya sea por decisión unilateral o por mutuo acuerdo.
7. **Cláusulas:** Son las disposiciones establecidas en el Contrato de Seguro a través de las Condiciones Generales y Particulares.
8. **Coaseguro:** Es cuando el Contrato de Seguro se suscribe de una parte por el Asegurado y de otra parte, por varios aseguradores que asumen con entera independencia, los unos de otros, la obligación de responder separadamente de la parte del riesgo que les corresponda.
9. **Coberturas:** Son aquellas protecciones que otorga la Compañía en el Contrato de Seguro.
10. **Condiciones Generales:** Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recogen los principios básicos que regulan este Contrato de Seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe la Compañía. Incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes contratantes e incorporan las condiciones especiales. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
11. **Condiciones Particulares:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario(s), vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.
12. **Conducto De Pago:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Asegurado por su cuenta y riesgo podrá optar, para su facilidad, a realizar el (los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Asegurado no le exime de su responsabilidad de que el (los) pago(s) llegue al domicilio de la Compañía.
13. **Consentimiento:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Tomador y la Compañía, determinado en el Contrato de Seguro.
14. **Contrato de Apertura de Crédito o Débito en Cuenta Corriente de Emisión y Uso de Tarjeta de Crédito o Débito:** Documento legal que regula las condiciones y procedimientos, así como también estipula las responsabilidades de cada una de las partes, Entidad Financiera y Tarjetahabiente, con que se procederá en referencia a la Cuenta de Crédito o Débito autorizada por el Entidad Financiera y aceptada por el Tarjetahabiente.
15. **Contrato de Seguro:** Es el contrato mediante el cual la entidad aseguradora se obliga a aceptar a cambio de una prima, la transferencia de riesgos asegurables y se obliga contractualmente, ante el acaecimiento de un riesgo, a indemnizar al Beneficiario de la cobertura por las pérdidas económicas sufridas o a compensar un capital, una renta y otras prestaciones convenidas. El Contrato de Seguro se constituye en la póliza compuesta por los Addenda, Condiciones Particulares, Condiciones Generales, y Declaraciones

- del Asegurado.
16. **Cuenta de Crédito o Débito:** Registro contable en el cual se acumulan cargos por financiamientos o prestaciones de servicios a cargo del deudor, así como en donde se aplican los pagos o amortizaciones efectuadas a favor del Tarjetahabiente (en el caso de Tarjetas de Crédito), o bien, en el cual se acumulan cargos contra los fondos propios del Tarjetahabiente (en el caso de Tarjetas de Débito).
 17. **Daño Material Accidental Total:** Se entiende como tal aquel proveniente de un suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito que resulte en la pérdida funcional total e irreparable del bien o mercancía adquirida por el Asegurado mediante la utilización de su Tarjeta de Crédito o Débito relacionada con esta Póliza.
 18. **Datáfono:** Cualquier dispositivo o equipo para transmisión electrónica de datos utilizado en un Establecimiento Comercial para el cobro de una venta cuyo pago se realiza mediante una Tarjeta de Crédito o Débito, capaz de registrar por escrito los datos de la compra, incluyendo pero no limitados a: número o parte del número de la Tarjeta de Crédito o Débito con que se realiza la compra, nombre del establecimiento de comercio, fecha y hora de la compra, valor de la compra y número de autorización de la transacción.
 19. **Declaraciones del Asegurado:** Manifestación del Asegurado, o su representante, mediante la cual comunica la situación y estado de hechos que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular por parte de la Compañía. La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado o del Tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. El asegurador podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia o falsedad no son intencionales se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Asegurado o al Tomador, la Compañía estará obligada a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible al Asegurado respectivamente. La Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del seguro.
 20. **Deducible:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que afecten el siniestro; y tiene como finalidad que el Asegurado haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca un siniestro. El deducible que se haya establecido en las Condiciones Particulares se rebajará de la pérdida indemnizable que corresponda al Asegurado, una vez que se haya aplicado el porcentaje de infraseguro, el salvamento y la participación contractual a cargo suyo, si existiese.
 21. **Desempleo Involuntario:** Es la situación económica de un Asegurado Empleado por la pérdida total de todo trabajo y por lo tanto de salario, generada por el despido con responsabilidad patronal. Cuando el Empleado desempeña dos (2) o más trabajos simultáneamente, para efectos de la presente póliza se considerará que el Asegurado se encuentra desempleado cuando termina la última de sus relaciones laborales y deja de percibir totalmente algún ingreso.
 22. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
 23. **Enfermedades o Condiciones Preexistentes o Anteriores:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la adquisición del Seguro; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la contratación del Asegurado de la Póliza.
 24. **Entidad Financiera:** Es la persona jurídica que le emite al Tarjetahabiente una Tarjeta de Crédito o Débito como medio de pago para la adquisición de bienes y servicios en negocios autorizados o a recibir dinero en efectivo en los sitios indicados; por lo cual, el Tarjetahabiente asume la obligación de repagar el dinero utilizado y sus correspondientes intereses, comisiones bancarias y/o gastos pactados.
 25. **Entidad Aseguradora:** Denominado también Compañía es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora. Para efectos de este contrato, denominada la Compañía.
 26. **Empleado:** Para efecto de la presente Póliza, es la persona jurídica que desempeña un trabajo, que a cambio recibe una remuneración de un patrono bajo una relación laboral, y que cotiza como tal ante la Caja Costarricense del Seguro Social. El Empleado tiene que haber suscrito un contrato de trabajo por tiempo indefinido con su patrono, y debe haber estado trabajando para el mismo patrono por un término mayor a seis (6) meses con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales. **Los Trabajadores Independientes no serán considerados Empleados para efectos de esta Póliza.**
 27. **Establecimiento Comercial:** Para efecto del presente documento es la persona jurídica que ofrece bienes

- o mercancías para su venta al público, habilitada para tal efecto con un Datáfono funcional.
28. **Estado de Cuenta:** Reporte histórico que el Tomador envía al Tarjetahabiente en forma sistemática y periódica donde se registran todos los movimientos deudores y acreedores de las transacciones realizadas durante el período de tiempo estipulado, según la fecha de corte y modalidad de pago establecida para la Cuenta de Crédito o Débito de referencia.
 29. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente o una enfermedad, o del Robo de los bienes o mercancías adquiridas por el Tarjetahabiente mediante la utilización de su Tarjeta de Crédito o Débito, o de los Daños Materiales Accidentales Totales a los bienes o mercancías adquiridas por el Tarjetahabiente mediante la utilización de su Tarjeta de Crédito o Débito.
 30. **Fenomeno de la Naturaleza de Carácter Catastrófico:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano. Se consideran como tal, pero no se limitan a: el Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán.
 31. **Fuerza en las Cosas o Violencia sobre las Personas:** Acción realizada con el ánimo de sustraer ilegítimamente algún bien cubierto por ésta Póliza que implica utilizar violencia o amenazas sobre las personas o fuerza en las cosas afectando su funcionamiento y de lo cual quedan indicios visibles o constatables con posterioridad.
 32. **Grupo Asegurable:** Es el grupo natural de Asegurados sobre el que se hace la emisión de un seguro colectivo, quienes tienen una vinculación jurídica con el Tomador a través de una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.
 33. **Grupo Asegurado:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
 34. **Hora Contractual:** Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia de la póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
 35. **Hurto:** Apoderamiento ilegítimo de una cosa mueble total o parcialmente ajena sin el uso de fuerza, intimidación o violencia.
 36. **Incapacidad Total y Temporal:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual por un mínimo de sesenta (60) días naturales. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982- Publicada en La Gaceta No. 57 de 24 de marzo de 1982 (Costa Rica), y de manera particular, respecto de los porcentajes de incapacidad, en el Artículo 224 de la misma.
 37. **Interés Asegurable:** Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
 38. **Intermediario de Seguros:** Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas.
 39. **Límite de Responsabilidad:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en concepto de una cobertura particular según se muestra en las Condiciones Particulares.
 40. **Médico:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. Para todos los efectos, no será considerado como Médico: i) el Asegurado; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.
 41. **Modalidad Contributiva:** Se denomina así el seguro donde el asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.
 42. **Modalidad No-Contributiva:** Se denomina así el seguro donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
 43. **Periodicidad de Pago:** Frecuencia en la que el Asegurado se compromete a realizar los pagos de la prima (anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimensual o mensual) en el domicilio de la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares.
 44. **Período de Carencia:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha en la que el Asegurado toma la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
 45. **Período de Cobertura:** Se entiende que la cobertura es a “base de ocurrencia” porque cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes.
 46. **Plan:** Alternativa elegida por el Asegurado en la Solicitud/Certificado donde se indica claramente los

- Asegurados cubiertos, la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por esta Póliza.
47. **Póliza de Seguro o Póliza:** Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y la Solicitud/Certificado. Descrito en adelante como el “Seguro”.
 48. **Prima:** Es el Precio que deberá pagar el Contratante o Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra el riesgo contratado mediante el presente contrato.
 49. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
 50. **Propuesta de Seguro:** Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles.
 51. **Renovación de la Póliza:** No es una obligación contractual del asegurador ni tampoco del Asegurado. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del presente contrato con características idénticas o similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.
 52. **Riesgo(s):** Vulnerabilidad de los bienes objeto del seguro ante un posible o potencial perjuicio o daño. Es la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.
 53. **Robo:** Para efecto de esta Póliza, es el apoderamiento ilegítimo de un bien o mercancía contra la voluntad del dueño, utilizando Fuerza en las Cosas o Violencia sobre las Personas, incluyendo, pero no limitado al uso de armas, de medios hipnóticos o de narcóticos. El Robo deberá ser así declarado en firme por la autoridad judicial competente o en su caso la Compañía, la cual podrá tenerlo por cierto si existen suficientes elementos que dejen constancia de su ocurrencia.
 54. **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente Póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
 55. **Siniestro:** La ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.
 56. **Solicitud de Inclusión y Certificado de Seguro:** Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro.
 En tanto solicitud de seguro es la solicitud de ingreso al esquema de aseguramiento colectivo, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, por parte del aspirante a devenir Asegurado presentada a la Compañía.
 En tanto certificado de seguro, el documento adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento colectivo pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales.
 En el certificado de aseguramiento consta: i) Información propia de la solicitud de seguro; ii) El número de póliza colectiva y el tomador de la misma; iii) Número de registro del producto en la superintendencia; iv) Nombre, identificación y domicilio del o los asegurado(s); v) Créditos cuyos pagos son objeto de la cobertura; vi) Vigencia; vii) Monto de la prima, forma de pago y plan de pago; viii) Límite de responsabilidad. Es referido en la póliza como Solicitud/Certificado.
 57. **Solicitud de Seguro:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
 58. **Subrogación:** Son los derechos que correspondan al Asegurado contra un tercero, que en razón del siniestro se transfieren a la Compañía hasta el monto de la indemnización pagada.
 59. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
 60. **Suma Asegurada:** Es el monto máximo a cargo de la Compañía establecido por cada Siniestro y para cada cobertura incluida en la lista de Coberturas, de acuerdo al Plan contratado por el Asegurado.
 61. **Tarjeta de Crédito / Tarjeta de Débito:** Pieza plástica, con cinta magnética o dispositivo electrónico

adherido a la misma, en la que se almacena la información necesaria y autorización requerida, para ser utilizada como instrumento financiero de acceso a una Cuenta de Crédito o Débito.

- 62. Tarjetahabiente:** Es el cliente del Contratante a quien se le expide una Tarjeta de Crédito o Débito, que mantiene una Cuenta de Crédito o Débito con el Tomador.
- 63. Tarifa:** Factor, generalmente dado en porcentaje, que determinará la prima de la póliza.
- 64. Tomador o Contratante:** Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el Tomador la figura de Asegurado y Beneficiario del seguro. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro; y tiene el deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.
- 65. Trabajador Independiente:** Persona física que por sí misma y de forma independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no. Se entiende que es la persona que no tiene relación laboral con un Patrono, y ejecuta sus actividades profesionales o su oficio de forma independiente.
- 66. Vencimiento:** Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.
- 67. Vigencia de la Póliza:** Es el período durante el cual la aseguradora se compromete, mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.
- 68. Vigencia del Aseguramiento Individual:** Es el período durante el cual la Compañía se compromete, a brindar la cobertura al individuo incluido en el esquema de aseguramiento colectivo pactado. Se especifica en la Solicitud/Certificado de seguro.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Solicitud/Certificado, Solicitud de Seguro del Tomador y Addendum.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y las Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud/Certificado y Declaraciones del Tomador y/o Asegurado.

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. En los casos en que se adhieran nuevas Condiciones Particulares o Addenda a esta póliza, prevalecerán las estipulaciones de las nuevas Condiciones Particulares o Addenda sobre lo demás.

3. SEGURO COLECTIVO

Este es un Seguro Colectivo que podrá ser contratado en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Tomador con los Asegurados. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como “Tomador del Seguro Colectivo”. El deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

De la misma manera, tanto bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva la Compañía pagará una comisión de cobro al Tomador, la cual se definirá en las Condiciones Particulares de este Contrato de Seguro. La comisión contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el tomador en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud/Certificado 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/Certificado, 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.

5. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

En caso de que el contenido de esta póliza difiera de lo indicado en la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud/Certificado o Propuesta de Seguro, prevalecerá lo indicado en esta póliza. No obstante, la persona asegurada tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha en que se emita la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIEGOS CUBIERTOS

6. COBERTURAS BÁSICAS

6.1. COBERTURA DE ROBO Y DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES TOTALES A BIENES ADQUIRIDOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO

Por medio de esta Cobertura la Compañía indemnizará al Tarjetahabiente Asegurado hasta la suma establecida en el Solicitud/Certificado según el Plan contratado, el valor de los bienes o mercancías adquiridas mediante el uso de una Tarjeta de Crédito o Débito relacionada con esta Cobertura, y que la compra de este haya sido registrada en el Datáfono o equipo transmisor de datos electrónicos del Establecimiento Comercial vendedor de los bienes o mercancías, cuando las mismas:

- a. Sean robadas al Tarjetahabiente mediante la modalidad de atraco personal cometido por la fuerza o con violencia, en estado de indefensión, o bajo el efecto de drogas tóxicas o alucinógenos inducidos o suministrados por el tercero victimario, en el plazo o periodo de tiempo que se indique en la Solicitud/Certificado, los cuales sean posteriores a la hora de la adquisición del bien o mercancía robada, y que el hecho haya sido denunciado por el Tarjetahabiente Asegurado, a la correspondiente autoridad local dentro de las seis (6) horas siguientes al momento del atraco. En caso de imposibilidad para que el Asegurado reporte el atraco a las autoridades, podrá hacerlo algún tercero.
- b. Sufran Daños Materiales Accidentales Totales, siempre que estos ocurran dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de adquisición del bien mueble y que sea reportados a la Compañía dentro del mismo período.

Esta Cobertura amparará hasta el máximo número de Eventos que se indiquen en la Solicitud/Certificado, que afecten a los bienes o mercancías adquiridas por el Tarjetahabiente mediante la utilización de su Tarjeta de Crédito o Débito durante la Vigencia de la Póliza, siempre que no se trate del máximo número de Eventos de Robo en la misma vigencia, en cuyo caso la Compañía solo reconocerá el primer Evento; y la suma total a indemnizar por la Compañía por los siguientes Eventos no podrá exceder el valor establecido como Suma Asegurada para la Cobertura en el Plan seleccionado por el Asegurado registrado en la Solicitud/Certificado.

6.2. COBERTURA DE RENTA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL TARJETAHABIENTE

Cuando el Asegurado fallezca por causa accidental no excluida en la presente Póliza, la Compañía pagará a el(los) Beneficiario(s) de este seguro el número de mensualidades iguales y consecutivas según el Plan elegido, las cuales se indican en la Solicitud/Certificado, siempre que fallezca en un Evento cubierto que ocurra durante la Vigencia de la Póliza; o cuando a consecuencia de un Evento cubierto que ocurra durante la Vigencia de la Póliza, el Asegurado fallezca y su fallecimiento se registre oficialmente dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.

6.3. COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

En caso que el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario, y que como resultado del Desempleo pierda la totalidad de sus ingresos, la Compañía abonará a la Tarjeta de Crédito o Débito del Asegurado el pago mensual estipulado según el Plan contratado, por el período definido en la tabla de Tarifas de la Póliza, siempre y cuando el Asegurado se encuentre en dicha condición de Desempleo Involuntario.

La obligación de la Compañía de llevar a cabo los correspondientes pagos mensuales a la Tarjeta de Crédito o Débito inicia una vez que se hayan cumplido sesenta (60) días naturales, posteriores a la fecha en que se haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado. De cualquier forma, el pago que realice la Compañía será un monto mensual fijo, según se establezca en la Solicitud/Certificado y el mismo no estará obligado ni asociado a cubrir ninguna otra obligación o deuda que tenga el Tarjetahabiente Asegurado.

Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario deberá dar aviso inmediato a la Compañía del cambio en su situación laboral, y simultáneamente la Compañía suspenderá los Pagos Mensuales correspondientes. En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario y no le notifique dicho cambio a la Compañía, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere, la devolución de los pagos mensuales que hizo a la Tarjeta de Crédito o Débito sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha Cobertura.

Esta Cobertura no opera cuando el Tarjetahabiente Asegurado desarrolla simultáneamente dos (2) o más trabajos, y pierde solo uno de ellos, aún sea con responsabilidad del patrón, por considerarse que no ha perdido la totalidad de sus ingresos.

Esta Cobertura la dejará de pagar la Compañía al Asegurado cuando ocurra alguna de las siguientes condiciones, la que ocurra primero:

- i. Cuando la Compañía haya cubierto el número total de pagos mensuales acordados;**
- ii. Cuando el Asegurado fallezca;**
- iii. Cuando el Asegurado sea contratado y deje de estar en condición de Desempleo Involuntario.**

En caso de Siniestro, el Tomador y/o el Asegurado deberá completar satisfactoriamente lo indicado en la cláusula “**PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO**” establecido en la presente Póliza, para el caso específico de la cobertura de “**DESEMPLEO INVOLUNTARIO**”.

6.4. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

En caso que el Asegurado en su condición de Trabajador Independiente sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, impidiéndole ejercer su trabajo u ocupación habitual, la Compañía abonará a la Tarjeta de Crédito o Débito del Asegurado el monto mensual estipulado en la Solicitud/Certificado de esta Póliza, por el período elegido que se establece en el Solicitud/Certificado, siempre y cuando el Asegurado se encuentre en dicha condición de Incapacidad Total Temporal.

De cualquier forma, el pago que realice la Compañía será un monto mensual fijo, según se establezca en la Solicitud/Certificado y no estará obligado ni asociado a cubrir ninguna otra obligación o deuda que tenga el Tarjetahabiente Asegurado.

Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Incapacidad Total Temporal, deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio en su estado de salud, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades. En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Incapacidad y no le notifique dicho cambio en su estado de salud a la Compañía, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere, la devolución de los pagos que hizo a la Tarjeta de Crédito o Débito sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha cobertura.

Esta cobertura aplicará únicamente para Asegurados que sean Trabajadores Independientes y la Compañía dejará de pagarla al Asegurado cuando ocurra alguna de las siguientes condiciones, la que ocurra primero:

- i. **Cuando el Asegurado fallezca;**
- ii. **Cuando un Médico especialista dictamine al Asegurado la terminación de su Incapacidad Total Temporal;**
- iii. **Cuando la Compañía haya cubierto el número total de pagos mensuales acordados.**

En caso de Siniestro, el Tomador y/o el Asegurado deberá completar satisfactoriamente lo indicado en la cláusula **“PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO”** establecido en la presente Póliza, para el caso específico de la cobertura de **“INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE”**.

Las coberturas de “DESEMPLEO INVOLUNTARIO” e “INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE” son excluyentes entre sí, por lo cual un Asegurado no podrá estar amparado bajo ambas coberturas a la misma vez.

SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

7. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTOS)

El objeto de la presente póliza consiste en amparar el Interés Asegurable del Contratante y/o del Asegurado Tarjetahabiente, por los cargos que efectúe utilizando su Tarjeta de Crédito o Débito, que haya sido emitida en la República de Costa Rica por el Contratante, e identificada debidamente en el registro del mismo, a partir del momento de expedición de la Póliza y del Solicitud/Certificado.

Se trata entonces de una póliza que posibilitará la indemnización al Asegurado Tarjetahabiente por el Robo o Daño Material Accidental Total de un bien o mercancía adquirido con una Tarjeta de Crédito o Débito asociados a la póliza. Adicionalmente, ampara contra riesgos relacionados con la muerte accidental del Asegurado Tarjetahabiente, Desempleo Involuntario, e Incapacidad Total y Temporal Accidental.

8. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DE LAS COBERTURAS

Los Límites de Responsabilidad de cada Cobertura dependerán del tipo de plan que tenga contratado el Asegurado. El Límite de Responsabilidad correspondiente a cada Asegurado estará indicado en la Solicitud/Certificado.

En todo caso, los Límites de Responsabilidad o Suma Asegurada para los riesgos cubiertos serán detallados en las Condiciones Particulares de la póliza y en la Solicitud/Certificado. Lo anterior será aplicable todos los tipos de coberturas que ampara el presente producto.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

9. EXCLUSIONES

Para efectos de la presente Póliza, no serán considerados como bienes o mercancías aseguradas, el dinero en cualquiera de sus formas, los cheques de viajero, billetes, estampillas y pasajes, pagarés, relojes, joyas, alhajas y piedras preciosas, o los animales y plantas naturales, bienes consumibles o perecederos incluyendo pero no limitado a

alimentos, medicamentos, combustible y explosivos. Tampoco serán considerados como bienes asegurables los automotores, motocicletas, scooters, aeronaves, barcos, veleros y cualquier otro vehículo que requiera licencia para circular, como así también sus partes y accesorios, equipos deportivos durante su utilización y bienes comprados usados incluyendo antigüedades.

De ocurrir el Evento que afecte al Asegurado por alguno de los hechos o circunstancias que se señalarán a continuación, o de aquellas que declaran la nulidad del contrato de seguros total o parcialmente en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (“Ley N° 8956”) y sus correspondientes y posteriores reformas, se entenderá que no existe cobertura, y por ende se producirá la terminación del seguro para dicho Asegurado, no existiendo obligación alguna por parte de la Compañía.

9.1. PARA LA COBERTURA “ROBO Y DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES TOTALES A BIENES ADQUIRIDOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO”.

Se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro fuere causado por o durante:

- a) Hurto simple o desaparición sin violencia de los bienes o mercancías adquiridas por el Tarjetahabiente.
- b) Dolo y/o culpa grave del Tarjetahabiente Asegurado.
- c) Uso normal, desgaste o daños provenientes de vicios propios que deriven de una defectuosa fabricación o que generen la responsabilidad de garantía del fabricante y/o vendedor.
- d) Incendio o explosión externa al bien dañado, rayo, terremoto, temblor, erupción volcánica, tifón, huracán, tornado, ciclón, inundación, u otro Fenómeno de la Naturaleza.
- e) Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, o durante la participación activa del Asegurado en huelgas o riñas.
- f) Contaminación radioactiva.
- g) Falta de entrega o suministro del bien o mercancía adquirida por el Tarjetahabiente Asegurado.
- h) Pérdidas consecuenciales que sufra el Tarjetahabiente Asegurado con ocasión del Daño o Robo del bien adquirido, incluidas pero no limitadas a interrupción de negocios, demora, lucro cesante, retrasos, daño moral, pérdida de mercado o similares.
- i) Pérdidas en que legalmente el Tarjetahabiente Asegurado pueda cobrar u obtener reembolso de cualquier persona física o jurídica.
- j) El Robo o los Daños ocasionados a bienes o mercancías adquiridas por el Tarjetahabiente de manera ilícita o de contrabando.

9.2. PARA LA COBERTURA DE “RENTA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL TARJETAHABIENTE” Y LA COBERTURA “INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE”

Se establecen como exclusiones los reclamos cuando el Siniestro fuere causado por o durante:

- a) Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

- b) Lesiones provocadas en estado de enajenación mental del Asegurado.
- c) Lesiones provocadas por el propio Asegurado.
- d) Lesiones sufridas por el Asegurado cuando esté participando activamente en acto delictivo o al margen de la ley.
- e) La práctica o participación del Asegurado en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.
- f) Por lesiones que pueda sufrir el Asegurado, causadas por arma cortante, cortopunzante o de fuego durante un atraco o intento de homicidio. Esta exclusión no aplicará, si el fallecimiento del Asegurado es originado por las lesiones indicadas en este punto.
- g) La prestación de servicios del Asegurado en el ejercicio activo de sus labores a las fuerzas de policía, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo. Esta exclusión no aplicará si el Asegurado no se encuentra en el ejercicio activo de sus labores, fuera de servicio, o en su periodo de vacaciones o descanso.
- h) La práctica o utilización de la aviación privada o militar del Asegurado, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado.
- i) Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.
- j) Un ataque de epilepsia o como consecuencia de éste.
- k) Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.
- l) La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos.
- m) Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.
- n) La realización o participación en una de las siguientes actividades: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta o parapente, artes marciales, boxeo, lucha libre o grecoromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido y tiro al blanco o cacería con arco;
- o) La participación en competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve.
- p) Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo de un embarazo iniciado durante la vigencia de la Póliza;
- q) Lesiones producidas al Asegurado, en virtud de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.
- r) Las siguientes enfermedades propias de la persona adulto mayor y que como tal sean diagnosticadas por primera vez al Asegurado después de haber cumplido los sesenta y cinco (65) años de edad: meningitis, encefalitis, atrofas, esclerosis, epilepsia, neuropatías, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadripeljía y paraplejía, hidrocefalos, enfermedad de Alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, trastornos en músculos y tendones, trastornos en la densidad y estructura ósea, osteopatías, enfermedad de cualquier tipo en la córnea o la retina, en el nervio óptico, o en las vías ópticas, alteraciones de la visión y ceguera, cataratas, glaucoma o refracción; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, oído externo, medio, medio y mastoides, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroides, diabetes, desnutrición, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis, diabetes melitus, cardiopatías, demencia por multi-infarto o la Corea de Huntington, cardiopatías e hipertensión.

9.3. PARA LA COBERTURA “DESEMPLEO INVOLUNTARIO”.

La Compañía no cubrirá el pago si el Asegurado:

- a) Entra en situación de Desempleo Involuntario en consecuencia de un despedido sin responsabilidad patronal. En caso que el Asegurado apele o inicie un proceso judicial en contra del patrono y sea necesaria una sentencia judicial, se deberá presentar copia certificada de la misma.
- b) Renuncia o pierde voluntariamente su trabajo.
- c) Es despedido por participar activamente en paros, disputas laborales o huelgas ilegales.
- d) Entra en situación de desempleo debido a cambios en su condición mental.
- e) Firmó o convino un contrato de trabajo con el Patrono de tiempo definido o determinado.
- f) Desempeña un cargo político de libre nombramiento y remoción.
- g) Se desempeña como Empleado de una empresa, industria o comercio cuya propiedad accionaria le pertenece en más de un cincuenta por ciento (50%) a un familiar del Asegurado hasta un segundo grado de afinidad o consanguinidad,
- h) Termina su contrato de trabajo sin responsabilidad para el patrono según lo define el Código de Trabajo de la República de Costa Rica.
- i) Entra en situación de Desempleo Involuntario durante el Período de Carencia.
- j) No ha trabajado para el mismo patrono por un período mayor a seis (6) meses, o ha trabajado durante los últimos seis (6) meses con una intensidad horaria menor a treinta (30) horas semanales.
- k) Si el Desempleo Involuntario es producto de la jubilación, retiro obligatorio o voluntario o ingreso al régimen de pensión del Asegurado.
- l) Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un despido anunciado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro para el Asegurado.
- m) Desarrolla simultáneamente dos (2) o más trabajos, y pierde solo uno de ellos, aún sea con responsabilidad del patrón.
- n) Tiene conocimiento de fusiones o adquisiciones de la empresa donde labora o si esto haya sido publicado en medios de comunicación.
- o) Tiene conocimiento, o es de público conocimiento, que la empresa donde labora tiene previsto o en marcha un plan de reestructuración de la fuerza laboral.

SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA

10. LÍMITES TERRITORIAL

Para la cobertura de “**DESEMPLEO INVOLUNTARIO**”, el siniestro deberá haber ocurrido dentro de los límites de Costa Rica de conformidad con la normativa costarricense, salvo que en el Solicitud/Certificado se estipule otra cosa.

Para las coberturas de “**RENDA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL TARJETAHABIENTE**”, “**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE**”, “**ROBO Y DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES TOTALES A BIENES ADQUIRIDOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO**” no existirá ningún tipo de limitación territorial.

11. VARIOS INTERESES – LÍMITES APLICABLES

Aún cuando esta póliza pudiera incluir los intereses de varias personas o entidades bajo la denominación de “el Asegurado”, la inclusión de varios intereses no implicará ni obrará de manera alguna para aumentar la responsabilidad de esta Compañía.

La indemnización a la cual se obliga a pagar la Compañía, salvo pacto en contrario, no podrá exceder del valor real del interés objeto de contrato al momento del siniestro o el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido. En todo caso, no podrá exceder la Suma Asegurada.

12. PERMANENCIA/EDAD

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados

En cualquier caso, cuando el Asegurado llega a cumplir la edades límites establecida en el acuerdo de las reglas de elegibilidad, en la Solicitud/Certificado y en estas Condiciones Generales la Compañía continuará otorgando cobertura siempre y cuando se opte mediante acuerdo con el Contratante al momento de la celebración del Seguro Colectivo, alguna de las siguientes opciones:

1. Aplicación automática de una tarifa especial, previamente negociada entre las partes, a partir de esa edad límite y para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro y sobre los plazos de créditos otorgables en determinada edad de la persona asegurable, o;
2. Realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance esa edad límite, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto y, por lo tanto, se proceda con la aplicación de un recargo especial o la exclusión del Asegurado de la Póliza de Seguro.

En caso de aplicarse análisis médicos que resulten en un recargo especial, la Compañía le comunicará al Asegurado una propuesta de cobertura en la que contendrá la nueva tarifa, debiendo responder su anuencia o renuencia a dicha propuesta de cobertura dentro del plazo de quince (15) días hábiles siguientes.

Estas reglas aplican también para aquellas personas que, al momento de solicitar una Cuenta de Crédito o Débito, han superado la edad límite, debiendo realizarse de todas maneras los correspondientes análisis médicos para verificar su estado de salud e integridad física.

Los rangos de edades para aplicación de tarifas especiales serán las siguientes:

Rango de Edades
18-64 años
65-79 años
80-84 años
85 años y más

SECCIÓN V: DEDUCIBLES

13. DEDUCIBLES APLICABLES A LAS COBERTURAS

Para las coberturas de **“RENDA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL TARJETAHABIENTE”, “INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE”, “ROBO Y DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES TOTALES A BIENES ADQUIRIDOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO”** no aplicará ningún deducible.

Para la cobertura de **“DESEMPLEO INVOLUNTARIO”**, notificado a la Compañía el Despido cumpliendo con todos los requisitos, aplicará un periodo de sesenta (60) días naturales, periodo en el cual cualquier pago que deba realizarse será asumido por el Asegurado a manera de Deducible, de manera que la Compañía, iniciará los pagos, si corresponden a partir de que se haya cumplido este periodo posterior a la fecha en que se haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

14. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado es el Beneficiario de las obligaciones que deba cumplir la Compañía bajo los términos y condiciones de la presente Póliza de Seguro.

En caso de fallecimiento de parte del Asegurado, la indemnización que se otorga en la cobertura **“RENDA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL TARJETAHABIENTE”** se le dará a el(los)

Beneficiario(s) de esta póliza, quien(es) será(n) designado(s) libremente por el Asegurado, al momento de suscribir esta Póliza de Seguro.

Si se designa más de un Beneficiario y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), el (los) Beneficiario(s) tendrán una participación igual. Si cualquier Beneficiario designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado Beneficiario terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos Beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en la designación de Beneficiario(s).

En caso que el Asegurado fallezca antes del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza de Seguro, y no haya designado Beneficiario(s) la indemnización será pagada a favor de las siguientes personas, de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- a) A los hijos, los padres y el consorte o el conviviente en unión de hecho del Asegurado. En caso que el conviviente esté separado legalmente o de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización. La indemnización se pagará de forma alícuota a todos los Beneficiarios del Asegurado;
- b) A falta de los Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos del Asegurado;
- c) A falta de los Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos por parte de madre del Asegurado;
- d) A falta de los Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos por parte de madre del Asegurado y los hijos de la hermana por parte de madre del Asegurado, los hermanos de los padres del Asegurado y los hermanos de la madre o del padre del Asegurado.
- e) En caso de no existir ninguno de los Beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá modificar los Beneficiarios de esta Póliza, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el Asegurado dirigido a la Compañía. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega de la anterior notificación en las oficinas de la Compañía. En caso que ocurra la muerte del Asegurado y la Compañía pague la indemnización a los Beneficiarios antes indicados o bien que se encuentren registrados en esta Póliza de Seguro, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a la Compañía con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

La designación, revocación o sustitución de Beneficiarios será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho. En caso que los Beneficiarios deban determinarse mediante un proceso sucesorio en sede Judicial o Notarial, el reclamo se podrá presentar por medio de cualquier interesado debidamente demostrado, sin embargo, según los términos anteriores, el pago respectivo quedará en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiario(s) a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiario(s), durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario(s) al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiario(s) en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

El beneficio de pago de la Suma Asegurada correspondiente a las coberturas “**DESEMPLEO INVOLUNTARIO**” e “**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE**”, será abonado, única y exclusivamente, a la Tarjeta de Crédito o Débito del Tarjetahabiente Asegurado.

15. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

El Asegurado o su(s) Beneficiario(s) perderán el derecho a cualquier BENEFICIO en los siguientes casos:

- a) Inobservancia a las condiciones de la Póliza;
- b) Al ser constatado o comprobado que el Asegurado o sus Beneficiarios o representantes de éstos actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la contratación de la Póliza o para obtener o mejorar el monto de los Beneficios.
- c) Si se demuestra que el Asegurado o sus Beneficiarios o representantes de éstos con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía disimulan o declaran inexactamente hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones al momento de brindar información acerca del Siniestro.
- d) Cuando con igual propósito al anterior no den el aviso de Siniestro dentro del plazo estipulado en esta póliza o no le remitan a tiempo la documentación y toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
- e) Por el incumplimiento o no ejecución por parte del Asegurado de aquellos actos establecidos en esta Póliza con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación a no ser que se pruebe que dicho incumplimiento no ha tenido influencia alguna en la producción del siniestro o en la agravación de sus resultados.

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

16. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

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

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

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

17. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIOS

El Tomador y/o Asegurado están obligados a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o Asegurados, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato.** La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la 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 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 Tomador, Asegurado y/o Beneficiario(s) deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula "**PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO**". **Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.**

Durante el trámite del reclamo, el Tomador, Asegurado y/o Beneficiario(s), deberán demostrar la ocurrencia del Evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberán colaborar con la Compañía en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para que la Aseguradora pueda darle trámite al reclamo. **El incumplimiento demostrado de dichas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de constatar circunstancias relacionadas con el Evento y estimar la pérdida, liberará a la Compañía de su obligación de indemnizar.**

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

Como parte del seguro colectivo, se establece lo siguiente:

- a. **Información y consultas:** Los Asegurados y miembros del grupo asegurable podrán obtener información y asesoría respecto a la presente póliza colectiva en los siguientes canales: (i) correo electrónico contacto@assanet.com, (ii) teléfono 2503-2700, (iii) página web www.assanet.com.
- b. **Intermediación:** El Tomador deberá informar a los Asegurados la participación de un intermediario de seguros o sociedad corredora cuando corresponda, así como el detalle de sus obligaciones y responsabilidades y si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el tomador.
- c. **Reporte para el proceso de renovación:** La Compañía entregará con al menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento natural, un reporte al Tomador con el detalle de asegurados y sus respectivas sumas aseguradas individuales, con la finalidad de que el Tomador verifique y apruebe dicha información como base para la renovación respectiva. Caso contrario, debe reportar a La Compañía los errores u omisiones correspondientes para que la primera proceda a las correcciones pertinentes y emita el respectivo recibo de pago.
- d. En caso que la inclusión en la póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el tomador estará obligado a indicar, de forma expresa y clara, si la contratación de la cobertura es obligatoria u opcional para el asegurado.
- e. En caso de modificación o terminación del contrato, el tomador deberá cooperar con la Compañía con la información que sea requerida al efecto para comunicar la decisión a los asegurados en los plazos previstos en la normativa vigente. Cualquier decisión de terminación del Tomador deberá considerar los plazos de normativa que permitan a la Compañía comunicar la decisión a los asegurados en los plazos previos aplicables.
- f. Los incumplimientos, los errores y las omisiones incurridos por el tomador, asegurador o por los intermediarios de seguros no son oponible a la persona asegurada de buena fe. En caso de que se presente alguna de esas situaciones sin que exista claridad en cuanto al causante de la misma, la aseguradora reparará la afectación al asegurado pudiendo luego recuperar lo pagado del tomador o el intermediario según corresponda. En ese sentido, en caso de incumplimientos del Tomador, la Compañía podrá ejercer las acciones que estime convenientes para recuperar el daño o perjuicio causado.

18. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)

Independientemente del registro que deba mantener la Compañía, el Contratante tendrá un registro actualizado de los Asegurados por la póliza conteniendo las calidades de cada persona. El Contratante estará obligado a enviar periódicamente a la Compañía, a través de los medios y en los formatos indicados por la Compañía, la información que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración de la póliza y para la determinación de las tarifas y montos de primas. Todos los registros del Contratante que puedan ser relacionados con esta póliza estarán expuestos a inspección por parte de la Compañía en cualquier momento, y el Contratante está obligado a cooperar con las inspecciones que realice la Compañía y facilitar cualquier información adicional relacionada con la póliza que la Compañía solicite y que el Contratante pueda razonablemente obtener o facilitar.

Cualquier error cometido por el Contratante al mantener y actualizar estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiese terminado de acuerdo a las condiciones de elegibilidad, pero al conocerse el error se hará el ajuste de primas correspondiente.

El error cometido por la Compañía de no proceder con las instrucciones del Contratante de dar por terminada la cobertura de un Asegurado en la fecha que exprese tal instrucción, ocasionará un ajuste y devolución de primas, correspondiente al período que se mantuvo la vigencia de la cobertura en exceso de la fecha señalada en tal instrucción. Igualmente, si la Compañía mantuviera vigente la cobertura de un Asegurado que haya dejado de ser elegible conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares, ocasionará que la Compañía efectúe un ajuste y devolución de prima no devengada correspondiente al período en que el Asegurado no fue elegible.

Si algún Asegurado resultare perjudicado por razón de informaciones inadecuadas o insuficientes provocadas por el intercambio de información entre la Compañía, Intermediario y/o el Contratante, éstos responderán al Asegurado de manera concurrente e independientemente de la existencia de culpa si así lo determinara un Juez o Árbitro mediante sentencia judicial en firme o Laudo Arbitral en su caso.

No obstante lo anterior e independiente que se haya determinado una responsabilidad concurrente, el Contratante asume las responsabilidades ante la Compañía que emanen de su actuación como “Contratante del Seguro Colectivo”.

En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que la condición que produzca la devolución sea de conocimiento de la Compañía o solicitado por el Contratante.

19. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO)

Durante la vigencia del presente Seguro, incluidos los trámites de indemnización, el Tomador y/o Asegurado se comprometen a brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a mantener actualizada dicha información. En caso contrario la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

20. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)

Cuando exista pluralidad de seguros, de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato, el Asegurado deberá advertirlo la Compañía en la Solicitud/Certificado.

Suscrito el contrato, el Asegurado tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la Suma Asegurada.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

21. MONTO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de Prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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.

El Contratante preparará una declaración cada mes, especificando los totales de Suma Asegurada de cada Asegurado en vigor en el primer día del mes, la cual, conjuntamente con la remesa de prima, será enviada a la Compañía.

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.

En caso que se acuerde un pago fraccionado de la prima (periodicidad de pago menor al año), lo cual constará en las Condiciones Particulares, no aplicará ningún tipo de recargo.

22. FORMA DE PAGO

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

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

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

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

23. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de noventa (90) días para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago, excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la cobertura del Asegurado terminará automáticamente al final de dicho período de gracia por incumplimiento de pago.

Si una o varias de las coberturas son canceladas por el Contratante, durante o al final del período de gracia, el Contratante será responsable por el pago de una prima a prorrata por el tiempo que la póliza ha estado en vigor durante dicho período de gracia.

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

24. TARIFAS

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, la Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la

respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa que utilizará para la Renovación de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares.

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

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

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

RECARGOS Y DESCUENTOS

25. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

26. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

El Contratante o el Asegurado, 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 naturales 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.

26.1. Para la cobertura de “**ROBO Y DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES TOTALES A BIENES ADQUIRIDOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO**”, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

26.1.1. En caso de Robo o atraco personal:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
2. Original y copia de la denuncia por Robo presentada ante el Organismo de Investigación Judicial.
3. Original y copia de la factura de compra del bien o mercancía adquirida por el tarjetahabiente con su Tarjeta de Crédito o Débito, la que deberá cumplir los lineamientos de la Dirección General de Tributación del Ministerio de Hacienda de Costa Rica.
4. Original y copia del comprobante de transacción emitido en el Datáfono del vendedor del bien o mercancía adquirida por el tarjetahabiente Asegurado.
5. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado, por ambas caras.
6. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.

26.1.2. En caso de Daños Materiales Accidentales Totales a los Bienes adquiridos con Tarjeta de Crédito o Débito:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.

2. Original y copia de la factura de compra del bien o mercancía adquirida por el tarjetahabiente con su Tarjeta de Crédito o Débito, la que deberá cumplir los lineamientos de la Dirección General de Tributación del Ministerio de Hacienda de Costa Rica.
3. Original y copia del comprobante de transacción emitido en el Datáfono del vendedor del bien o mercancía adquirida por el tarjetahabiente Asegurado.
4. Se deberá de entregar el bien o mercancía averiada a la Compañía.
5. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado, por ambas caras.

En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.

26.2. Para la cobertura de “**RENTA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL TARJETAHABIENTE**”, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Completar el Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
2. Original y copia del certificado de defunción del Asegurado. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente, o bien, con el trámite de Apostillado respectivo.
3. Copia de la cédula de identidad por ambos lados o pasaporte del Asegurado.
4. Copias de los documentos de identificación del (de los) Beneficiario(s).
5. Si el Asegurado no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del historial clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el accidente hasta el momento de su fallecimiento.
6. Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre del Asegurado Tarjetahabiente fallecido.

26.3. Para la cobertura de “**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE**”, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Completar el Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
2. Copia de la cédula de identidad por ambos lados o pasaporte del Asegurado.
3. Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Total Temporal del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado (Boleta de la CCSS).
4. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que se originó la Incapacidad Total Temporal.

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

26.4. Para la cobertura de “**DESEMPLEO INVOLUNTARIO**”, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

1. Completar el Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Copia de la cédula de identidad por ambos lados o pasaporte del Asegurado.
3. Original y copia del contrato de trabajo por tiempo indefinido firmado por el último patrono, donde se indique claramente la fecha de inicio del mismo y el cargo a desempeñar por el Asegurado.
4. Original y copia de la carta de despido del contrato de trabajo a término indefinido expedida y firmada por el último patrono, donde se indique la fecha de inicio, la fecha de terminación del contrato de trabajo, la causa clara de terminación del mismo, así como el salario devengado y las labores realizadas en dicha relación laboral.
5. Certificación de la CCSS en la que se indique la fecha de inclusión y exclusión del Empleado en la planilla del patrono.
6. Original y copia del último recibo de pago y afiliación del Asegurado a la CCSS.

El Asegurado, para mantener la vigencia de la Cobertura, deberá presentarse mensualmente a las oficinas de la Compañía, con el fin de firmar una declaración jurada en la que exprese que continúa en la situación de Desempleo Involuntario.

El Asegurado o el(los) Beneficiario(s) de esta Póliza deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. En caso de indemnización por cualquier cobertura de esta póliza, si la forma de pago de la Prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la Prima de esta Póliza cuya vigencia es de un (1) año.

La Compañía será responsable de disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

27. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

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 **“PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO”**.

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.

28. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado, autorizan a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la lesión y el monto correcto a ser pagado según la tabla de indemnizaciones, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el(los) Beneficiario(s) y el Contratante están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Asegurado cuando y tantas veces como lo requiera mientras esté pendiente una reclamación bajo la póliza y de investigar las circunstancias de la muerte, lesión, accidente o enfermedad, exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, a practicar la autopsia ya sea antes o después del entierro.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

29. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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 (24) horas de la fecha señalada en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud/Certificado.

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. Este seguro tendrá una vigencia anual y cubrirá únicamente los reclamos por Eventos amparados por este Contrato, que ocurran dentro de la vigencia de la póliza, es decir, Eventos que ocurran dentro de la Hora Contractual.

30. PRÓRROGA DEL CONTRATO

Esta póliza podrá ser prorrogada por períodos anuales y permanecerá 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 se encuentre vigente.

Las prórrogas de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que la Compañía convenga a la fecha de prórroga, con una previa solicitud del Contratante y aceptación expresa de la Compañía dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de cada periodo. Deberá cumplirse con el mecanismo de comunicación previsto en estas Condiciones Generales para informar a los Asegurados.

El certificado de prórroga correspondiente, autorizado y expedido por la Compañía, será la prueba de la prórroga para el Contratante.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

31. PERIODO DE COBERTURA

El periodo de cobertura de este Seguro es sobre la base de la ocurrencia del siniestro.

32. PERIODO DE CARENCIA

Para las coberturas de “RENTA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL TARJETAHABIENTE”, “INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE” y “ROBO Y DAÑOS MATERIALES ACCIDENTALES TOTALES A BIENES ADQUIRIDOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO” no aplicará ningún periodo de carencia.

Para la cobertura de “DESEMPLEO INVOLUNTARIO”, se establece un periodo de sesenta (60) días naturales, a partir de la inclusión del Asegurado en este Contrato, durante el cual el Seguro no opera, si el Asegurado queda desempleado.

Si un Asegurado queda desempleado durante los sesenta (60) días posteriores a la fecha de cambio de Plan que implique incremento en la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al incremento de la Suma Asegurada.

33. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Este Seguro será absolutamente nulo en cualquier momento durante la vigencia del mismo, si se determina que se han declarado de manera falsa, inexacta, parcial o reticente hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, al momento de suministrar información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere muto engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas por el Tomador, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

34. INTERES ASEGURABLE

El Tomador declara ser titular de un interés lícito y económico en la no ocurrencia del riesgo cubierto por esta Póliza, por cuanto es acreedor de la Cuenta de Crédito o Débito que por medio de una Tarjeta de Crédito o Débito ha otorgado al Asegurado Tarjetahabiente la cual se describe en la Solicitud/Certificado. Por su parte el Asegurado declarará su interés en la Solicitud/Certificado en su condición de deudor de la Cuenta de Crédito o Débito. La desaparición del interés asegurable traerá como consecuencia la terminación del aseguramiento individual al que corresponde.

Cuando el Tomador o Asegurado no tenga interés asegurable al momento de contratar el seguro, podrá hacerlo válidamente sujeto a la condición suspensiva que, en el plazo máximo de un (1) mes a partir del inicio de la

vigencia del Contrato, adquiera tal interés asegurable. En caso de no adquirirse el interés asegurable en el plazo indicado, el Tomador o Asegurado deberá notificarlo a la Compañía para efectos de que ésta reintegre las primas pagadas, las que estarán a disposición del Tomador o Asegurado según corresponda a más tardar diez (10) días hábiles.

35. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA

Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la obligación de indemnizar que tiene la Compañía se extinguirá si demuestra que el Asegurado o los Beneficiarios declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin perjuicio de que la conducta del Asegurado o del reclamante configure el delito de simulación. En este caso, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

36. INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La cobertura de los Asegurados será disputable únicamente durante los primeros dos (2) años de vigencia; sin embargo, siempre será disputable por declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado o Contratante, actuando con dolo, según se detalle en la cláusula **“NULIDAD DE LA PÓLIZA”**.

El periodo de disputabilidad se iniciará:

- a) En la fecha en que se otorga la cobertura de cualquier Asegurado.
- b) En casos de incrementos de Suma Asegurada hechos con posterioridad a la fecha original en que se otorgó la cobertura a un Asegurado, el período de disputabilidad iniciará, con respecto de dicho aumento, en el momento en que la Compañía acepte dicho incremento y otorgue la cobertura así aumentada.
- c) Si la cobertura del Asegurado hubiera sido rehabilitada, el período de disputabilidad se iniciará en el momento en que la Compañía acepta dicha rehabilitación y otorga la cobertura así rehabilitada.

La Compañía tampoco disputará la Póliza, cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad aquí indicado.

37. COMPROBACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE DESEMPLEO

Para el pago de la cobertura de **“DESEMPLEO INVOLUNTARIO”**, la Compañía podrá, en cualquier momento verificar, si el Asegurado continúa desempleado. Si llegara a comprobarse que la condición de desempleado ha concluido suspenderá el pago de la indemnización y solicitará al Tomador el reintegro de lo pagado indebidamente. El Tomador deberá realizar la devolución de los dineros a más tardar treinta (30) días después de la solicitud que le realice la Compañía.

38. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para este Seguro aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable que al momento de ser incorporadas a la póliza no se haya comprobado médicamente que padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de tales padecimientos. Esto incluirá expresamente las siguientes enfermedades o condiciones: ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremes o de enajenación mental.

El Tomador debe garantizar que cada una de las personas que figuran en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza, pertenece al Grupo Asegurable y reúne los siguientes requisitos:

- a. Es usuaria de la Tarjeta de Crédito o Débito de la Entidad Financiera establecida en la Solicitud/Certificado.
- b. Complete la Solicitud/Certificado.
- c. Es una persona física.
- d. Reside permanentemente en el territorio costarricense.
- e. Es mayor de dieciocho (18) años de edad.

39. MODIFICACIONES

Durante la Vigencia de la Póliza se podrán cambiar los términos y condiciones solamente mediante un Addendum debidamente aceptado y firmado por el Contratante y un representante autorizado de la Compañía.

No obstante lo anterior, si los riesgos asegurados en esta póliza cambiaran o variaran, la Compañía podrá modificar las condiciones de este contrato. **Asimismo, podrá dar por terminada la cobertura o el contrato, según sea el caso, si demuestra que las nuevas condiciones de residencia, ocupación del Asegurado o Grupo Asegurado hubieran impedido la emisión de la póliza.**

Cuando no proceda la terminación del contrato, la Compañía comunicará la modificación al Contratante, según lo contenido en la cláusula de “**NOTIFICACIONES**”, y otorgará diez (10) días hábiles para que el Contratante manifieste si acepta o no las nuevas condiciones. Si dicho plazo transcurriera sin que el Contratante se manifieste, se tendrán por aceptadas las nuevas condiciones desde la fecha de comunicación y se procederá al cobro del ajuste de prima que corresponda (si la hubiere) y la notificación de las nuevas condiciones a los Asegurados y entregar la nueva documentación respectiva.

Cuando el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del día en que se haya pagado la prima correspondiente (si la hubiere), debiendo notificarse también, las nuevas condiciones a los Asegurados para que en un plazo de diez (10) días hábiles acepten o rechacen dichas modificaciones; de ser aceptadas, se deberá entregar la documentación respectiva.

Si el Contratante no aceptara las nuevas condiciones en virtud de los cambios o variaciones en el riesgo, la Compañía dará por terminado el contrato y le devolverá la prima no devengada, debiendo notificar dicha terminación a los Asegurados.

Cuando sea el Contratante quien conoce la variación, deberá notificarlo por escrito a la Compañía en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado tenga o deba tener conocimiento de la circunstancia que provoque la variación en las condiciones del riesgo asegurado. Si la agravación depende de la voluntad del Contratante y/o Asegurado, debe notificar a la Compañía en un plazo máximo de diez (10) días hábiles con anticipación a la fecha en que se inicia la agravación del riesgo. El Contratante o Asegurado, según sea el caso, tomará a su propio costo todas las precauciones adicionales, razonables y necesarias que le sean requeridas con el fin de garantizar un funcionamiento confiable y seguro de los riesgos asegurados.

En caso de agravación del riesgo la Compañía evaluará las nuevas condiciones del riesgo asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días naturales y, si fuera necesario, ajustará el alcance de la cobertura y de la prima, podrá requerir nuevas medidas de prevención de daños, razonables y necesarias o modificar las condiciones de aseguramiento existentes, según lo indicado.

La Compañía podrá rescindir el contrato o la cobertura, según sea el caso, si en el plazo de diez (10) días hábiles contado a partir del recibo de la propuesta de modificación, el Contratante o el Asegurado no la acepta.

La falta de notificación del Contratante o del Asegurado, con respecto a la agravación del riesgo, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de conformidad con la cláusula “TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO”. La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida, por parte del Asegurado, la comunicación de la Compañía

La Compañía podrá rechazar las nuevas condiciones cuando incorporen un riesgo que originalmente no hubiera cubierto, en cuyo caso procederá a la exclusión de la cobertura afectada o a la cancelación del seguro, siendo que la Compañía notificará al Contratante y al Asegurado dentro del plazo de diez (10) días hábiles su decisión.

En caso de disminución del riesgo la Compañía en un plazo máximo de diez (10) días hábiles valorará las nuevas condiciones y procederá al reintegro del exceso de prima, si procediera.

En cualquier caso, el Contratante tiene el deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

En caso de modificación o terminación de la póliza colectiva, dicha decisión se deberá comunicar a los asegurados con un mes de antelación a la fecha efectiva, a efectos de que sus intereses no se vean

afectados.

40. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD

Si la edad de un Asegurado se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas.

La Suma Asegurada del Asegurado no será modificada si las sumas aseguradas aplicables a los Asegurados no dependen de la edad; pero si las sumas aseguradas dependen de la edad del Asegurado, la suma asegurada será enmendada de modo correspondiente y el ajuste de prima tomará en consideración la mencionada enmienda.

En caso de proceder la devolución de primas, la Compañía hará el reintegro en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que la condición que produzca la devolución sea de conocimiento de la Compañía o solicitado por el Contratante.

41. REHABILITACIÓN

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad durante el período de rehabilitación ya que la cobertura terminó automáticamente por falta de pago.

El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Tomador del Seguro Colectivo; por tanto, en caso de cancelación de cobertura de uno o más Asegurados por incumplimiento en el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura para el(los) Asegurado(s) mediante notificación por escrito a la Compañía, sometiéndose el (los) Asegurado(s) a los requisitos de asegurabilidad que señale la Compañía, y previo pago de todas las primas atrasadas que adeuda el Contratante.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o declinar toda solicitud de rehabilitación.

42. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de la Compañía de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de las obligaciones surgidas de esta póliza, por lesiones recibidas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones.

La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los aseguradores de éstos. En igual forma lo podrá hacer el Asegurado, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación: La Compañía pagará al Asegurado Principal o a quien éste señale, el beneficio de la póliza, sujeto a que el Asegurado:

- Firme el finiquito respectivo y subroguen en la Compañía todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula.
- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar el ejercicio por parte de la Compañía de los derechos subrogados.
- Cooperen y asistan a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

43. 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. Cuando se notifique la terminación de la póliza por falta de pago;
- c. Cuando el Asegurado deja de ser elegible;

44. 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 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.

45. MONEDA

Este seguro se contrata en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares, ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses. Por lo tanto, los montos indicados en el presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía se efectuarán en la moneda en que se haya pactado y la cual se indica en la Condiciones Particulares de la póliza. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación a los límites o montos indicados en esta póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

No obstante, a elección del deudor de la obligación de pago, cualquier pago podrá efectuarse en colones costarricenses al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

46. PROTECCIÓN DE DATOS

La información que en virtud de la suscripción del presente contrato de seguro sea obtenida por la Compañía, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La Compañía estará obligada a guardar el deber de confidencialidad de la información frente al Asegurado y solo quedará liberada de este deber mediante convenio escrito, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de diseminación de los datos.

47. PRESCRIPCIÓN DE 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.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

48. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Cuando exista declinación de un reclamo para hacer efectiva la cobertura del seguro, o bien, una disconformidad por la calidad en el cumplimiento de las obligaciones de la Compañía, el Tomador, Asegurado y/o Beneficiario(s) podrán acudir a la instancia de atención de quejas y reclamaciones con el objeto de ser atendida y resuelta su queja o reclamación. Dicha instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia operativa respecto del área administrativa de la Compañía que declinó el reclamo o incumplió sus deberes. Las reglas y funciones de esta instancia de atención de quejas y reclamaciones están reveladas en la página web de la Compañía.

Con independencia de la instancia anterior, el Tomador, Asegurado y/o Beneficiario(s) pueden someterse directamente (sin agotar la instancia anterior) a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato de Seguro.

No obstante lo anterior, el Tomador, Asegurado y/o Beneficiario(s) podrán convenir de mutuo acuerdo con la Compañía, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

49. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este Seguro, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

50. NOTIFICACIONES

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este Seguro entre la Compañía y el Tomador y/o Asegurado, serán remitidas a través de medios de comunicación a distancia, que permitan guardar, recuperar, reproducir fácilmente sin cambios la información y demostrar la entrega de la información a favor del Tomador, o bien, enviadas por correo ordinario o certificado a la Dirección Contractual establecida en las Condiciones Particulares. El Tomador deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de Dirección Contractual o medio de comunicación a distancia para efectos de su modificación, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección o información de contacto reportada en la Póliza de Seguro.

El aviso así enviado se entenderá notificado desde la fecha de la entrega física de manera personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo; cuando la notificación se realiza por medios electrónicos, se entenderá que la persona quedará notificada al día hábil siguiente de la transmisión. Todo plazo que dependa de dicha notificación comenzará a contarse desde esa fecha.

Cuando medie un intermediario de seguros establecido expresamente en el Seguro se regirá por las siguientes reglas: i.) Cualquier notificación realizada por el Tomador al Agente de Seguros o a la Sociedad Agencia de Seguros se entenderá realizada directamente a la Compañía; ii.) Cualquier notificación realizada entre la Sociedad Corredoras de Seguros y la Compañía, con ocasión a este Seguro, se entenderá efectivamente realizada entre la Compañía y el Tomador siempre que haya sido expresamente autorizada dicha facultad de comunicación por el Tomador, y se mantendrá por el tiempo del Seguro y sus modificaciones hasta que expresamente sea revocada por este; sin embargo, esta facultad no inhibe al Tomador de poder gestionar cualquier trámite con relación al Seguro en forma directa.

En fe de lo cual se firma este Seguro en la República de Costa Rica.

Assa Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

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 G07-46-A05-663 de fecha 25 de julio del 2024.