

CONDICIONES GENERALES

SEGURO COLECTIVO DE FRAUDE Y ROBO
"PROTECCIÓN TOTAL PLUS"



CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE FRAUDE Y ROBO “PROTECCIÓN TOTAL PLUS”

COMPROMISO DE ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA) S.A.

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente hace constar que en caso que se produzca un evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza, la cual está conformada por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Anexos y el Certificado Individual de Seguro, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros (“SUGESE”).

Matilde Asturias Ekenberg
Apoderado General

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES GENERALES

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

- 1. ASEGURADO:** Persona que está cubierta por esta Póliza y está debidamente registrada en el Certificado Individual de Cobertura. Para efectos de esta Póliza, el Asegurado también es la persona propietaria de la tarjeta de crédito o débito o cuenta bancaria vinculada al seguro.
- 2. ASEGURADORA:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente seguro.
- 3. CAJERO AUTOMÁTICO:** Máquina electrónica interconectada con una entidad financiera que, mediante la inserción de una tarjeta de crédito o débito y la digitación de códigos de seguridad, está en capacidad de dispensar dinero en efectivo y permitir al Asegurado realizar transferencias u operaciones bancarias.
- 4. CLONACIÓN DE TARJETA:** Fraude que consiste en la reproducción ilícita de la tarjeta de crédito o débito, sin que el Asegurado pierda la posesión de la misma.
- 5. COMPRA FRAUDULENTO POR INTERNET:** Fraude que consiste en utilizar información de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado, sin su autorización, para realizar compras vía internet.
- 6. DENUNCIA JUDICIAL:** Interposición por parte del Asegurado o de quien lo represente, ante la autoridad judicial competente, donde manifiesta formalmente los hechos ocurridos en el siniestro.
- 7. ENTIDAD FINANCIERA:** Persona jurídica que emite al Asegurado una tarjeta de crédito o débito. Para efectos de la presente Póliza, la entidad financiera es el Tomador.
- 8. ESTADO DE INDEFENSIÓN:** Situación en la que a una persona se le limita la libertad de decisión, acción y defensa a través de amenazas, uso de violencia o suministro de drogas.
- 9. EXTRAVÍO:** Cese temporal o permanente de la posesión física de un objeto, acompañado de ausencia de conocimiento sobre la localización de dicho objeto.
- 10. FRAUDE:** Es la actuación engañosa realizada por un tercero que produce un daño de carácter económico al Asegurado.
- 11. GRUPO ASEGURABLE:** Grupo constituido por todas las personas físicas que reúnen individualmente los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- 12. GRUPO ASEGURADO:** Grupo integrado por las personas físicas que, perteneciendo al grupo asegurable, hayan sido aceptadas por la Aseguradora y que aparezcan inscritas en el registro de asegurados de la Póliza.
- 13. HURTO:** Apoderamiento ilícito de bienes ajenos que se caracteriza por la ausencia de violencia o amenaza sobre el objeto o el propietario.
- 14. INFORMACIÓN BANCARIA CONFIDENCIAL:** Información que corresponde a las cuentas bancarias y/o tarjetas de crédito o débito que el Asegurado tiene con la entidad financiera, está compuesta por datos personales del Asegurado e información que habilita el acceso a dichas cuentas bancarias o tarjetas de crédito o débito.
- 15. INGENIERÍA SOCIAL:** Fraude que consiste en acceder a información bancaria confidencial del Asegurado, a través de contactos por medios electrónicos que aparentan ser seguros y autorizados por las entidades bancarias como: publicidad, correos o formularios.

16. LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA DE ASISTENCIA: Monto máximo de dinero que la Prestadora de Servicios amparará por la prestación de un servicio de asistencia cubierto en la póliza.

17. LLAMADA TRIPARTITA: Fraude que consiste en hacer contacto con el Asegurado, quien ha ofrecido un producto o servicio por algún medio de publicidad, mediante el cual, el supuesto comprador hace una conexión telefónica con un aparente funcionario bancario, quien realiza un cuestionario al Asegurado, con el fin de llevar a cabo la supuesta transacción de compra, extrayendo de tal forma, información bancaria confidencial del Asegurado.

18. MODALIDAD CONTRIBUTIVA: Se denomina así al seguro en donde el Asegurado paga al Tomador un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Aseguradora por concepto de la cobertura otorgada.

19. MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA: Se denomina así al seguro en donde el Tomador paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.

20. O.I.J.: Organismo de Investigación Judicial autorizado en Costa Rica.

21. PÉRDIDA: Perjuicio económico sufrido por el Asegurado en su patrimonio como consecuencia de un siniestro.

22. PHISHING: Fraude en el cual el actor del delito contacta al Asegurado haciéndose pasar por la entidad financiera o por funcionario de esta, el contacto es realizado por mensaje al correo electrónico o WhatsApp, el cual dirige al Asegurado a páginas de internet fraudulentas con el objetivo de que el Asegurado ingrese en ellas información bancaria confidencial.

23. PLAN: Alternativa contratada y descrita en el Certificado Individual de Cobertura donde se indica claramente la suma asegurada por cobertura y la prima a pagar.

24. PÓLIZA: Documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, si hubiera, Anexos, la Solicitud de Seguro y el Certificado Individual de Cobertura. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo.

25. PRESTADORA DE SERVICIOS: Empresa de servicios auxiliares que prestará el servicio de asistencia de esta Póliza a través de su red de proveedores.

26. PRIMA: Precio que deberá pagar el Asegurado y/o Tomador como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante la presente Póliza.

27. ROBO: Apoderamiento ilegítimo de un bien ajeno, mediante el uso de fuerza, violencia o intimidación.

28. ROBO DE IDENTIDAD: Fraude que se comete por medios digitales, electrónicos o telefónicos, en la que el actor del delito obtiene información bancaria confidencial del Asegurado, con el objetivo de realizar compras o transacciones bancarias haciéndose pasar por el Asegurado.

29. SECUESTRO EXPRESS: Modalidad de secuestro que consiste en retener a una persona con el fin de dirigirla a un cajero automático, obligándola de forma amenazante o violenta a realizar retiro de dinero como condición para dejarle en libertad.

30. SERVICIO DE ASISTENCIA: Conjunto de servicios técnicos y/o profesionales que tienen por objeto respaldar al Asegurado, cuando corresponda, ante eventos adversos amparados en las presentes condiciones, para efectos de la Póliza estos servicios deben ser requeridos por el Asegurado y autorizados por la Prestadora de Servicios, siempre y cuando se administre la información y documentación solicitada y no se incumplan con aspectos de naturaleza legal.

31. SINIESTRO: Ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Aseguradora al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

32. SUPLANTACIÓN DE IDENTIDAD (SPOOFING): Fraude en el que el actor del delito, por medio de un perfil falso, pero utilizando la identidad del Asegurado, se hace pasar por este para acceder a su información bancaria confidencial.

33. SUSTRACCIÓN: Delito contra el patrimonio, consistente en el apoderamiento de bienes ajenos, con intención de lucrarse, utilizando medidas en contra de la voluntad del Asegurado propietario de dichos bienes, haciendo uso de fuerza o violencia física y/o amenazante.

34. TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO: Plástico que emite una entidad financiera a favor del Asegurado, la cual contiene información bancaria confidencial codificada en una banda magnética o chip, dicho plástico funciona como medio de pago para la compra de bienes, mercancías o servicios, también permite retirar dinero en efectivo o realizar transacciones bancarias en un cajero automático. Para efectos de la presente Póliza, se entiende por tarjeta de crédito o débito únicamente aquella que está vinculada al presente seguro y se encuentre descrita en el Certificado Individual de Cobertura.

35. TOMADOR: Persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Aseguradora y que es responsable ante la misma por el pago de la totalidad de las primas del grupo asegurado.

36. USO NO AUTORIZADO DE LA TARJETA: Situación en la que el Asegurado pierde la posesión física de su tarjeta de crédito o débito, y a consecuencia de ello es víctima de compras ilegítimas realizadas por terceras personas.

37. VISHING: Fraude que consiste en utilizar la información obtenida en el phishing para acceder a más información bancaria confidencial del Asegurado. En ese tipo de fraude el actor del delito contacta al Asegurado por medio de llamada telefónica haciéndose pasar por funcionario de la entidad bancaria y su objetivo es confirmar la información bancaria confidencial obtenida en phishing y obtener claves o códigos de acceso para autorizar transacciones bancarias o de compras.

CLÁUSULA 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares si hubiere, los Anexos, el Certificado Individual de Cobertura y la Solicitud de Seguro. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales, Particulares y/o Anexos de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares y/o Anexos sobre las Condiciones Generales.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado y/o Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; si el Asegurado y/o Tomador no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso de que el Asegurado y/o Tomador ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Aseguradora devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Aseguradora deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Aseguradora no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Aseguradora deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

CLÁUSULA 3. ÁMBITO DE COBERTURA

La Aseguradora indemnizará al Asegurado, en caso de que, durante la vigencia de la Póliza, sufra un siniestro amparado bajo alguna de las coberturas que conforman el plan contratado y descrito en el Certificado Individual de Cobertura, siempre y cuando dicho siniestro no sea causado por alguna de las exclusiones establecidas en las presentes condiciones.

3.1. COBERTURAS

3.3.1. COBERTURA CONTRA FRAUDES

La Aseguradora pagará al Asegurado, hasta un monto que no supere la suma asegurada de esta cobertura según el plan contratado, en caso de que el Asegurado sufra una pérdida económica como consecuencia de haber sido víctima de alguno de los fraudes listados a continuación, siempre que estos hayan sido aplicados a la información bancaria confidencial de la tarjeta de crédito o débito, o bien a la cuenta bancaria vinculada a estas, para realizar compras ilegítimas o transferencias de fondos a través del sistema de banca en línea:

- a. Clonación de Tarjeta (Falsificación de Tarjeta).
- b. Ingeniería Social.
- c. Llamada Tripartita.
- d. Phishing.
- e. Robo de Identidad.
- f. Suplantación de Identidad (Spoofing).
- g. Vishing.

En caso de Clonación de Tarjeta (Falsificación de Tarjeta) se ampararán únicamente las compras o transacciones ilegítimas realizadas durante los treinta (30) días calendario anteriores al aviso del Asegurado a la entidad financiera, en el cual solicite el bloqueo o desactivación de la tarjeta.

3.1.2. COBERTURA DE ROBO POR EXTRAVÍO DE TARJETA

La Aseguradora pagará al Asegurado, hasta un monto que no supere la suma asegurada para esta cobertura según el plan contratado, en caso de que el Asegurado haya extraviado su tarjeta de crédito o débito y como consecuencia de ello, sufra una pérdida económica producto del uso no autorizado de la tarjeta en la compra de productos, bienes o servicios.

Esta cobertura amparará únicamente las compras de productos, bienes o servicios realizadas durante las veinticuatro (24) horas anteriores a la fecha y hora del aviso del Asegurado a la entidad financiera, en el que reporte el desconocimiento de dicha compra y solicite el bloqueo o la desactivación de la tarjeta.

3.1.3. COBERTURA DE COMPRAS FRAUDULENTAS POR INTERNET

La Aseguradora pagará al Asegurado, hasta un monto que no supere la suma asegurada para esta cobertura según el plan contratado, en caso de que el Asegurado sufra una pérdida económica como consecuencia de haber sido víctima de una compra fraudulenta por internet.

Esta cobertura amparará únicamente las compras por internet realizadas durante los treinta (30) días calendario anteriores al aviso del Asegurado a la entidad financiera, en el cual solicite el bloqueo o desactivación de la tarjeta.

3.1.4. COBERTURA DE ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO O SECUESTRO EXPRESS

La Aseguradora pagará al Asegurado, hasta un monto que no supere la suma asegurada para esta cobertura según el plan contratado, en caso de que el Asegurado sufra una pérdida económica como consecuencia del robo del dinero que haya retirado de un cajero automático, siempre que dicho robo:

- Suceda dentro de las dos (2) horas siguientes de haber retirado el dinero del cajero automático.
- Se coloque al Asegurado en un estado de indefensión para cometer el robo.

Esta cobertura se extiende a cubrir el secuestro express, es decir, cuando el dinero sea retirado del cajero automático por terceras personas que hayan obligado al Asegurado, bajo un estado de indefensión, a entregar la tarjeta de crédito o débito y su correspondiente clave.

3.1.5. COBERTURA DE EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS PERSONALES

La Aseguradora pagará al Asegurado, hasta un monto que no supere la suma asegurada para esta cobertura según el plan contratado, en caso de que el Asegurado, sufra la sustracción, pérdida o extravío de sus documentos personales como: documento de identificación, pasaporte o licencia de conducir. La indemnización amparará los gastos que sean necesarios para el trámite de la reposición de dichos documentos, siempre y cuando el Asegurado pueda demostrar que ha incurrido en los mismos.

3.2. SERVICIO DE ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL PLUS

El Asegurado podrá contar con los siguientes servicios de asistencia:

I. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: Se pondrá en contacto, vía telefónica, al Asegurado con un médico general para que le brinde orientación médica en la utilización de medicamentos, síntomas o molestias que esté padeciendo, recomendaciones médicas y farmacéuticas e interpretación de exámenes de laboratorio, este servicio no sustituye la visita presencial, por lo que el médico no diagnosticará o prescribirá. El servicio se utilizará solamente como una orientación.

Límite: Una (1) llamada al mes.

II. SERVICIO DE EXAMEN DE SANGRE: A consecuencia de un accidente o enfermedad que ocurra durante la vigencia de la póliza se le brindará y coordinará al Asegurado una cita con un laboratorio para que se realice un examen de hematología completo.

Límite: Un (1) evento al año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de veinte dólares americanos (USD \$20.00) y a un período de carencia de seis (6) meses. Este servicio deberá ser previamente autorizado en una orientación médica telefónica.

III. DESCUENTOS ESPECIALES: Se le brindará al Asegurado el beneficio de descuentos especiales en la red médica y veterinarios.

IV. SERVICIOS DE COORDINACIÓN: A consecuencia de la pérdida de documentos, tarjetas de débito o crédito a consecuencia de un fraude o robo sufrido por el Asegurado, se le brindará y coordinará los siguientes servicios:

a. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA: Se podrá en contacto, vía telefónica, al Asegurado para que se le brinde: orientación legal u orientación psicológica, adicional, esta última podrá también ser brindada ante un posible trastorno por insomnio provenientes de situaciones como la depresión, la ansiedad, la dependencia del alcohol, el tabaco u otras sustancias psicoactivas.

b. CITA PRESENCIAL CON PROFESIONALES: Se le brindará y coordinará la cita en el despacho legal con un abogado quien le proporcionará una asesoría inicial; o la cita en consultorio con un psicólogo por padecer de estrés emocional.

c. SERVICIOS DE TRANSPORTE: Se le brindará y coordinará al Asegurado un transporte que lo lleve a la delegación de policía más cercana para que presente su denuncia. En caso de emergencia o situación de inseguridad, se brindará y coordinará el traslado discrecional en un vehículo con piloto profesional que lo trasladará directa y únicamente a su domicilio.

d. ENVÍO DE DINERO PARA GASTOS URGENTES: Se le brindará y coordinará al Asegurado el envío de hasta cincuenta dólares americanos (USD \$50.00) a la localidad que indique para cubrir la emergencia económica. La entrega del dinero se efectuará dentro de las siguientes ocho (8) horas de la solicitud del servicio.

e. SERVICIO DE MENSAJERÍA: Se le brindará y coordinará al Asegurado el transporte de pequeños artículos o documentos necesarios para la presentación de una denuncia o por requerimiento inmediato por parte de la oficina correspondiente del poder Judicial.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA: Una (1) llamada al mes. No se diagnosticarán enfermedades o padecimientos, ni se prescribirán medicamentos.

CITA PRESENCIAL CON ABOGADO: Tres (3) citas en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de veinte dólares americanos (USD \$20.00) por cita. El seguimiento procesal, segundas asesorías, documentación, trámites legales o representación en el mismo serán por cuenta del Asegurado.

CITA PRESENCIAL EN CONSULTORIO CON PSICÓLOGO: Tres (3) citas en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cuarenta dólares americanos (USD \$40.00) por cita. Los medicamentos, exámenes clínicos o de laboratorio, u otros procesos de valoración correrán por cuenta del Asegurado.

TRANSPORTE A LA DELEGACIÓN: Tres (3) eventos en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de veinte dólares americanos (USD \$20.00) por evento.

VEHÍCULO CON PILOTO PROFESIONAL: Tres (3) eventos en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de treinta dólares americanos (USD \$30.00) por evento.

ENVÍO DE DINERO PARA GASTOS URGENTES: Un (1) evento en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de cincuenta dólares americanos (USD \$50.00). El Asegurado deberá firmar el recibo por parte del mensajero, donde se indicará la suma, fecha y hora de la entrega del dinero.

SERVICIO DE MENSAJERÍA: Tres (3) eventos en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de diez dólares americanos (USD \$10.00) por evento.

Límites:

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA: Una (1) llamada al mes. No se diagnosticarán enfermedades o padecimientos, ni se prescribirán medicamentos.

CITA PRESENCIAL CON ABOGADO: Tres (3) citas en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de veinte dólares americanos (USD \$20.00) por cita. El seguimiento procesal, segundas asesorías, documentación, trámites legales o representación en el mismo serán por cuenta del Asegurado.

CITA PRESENCIAL EN CONSULTORIO CON PSICÓLOGO: Tres (3) citas en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cuarenta dólares americanos (USD \$40.00) por cita. Los medicamentos, exámenes clínicos o de laboratorio, u otros procesos de valoración correrán por cuenta del Asegurado.

TRANSPORTE A LA DELEGACIÓN: Tres (3) eventos en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de veinte dólares americanos (USD \$20.00) por evento.

VEHÍCULO CON PILOTO PROFESIONAL: Tres (3) eventos en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de treinta dólares americanos (USD \$30.00) por evento.

ENVÍO DE DINERO PARA GASTOS URGENTES: Un (1) evento en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de cincuenta dólares americanos (USD \$50.00). El Asegurado deberá firmar el recibo por parte del mensajero, donde se indicará la suma, fecha y hora de la entrega del dinero.

SERVICIO DE MENSAJERÍA: Tres (3) eventos en el año póliza, sujeto a un límite máximo de cobertura de diez dólares americanos (USD \$10.00) por evento.

3.3. SUMA ASEGURADA

Las sumas aseguradas para cada cobertura serán establecidas en el Certificado Individual de Cobertura de acuerdo con el plan contratado.

Durante la vigencia de la Póliza, cada cobertura cubrirá hasta la cantidad de eventos descritos en el Certificado Individual de Cobertura.

3.4. EXCLUSIONES

La Aseguradora no ampara reclamaciones relacionadas con las siguientes exclusiones:

- a. Dolo o culpa del Asegurado.
- b. Hurto.
- c. Daños consecuenciales como: moral, pérdida de beneficios, lucro cesante o interrupción de negocios.
- d. Cuando se determine que algún familiar, amigo o persona de confianza del Asegurado, o empleado de la entidad financiera es el autor o cómplice del delito, o que dichas personas portaban la tarjeta de crédito o débito al momento del siniestro con o sin su autorización.
- e. Cuando la tarjeta de crédito o débito permanezca bajo la custodia de la entidad financiera o sus empleados, correo o servicio postal.
- f. Pérdidas atribuibles o posteriores a la confiscación, destrucción, bloqueo o embargo de la tarjeta de crédito o débito.
- g. Pérdidas que hayan sido cubiertas por cualquier otro seguro.
- h. Cualquier gasto médico, legal o por daños materiales que el Asegurado incurra a consecuencia del siniestro.
- i. Fraudes registrados por la entidad financiera luego de haber transcurrido cinco (5) días hábiles de la entrega del estado de cuenta al Asegurado; los realizados por internet desde un punto de acceso (IP o Internet Protocol) registrado a nombre del Asegurado o la empresa donde este labora, o bien en equipos de cómputo de uso público utilizados por el Asegurado con anterioridad a la fecha del fraude.
- j. Retiros de dinero realizados en sitios diferentes a un cajero automático.
- k. Operaciones erróneas o mal funcionamiento del cajero automático, del sistema de la entidad financiera o de los comercios físicos o digitales.
- l. Incumplimiento en el pago total o parcial de cualquier cuota u obligación del Asegurado como deducción autorizada en la tarjeta de crédito o débito y los intereses que esto genere.
- m. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad.
- n. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.

De ocurrir el evento que afecte al Asegurado por alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura, no existiendo obligación alguna por parte de la Aseguradora.

Exclusiones adicionales aplicables al Servicio de Asistencia:

Quedan excluidos de los servicios establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

1. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.
2. Cualquier enfermedad mental, crónica o preexistente o medicamentos, estarán excluidos de los servicios de asistencia.

3.5. LIMITE MÁXIMO ASEGURABLE

El Asegurado podrá contratar y mantener vigente con la Aseguradora hasta tres (3) Pólizas que vinculen sus cuentas bancarias o tarjetas, siempre y cuando el total del límite máximo asegurable de cada una no supere los treinta mil dólares americanos (USD 30,000.00) de suma asegurada. El Asegurado no podrá contratar dos (2) de estas Pólizas para una misma cuenta bancaria o tarjeta. En caso de que tenga una o más cuentas bancarias o tarjetas amparadas por la Aseguradora con coberturas iguales o similares a las contratadas en esta Póliza, el Asegurado deberá notificárselo a la Aseguradora al momento de adquirir el seguro.

Si eventualmente la Aseguradora emitiera más de una Póliza para la misma cuenta bancaria o tarjeta, la Aseguradora se obliga a informar al Asegurado y devolver el cien por ciento (100%) de las primas pagadas en las Pólizas que no corresponda asegurar, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

3.6. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para efectuar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Aseguradora de disputar la Póliza se mantendrá por igual período, ya sea a partir de la contratación de la póliza, o bien a partir de cualquier aumento de suma asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

3.7. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

Todas las coberturas descritas en las presentes condiciones brindan protección al Asegurado en todo momento y lugar, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el siniestro, tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en las presentes condiciones.

CLÁUSULA 4. BENEFICIARIOS

Para la Cobertura de Extravío de Documentos Personales el Asegurado será el único Beneficiario.

Para el resto de las coberturas, el Asegurado expresamente acepta en el Certificado Individual de Cobertura, que el único Beneficiario de esta Póliza es la entidad financiera, quien a su vez abonará la indemnización efectuada por la Aseguradora a la cuenta bancaria o tarjeta de crédito o débito del Asegurado.

CLÁUSULA 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador y Asegurado tendrán las siguientes obligaciones:

5.1. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

- a. Recaudar y/o pagar la prima de la totalidad de Asegurados dentro de los plazos establecidos.
- b. Colaborar con la Aseguradora en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.
- c. Será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el registro de Asegurados con la siguiente información:
 - Lista de los nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma Asegurada, cuenta bancaria o tarjeta de crédito o débito vinculada al seguro.
 - Lista de los Asegurados para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.
- d. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

5.2. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a. Pagar la prima, cuando la misma se establezca bajo la modalidad contributiva.
- b. Proporcionarle a la Aseguradora la información requerida de forma completa y veraz.
- c. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

5.3. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados a declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo.

5.4. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

Si el Tomador o Asegurado incurre en omisión o inexactitud en la declaración del riesgo, se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

5.5. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador y Asegurado se compromete con la Aseguradora, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador o Asegurado, de quien se trate. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Aseguradora solicite la colaboración para tal efecto.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso de que el Tomador o el Asegurado incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza.

CLÁUSULA 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

6.1. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La prima o tarifa de seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica de acuerdo con el plan contratado y descrito en el Certificado Individual de Cobertura y para su determinación inicial o al momento de cada renovación, serán calculadas según sea la probabilidad de ocurrencia de las coberturas que conforman la Póliza, teniendo en cuenta los historiales estadísticos y actuariales de la población costarricense y la experiencia propia de la Aseguradora.

En caso de renovación de la Póliza, la Aseguradora podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito al Asegurado y/o Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Asegurado y/o Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Aseguradora. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que ha aceptado la modificación de la prima o tarifa de seguro.

6.2. PAGO DE LA PRIMA

Si la modalidad del pago de la prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la prima que cada uno ha de pagar; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Si la modalidad del pago se establece como no contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la prima. Sin perjuicio de la modalidad de pago de la prima, la responsabilidad del pago total de la prima de cada asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la forma y periodicidad de pago establecida en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza y mediante el medio de pago automático también indicado en el Certificado Individual de Cobertura. Todo pago lo hará el Tomador en la oficina principal de la Aseguradora y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe en nombre y por cuenta de la Aseguradora, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la prima efectuado por el Tomador a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Aseguradora.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador el recibo de prima de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del contrato de seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Aseguradora.

Si la Póliza se contrata de forma contributiva, y la Aseguradora acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, el Asegurado podrá realizar el pago de la prima correspondiente mediante pagos realizados con la periodicidad que se establezca en el Certificado Individual de Cobertura, por adelantado, con cargo automático al medio de pago acordado.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud Asegurado y/o Tomador durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que hayan pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado y/o Tomador solicita la cancelación del seguro dentro del período de cobertura de la Póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Asegurado y/o Tomador.

6.3. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la prima la Aseguradora le concede al Tomador un período de gracia de sesenta (60) días naturales, que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima según la periodicidad de pago pactada entre las partes en el Certificado Individual de Cobertura. La fecha de vencimiento del pago de la primera prima es el momento en que la Aseguradora acepta el riesgo de forma expresa y por escrita.

Si durante el período de gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigencia y la Aseguradora pagará la indemnización correspondiente previa cancelación de las primas pendientes por parte del Asegurado y/o Tomador.

6.4. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda la devolución de primas, la Aseguradora seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza, dependiendo de la modalidad de pago de prima acordado:

- Modalidad contributiva: La devolución de primas bajo esta modalidad las realizará la Aseguradora al Tomador y al Asegurado en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
- Modalidad no contributiva: La devolución de primas bajo esta modalidad la realizará la Aseguradora únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de primas deberá ser reclamada en las oficinas de la Aseguradora diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR SINIESTRO O SOLICITUD DE ASISTENCIA

7.1. PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO O SOLICITUD DE ASISTENCIA

El Asegurado deberá dar aviso del siniestro a la Aseguradora dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación al número de teléfono (+506) 4101-0000.

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado deberá presentar los requisitos que se establecen en esta cláusula, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Aseguradora para verificar las circunstancias del siniestro y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá demostrar la ocurrencia del siniestro aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

El Asegurado tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Aseguradora para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

Para el trámite de reclamos relacionados con pérdidas bajo las coberturas aseguradas, el Asegurado deberá presentar los requisitos que se establecen a continuación según corresponda:

- a. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros, deberá presentar fotocopia de documento válido de residencia o pasaporte vigente en todas sus páginas.
- b. Formulario suministrado por la Aseguradora para la presentación de la reclamación, donde se indique claramente la fecha, hora y código de bloqueo suministrado por la entidad financiera al momento de reportar el suceso.
- c. Carta firmada por el Asegurado explicando los hechos ocurridos que permitan determinar la causa, forma, lugar, tiempo y magnitud de los daños, así como cualquiera otra característica relevante de la reclamación.
- d. Denuncia Judicial del delito ante el O.I.J. y/o el Ministerio Público, o ante la autoridad equivalente si el Asegurado se encuentra en el extranjero.
- e. Certificación emitida por la entidad financiera donde se indique: Nombre completo del Asegurado, número de identificación del Asegurado, número de cuenta bancaria o tarjeta de crédito o débito, fecha de ocurrencia de los hechos, ubicación del cajero automático si corresponde, tipo de delito, límite de la tarjeta de crédito o débito, monto de retiro máximo diario; fecha, hora y código de bloqueo.
- f. Copia de los comprobantes de todas y cada una de las transacciones relacionadas al siniestro, según sea el caso.
- g. Copia de todos los estados de cuenta o extractos donde se registran las transacciones reclamadas.
- h. Si las transacciones ilegítimas fueron realizadas en el exterior mientras el Asegurado se encuentre en Costa Rica, el Asegurado deberá presentar copia de todas las páginas de su pasaporte como prueba de su permanencia en el país mientras se cometía el delito, o en su defecto una certificación de la Dirección General de Migración y Extranjería en donde se confirme que en la fecha del delito el Asegurado permanecía en el país.
- i. Carta de la entidad financiera solicitando la indemnización, indicando el monto y la fecha de ocurrencia del o de los eventos, junto con una impresión del registro de bloqueo de la tarjeta.
- j. Cuando se trate de una reclamación extravío de documentos personales, el Asegurado deberá presentar los recibos de pagos incurridos en la reposición del documento personal.
- k. Detalle de otros seguros que cubran la reclamación presentada.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. En caso de indemnización por la cobertura de esta Póliza. Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

La Aseguradora se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el Asegurado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo. Cuando la procedencia del reclamo sea válida y corresponda una indemnización, la Aseguradora ejecutará dicha indemnización en un plazo de quince (15) días naturales.

7.2. SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA:

En caso de que el Asegurado requiera solicitar alguno de los Servicios de Asistencia deberá tomar en cuenta los siguientes puntos:

- a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la Prestadora de Servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del Asegurado.
- b. Para todos los servicios por fraude o robo, el Asegurado deberá remitir la denuncia emitida por el Organismo de Investigación Judicial.
- c. Los servicios de orientación telefónica serán brindados sin límite de llamadas en el año póliza, a excepción de la orientación médica telefónica que, si establece su límite, y no podrán exceder de treinta (30) minutos por llamada.
- d. Todo descuento será brindado sin límite máximo de eventos en el año póliza y dependerá del tipo de servicio y proveedor requerido, pudiendo consultarlo al momento de la solicitud.
- e. Para todo servicio de cita presencial:
 - El horario hábil será de lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.
 - En caso de necesidad de cancelar una cita, se deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
 - Las citas presenciales tendrán una duración máxima de una (1) hora.
- f. Los servicios de asistencia que ofrecen orientación telefónica con abogado o psicólogo serán brindados en horario hábil de lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.
- g. El Asegurado deberá remitir al personal de la Prestadora de Servicios todos los documentos o respaldos que se le soliciten y se ameriten para la coordinación de los servicios de asistencia.
- h. La Prestadora de Servicios estará exenta de cualquier responsabilidad en caso de que el Asegurado manifieste su voluntad expresa de no requerir o no querer recibir el servicio recomendado por la Prestadora de Servicios; así como de cualquier acción que el Asegurado lleve a cabo derivado de la no aceptación del servicio recomendado.
- i. Cualquier costo que supere los montos máximos de cobertura establecidos en los servicios debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por el Asegurado con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.
- j. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna ante las decisiones o acciones que el solicitante pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.
- k. No se atenderán los servicios, cuando el lugar en donde se requiera la asistencia no cuente con la infraestructura pública, privada o de seguridad que impida la realización de dicho servicio, en tal caso, la obligación de la Prestadora de Servicios será dar a conocer tales circunstancias al Asegurado.

Para solicitar cualquier Servicio de Asistencia el solicitante deberá comunicarse al número (+506) 4101-0007. En dicho número también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores que forman parte de la red de la Prestadora de Servicios.

7.3. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Aseguradora comunicará por escrito al Asegurado, según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación de dicho reclamo.

Revisión: El Asegurado, según sea el caso, puede solicitar la revisión ante la Aseguradora. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso de que la reciba el Tomador o intermediario, éste la remitirá a la Aseguradora en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida y la Aseguradora deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la recepción de dicha solicitud.

7.4. DECLARACIÓN INEXACTA O FRAUDULENTE EN LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO

La Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad si el Asegurado o Tomador presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas o inexactas de acuerdo con lo indicado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 47.

CLÁUSULA 8. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

8.1. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de contratación. Dadas las características de esta Póliza, la vigencia de la cobertura de cada Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

Esta Póliza es renovable anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Asegurado y/o Tomador o la Aseguradora exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que el Asegurado no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso de que la Aseguradora requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, éstas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

La Aseguradora podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la renovación de esta, las cuales se deberán informar al Asegurado y/o Tomador con total claridad y con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Asegurado y/o Tomador dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la comunicación en que la Aseguradora informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso de que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la prima, esta Póliza se tendrá por renovada automática e indefinidamente por un período igual, caso contrario, se tendrá por no renovada.

De igual forma, el Asegurado y/o Tomador podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Aseguradora. La Aseguradora tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que esta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un Anexo, de lo contrario en el mismo plazo la Aseguradora comunicará por escrito al Asegurado y/o Tomador del rechazo de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una prima, el Asegurado y/o Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del período de gracia antes indicado.

Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora se reserva el derecho de no renovar esta Póliza, previa comunicación por escrito de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

Una vez que dé inicio la vigencia de la Póliza, toda modificación a las condiciones de la misma deberá realizarse de común acuerdo entre la Aseguradora y el Tomador.

Esta Póliza operará sobre la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante la vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

8.2. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador con al menos un mes de anticipación.
- b. Por mora en el pago, en cuyo caso la Aseguradora notificará al Tomador la decisión de dar por terminada la Póliza dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del período de gracia, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de terminación anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la terminación anticipada de la Póliza.

8.3. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular la Póliza, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas indicadas en esta Póliza terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

1. A solicitud expresa y por escrito del Asegurado con al menos un mes de anticipación.
2. Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable.
3. Fallezca dicho Asegurado.
4. El Tomador no pague la prima correspondiente al Asegurado en el plazo establecido en la cláusula de período de gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considera vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada, en cuyo caso la Aseguradora notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del período de gracia.
5. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
6. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

CLÁUSULA 9. CONDICIONES VARIAS

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato corresponde a un Seguro Colectivo de adhesión del ramo de Otros Daños a los Bienes y de la línea de Tarjetas, el cual podrá ser contratado exclusivamente por el Tomador bajo la modalidad contributiva o modalidad no contributiva.

B. ELEGIBILIDAD

El Tomador debe garantizar que los Asegurados que figuren en el reporte que sirve de base para la expedición de esta Póliza y las futuras inclusiones, deben reunir los siguientes requisitos:

- a. Ser residente de Costa Rica.
- b. Poseer una cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito o débito vigente y emitida por la entidad financiera legalmente establecida en Costa Rica.
- c. No registrar antecedentes jurídicos penales o investigaciones en curso por fraude o robo.
- d. Conocer el reglamento de utilización de la tarjeta de crédito o débito.
- e. No registrar antecedentes de mal uso de un crédito o mora en el pago de sus obligaciones crediticias, incluyendo tarjetas de crédito.

C. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador, la Aseguradora llevará un registro de asegurados en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas, sumas aseguradas por cobertura, cuenta bancaria o tarjeta de crédito o débito vinculada al seguro, así como el número de Certificado Individual de Cobertura que le corresponde.

D. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de esta Póliza serán expresados en la moneda que se indique en el Certificado Individual de Cobertura.

En caso de que el seguro haya sido contratado en dólares de los Estados Unidos de América y las obligaciones de la Aseguradora se requieran cumplir en moneda nacional, se tomará en cuenta el tipo de cambio referente para la venta que el Banco Central de Costa Rica publique en la fecha en que se efectúe el pago.

E. OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

La Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al 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.

F. TRASPASO O CESIÓN

La Aseguradora no reconocerá traspaso o cesión alguna que, de sus derechos sobre el seguro, haga el Asegurado o Tomador.

G. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Aseguradora prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

H. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta Póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

I. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de un Certificado Individual de Cobertura, según el caso, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del interesado.

J. EDADES DE ADMISIÓN

Al ser esta Póliza un seguro del ramo de Otros Daños a los Bienes y de la línea de Tarjetas, está sujeto a los límites de edad mínima aceptable que la entidad financiera establezca, al ofrecer las tarjetas de crédito o débito a los posibles Asegurados.

K. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

La Aseguradora emitirá un Certificado Individual de Cobertura que será entregado al Asegurado como constancia de ingreso al seguro, indicando la fecha de inicio y el límite de la cobertura.

El Certificado Individual de Cobertura estará en vigor y la cobertura podrá ser reclamada únicamente cuando esté incluido en el listado de Asegurados que el Tomador enviará periódicamente a la Aseguradora. La Aseguradora no será responsable por cualquier reclamo referente a un Certificado Individual de Cobertura que no haya sido incluido por el Tomador en el listado de Asegurados.

L. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Aseguradora resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador o los Asegurados, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

En caso de que sea aplicable, se entiende que el Asegurado y/o Tomador podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Aseguradora, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza.

M. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada a la Aseguradora tanto por el Tomador como por el Asegurado será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte del Asegurado en lo que refiere a su información personal, o ante requerimiento de la autoridad competente.

Asimismo, la Aseguradora 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.

CLÁUSULA 10. CONTROVERSIAS

Todas las divergencias que surjan bajo esta Póliza, en relación con la indemnización a pagar, podrán ser sometidas de común acuerdo entre las partes para su solución de acuerdo con alguno de los procedimientos (mediación, conciliación o arbitraje) previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N° 7727 de 9 de diciembre de 1997.

CLÁUSULA 11. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas a la Aseguradora quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza por medio de Anexo.

En caso de que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Aseguradora procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las comunicaciones del Asegurado y/o Tomador a la Aseguradora que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas y/o sucursales.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, bajo el registro G07-46-A07-1046 de fecha 12/07/2022