

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

SEGURO DE TARJETA CRÉDITO / DÉBITO CON ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES.....	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN.....	12
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	12
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	12
ÁMBITO DE COBERTURA.....	12
SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS.....	12
3. COBERTURA BÁSICA.....	12
4. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES	14
5. COBERTURAS DE SERVICIOS - OPCIONALES	16
SECCIÓN II: INTERESES CUBIERTOS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD	16
6. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)	16
7. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD	17
SECCIÓN III: EXCLUSIONES	17
9. EXCLUSIONES GENERALES.....	17
10. EXCLUSIONES ESPECIALES	18
11. EXCLUSIONES ADICIONALES PARA LAS COBERTURAS DE “MUERTE ACCIDENTAL” e “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”.....	19
12. CAMBIOS O MODIFICACIONES	20
SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA	21
13. LÍMITES GEOGRÁFICOS	22
14. PERIODO DE COBERTURA	22
SECCIÓN V: DEDUCIBLES	22
15. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES	22
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	22
16. BENEFICIARIO	22
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES.....	23
17. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	23
18. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO	23



19. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)	24
20. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO).....	25
21. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)	25
23. NULIDAD ABSOLUTA DE DERECHOS	25
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	26
24. ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y ADVERTENCIA EN CASO DE RETRASO EN EL PAGO	26
RECARGOS Y DESCUENTOS.....	26
25. RECARGOS Y DESCUENTOS	26
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	26
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	30
32. VIGENCIA DEL SEGURO	30
33. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	30
34. DERECHO DE PRÓRROGA.....	31
CONDICIONES VARIAS	32
37. SEGURO COLECTIVO	32
38. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	32
39. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	32
40. PROTECCIÓN DE DATOS	33
41. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO	33
42. SUBROGACIÓN.....	33
43. TRASPASO – CESIÓN DE INTERESES.....	33
44. MONEDA.....	33
45. LEGISLACIÓN APLICABLE	34
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	34
46. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	34
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	35
47. NOTIFICACIONES.....	35

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 las Condiciones Particulares (denominado en adelante el “Contratante” o el “Tomador” y/o 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, Coaseguro, Copagos 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 de esta póliza, las expresiones siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna:

1. **ACCIDENTE:** Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta 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.

Para efecto de las coberturas de “MUERTE ACCIDENTAL” e “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”, debe entenderse como la acción repentina de un agente externo, 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, lo cual puede determinarse por un Médico. Incluye dentro de este concepto: a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, por inmersión en el agua u obstrucción y la electrocución; b) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado; c) Picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos; d) La rabia, el carbunco o tétano de origen traumático. la acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el Asegurado, como consecuencia del mismo.

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. **ANQUILOSIS:** La limitación total de los movimientos de una articulación móvil.
4. **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 el Certificado de Seguro. El Asegurado pueden ser Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, según se indique en el Certificado de Seguro. Reside en el territorio nacional y es toda persona física Tarjetahabiente del Tomador del Seguro
5. **BENEFICIARIO:** Es la persona física o jurídica que tiene un interés lícito de carácter económico o afectivo en la cosa o personas aseguradas, en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
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. **CARGO:** Gasto atribuido a la tarjeta de crédito o débito.
8. **CATÁSTROFE NATURAL:** Evento repentino causado por una alteración, reacción de la naturaleza o enfermedad, que por su magnitud o intensidad ocasiona daños graves a la comunidad y es declarado por la autoridad nacional como de orden catastrófico. Para efecto de este Seguro se consideran los siguientes: avalancha, granizo, tsunami, huracán, tormenta, tornado, erupción volcánica, incendio forestal, inundación, terremoto, sequía, endemia, epidemia o pandemia.

9. **CENTRAL DE ASISTENCIAS:** Es la oficina que coordina ciertas reclamaciones o gestiones realizadas con motivo de esta póliza.
10. **CERTIFICADO DE SEGURO:** Es el documento expedido por la Compañía que contiene información mínima requerida para informar al Asegurado sobre sus condiciones de aseguramiento una vez que se adhiere él.
11. **CLÁUSULAS:** Son las disposiciones establecidas en el Contrato de Seguro a través de las Condiciones Generales y Particulares.
12. **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.
13. **COBERTURAS:** Son aquellas protecciones que otorga la Compañía en el Contrato de Seguro.
14. **CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones de las partes contratantes.
15. **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, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.
16. **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.
17. **CONSENTIMIENTO:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Asegurado y la entidad aseguradora determinado en el Contrato de Seguro.
18. **CONTRATANTE / TOMADOR:** 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.
19. **CONTRATO DE APERTURA DE CRÉDITO 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, Emisor y Tarjetahabiente, con que se procederá en referencia a la Cuenta de Crédito o débito autorizada por el Emisor y aceptada por el Tarjetahabiente.
20. **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.

- 21. 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).
- 22. 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 días (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del seguro.
- 23. 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.
- 24. DÍA DE PAGO:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 25. DINERO Y VALORES:** Incluye dinero corriente en billetes o en monedas y transacciones que representen dinero o bienes.
- 26. EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- 27. 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 con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.

- 28. ENTIDAD ASEGURADORA:** Denominado también Asegurador o Compañía Aseguradora 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.
- 29. 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 en referencia.
- 30. EXTRAVÍO:** Poner la Tarjeta de Crédito o Débito en otro lugar que el que debía ocupar o no encontrarla en su sitio e ignorarse su paradero.
- 31. FALSIFICACIÓN:** Alteración de la Tarjeta de Crédito o Débito con el objeto de engañar o perjudicar a un tercero.
- 32. FORTUITOS:** Inesperado que no se prevé.
- 33. FRAUDE:** Engaño mediante el cual alguien produce un daño de carácter económico al Tarjetahabiente, haciendo uso de la Tarjeta de Crédito o Débito y beneficiándose a sí mismo, bien sea para usurpar derechos o para eludir obligaciones legales.
- 34. 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.
- 35. GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
- 36. HOMICIDIO:** Significa la muerte del Asegurado causada por hechos de otra persona. Se entiende como homicidio doloso o intencional, el causado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado, o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos y actúa a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, tal como establecen los artículos 31, 111 y 112 del Código Penal de Costa Rica. El homicidio culposo o involuntario es el causado por hechos accidentales, fortuitos o involuntarios del causante, o como consecuencia del proceder negligente o culposo, de acuerdo a lo expresado en el artículo 117 del Código Penal de Costa Rica.
- 37. HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia de la póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 38. HURTO:** El apoderamiento no autorizado de la Tarjeta de Crédito o Débito sin la aplicación de la fuerza en los bienes o violencia física en las personas.
- 39. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es el estado en que se encuentra un Asegurado como consecuencia de haber sufrido una Lesión o una Enfermedad, que le impide, de forma total y absoluta, generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un período no menor de nueve (9) meses continuos y que cumpla con la condición de que la probabilidad de recuperación, desde el punto de vista médico, sea nula, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente el Asegurado. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y permanente de esta póliza no guarda relación

alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.

- 40. INFRASEGURO:** Situación que ocurre cuando, al momento del siniestro, la Suma Asegurada corresponde a un valor inferior al Valor Real del bien asegurado. En consecuencia, la Compañía sólo responde en proporción de lo asegurado y lo que ha dejado de asegurarse.
- 41. INSPECCIÓN:** Es un análisis o evaluación más detallada de los riesgos que el departamento o unidad de Ingeniería de la Compañía considere más relevantes.
- 42. 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.
- 43. 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.
- 44. LESIÓN:** Es un daño corporal, enfermedad o dolencia, incluyendo cuidado requerido, pérdida de servicios o muerte que resulte, causados exclusivamente por Accidente.
- 45. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en concepto de una cobertura particular según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 46. 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.
- 47. 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.
- 48. 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.
- 49. PÉRDIDA:** Carencia o privación de la Tarjeta de Crédito o Débito por haberla confundido o por no encontrar la cosa que poseía, sea por descuido del poseedor o por acto involuntario. Para efecto de cobertura de "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE", debe entenderse también como la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado de manera tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones.
- 50. PÉRDIDA DE LA MANO:** Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación de la muñeca.
- 51. PÉRDIDA DE LA VISIÓN:** La pérdida completa e irreparable del sentido de la visión, es decir el estado de ceguera.
- 52. PÉRDIDA DE UN DEDO:** La separación absoluta y completa de dos falanges.
- 53. PÉRDIDA DE UN PIE:** Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación del tobillo.

- 54. PERIODICIDAD DE PAGO:** Frecuencia en la que el Asegurado se compromete a realizar los pagos de la prima (anual, semestral, trimestral, o mensual) en el domicilio de la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 55. PERÍODO DE COBERTURA:** Se entiende que la cobertura puede ser sobre la “base de ocurrencia” o sobre la “base de reclamación”. Sobre la “base de ocurrencia”, el seguro 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. Sobre la “base de reclamación”, sólo cubrirá los reclamos que presente el Asegurado a la Compañía dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la Vigencia de la Póliza o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes.
- 56. PHARMING:** Riesgos excluidos en la presente póliza. Es cuando mediante la alteración del servidor de DNS de un proveedor de servicios de internet y del DNS del sistema operativo de la computadora de un usuario para lograr de alguna manera modificar el archivo host de la computadora del usuario, sin su consentimiento, quien finalmente luego de digitar las direcciones de internet en su navegador será redireccionado a una página de internet fraudulenta.
- 57. PHISHING:** Riesgos excluidos en la presente póliza. Consiste en enviar un correo electrónico al asegurado, el cual proviene de un ente oficial, pero en realidad es falso, y en cuyo contenido se hace una solicitud expresa para actualizar la información confidencial perteneciente al asegurado, como el nombre, contraseña, número de tarjeta y PIN entre otros, los cuales terminan en los computadores de los estafadores.
- 58. PÓLIZA DE SEGURO:** 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 el Certificado de Seguro. Descrito en adelante como el “Seguro”.
- 59. PRIMA:** Precio o suma que paga el Contratante por la protección solicitada, durante la Vigencia de la Póliza establecida en las Condiciones Particulares.
- 60. PRIMA NO DEVENGADA:** Corresponde a la porción de la prima aplicable al período no transcurrido de la Vigencia de la Póliza. Por ejemplo, en el caso de una prima para 12 meses de vigencia la prima no devengada al final del primer mes de vigencia correspondería a 11/12 de la prima.
- 61. 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.
- 62. RECLAMANTE:** Persona física que actúa en calidad de tutor, albacea o representante de los menores designado por el Juez de la sucesión.
- 63. 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.
- 64. 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.

- 65. ROBO:** El apoderamiento ilegítimo de la Tarjeta de Crédito o Débito perteneciente al Tarjetahabiente, del interior, local o directamente del Tarjetahabiente, consignado en los registros del Contratante de la presente Póliza, con fuerza en los bienes o con violencia física en las personas, sea que la violencia tenga lugar antes, durante o después del Robo, para facilitarlos o para procurar impunidad. En el caso de fuerza en los bienes se entiende que existe, cuando el Robo se verifica con rompimiento de muros, paredes, techos o suelos, forzamiento o fracturando puertas o ventanas interiores o exteriores o con la fractura o forzamiento de muebles, arcos o cualquier otra clase de bienes cerrados, de lo cual deben de quedar marcas visibles producidas por herramientas, explosivos, electricidad o productos químicos. En caso de violencia sobre las personas, se entiende que la hay, cuando ha mediado intimidación o cuando se ejerza sobre ellas la fuerza física o la de cualquier instrumento que sirva como arma o se haga uso de medios hipnóticos o de narcóticos.
- 66. 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.
- 67. SINIESTRO:** Constituye la acción o aparición del riesgo que hace exigible la obligación de la Compañía. Acontecimiento inesperado, accidental, súbito, imprevisto y ajeno a la voluntad del Asegurado, del que derivan los daños indemnizables por la póliza producto del cual sufre daños el bien asegurado. Sinónimo de evento.
- 68. SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
- 69. 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.
- 70. SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico que declara el Asegurado en el formulario, cuestionario o solicitud de seguro sobre su persona o sus bienes, y que es determinante para que la Compañía establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la Compañía en concepto de siniestro(s) durante la vigencia de la póliza para una o varias coberturas. Para evitar coaseguros o infraseguro la suma asegurada debe corresponder al Valor Real del bien.
- 71. 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.
- 72. 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.
- 73. TARIFA:** Factor, generalmente dado en porcentaje, que determinará la prima de la póliza.
- 74. TIEMPO DE ESPERA:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

- 75. VALOR REAL:** Es el precio o valor comercial del bien asegurado que contempla las depreciaciones de acuerdo con la vida útil del bien.
- 76. VENCIMIENTO:** Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.
- 77. 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.
- 78. VISHING:** Riesgos excluidos en la presente póliza. Es una práctica fraudulenta que consiste en el uso del Protocolo Voz sobre IP (VoIP) y de la ingeniería social para engañar personas y obtener información delicada como puede ser información financiera o información útil para el robo de identidad.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro será un contrato de adhesión el cual se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Solicitud de Seguro, Certificado de Seguro, 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, Certificado de Seguro y Solicitud de Seguro, 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.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIESGOS CUBIERTOS

3. COBERTURA BÁSICA

La presente póliza cubre el 100% de la(s) transacción(es) realizada(s) por persona(s) no autorizada(s) con cargo a las cuentas de crédito o débito por el uso de cualquier tarjeta perteneciente o asociada a dicha cuenta, que haya sido emitida por el Contratante e identificada debidamente en el registro del mismo, causados directa y únicamente por el uso de la tarjeta robada, hurtada, perdida, o extraviada, así como por el fraude o falsificación de cualquiera de la(s) tarjeta(s) de crédito o débito (o con la misma) perteneciente a dicha cuenta de crédito o débito, siempre que tal(es) transacción(es) haya(n) sido en un periodo de tiempo no mayor de cuarenta y ocho (48) horas antes de la recepción del reporte de pérdida, robo, extravío, hurto, fraude o falsificación ante el Contratante. Lo anterior en los límites territoriales y hasta el Límite de Responsabilidad descritos en las Condiciones Particulares; y en tal caso la Compañía indemnizará el monto de los cargos a dicha cuenta, en la moneda en que se hayan efectuado tales cargos.

Los riesgos o transacciones cubiertas por la presente póliza serán y se ejecutarán según las siguientes condiciones, sin exceder en ningún caso el Límite de Cobertura o Suma Asegurada de la presente póliza:

a) Cargos hechos tanto dentro como fuera del país, siempre que la tarjeta de crédito o débito haya sido emitida por el Contratante dentro de los límites geográficos de la República de Costa Rica.

b) El 100% de la(s) transacción(es) realizada(s) por persona(s) no autorizada(s), con la tarjeta perdida, robada, hurtada o extraviada, siempre que tal(es) transacción(es) haya(n) sido en un periodo de tiempo no mayor de cuarenta y ocho (48) horas antes de la recepción del reporte de pérdida, ante el Contratante.

c) En caso de falsificación o utilización del número de alguna de las tarjetas de la cuenta de crédito o débito del Asegurado, éste quedará eximido en su totalidad del pago de las transacciones fraudulentas que con ella se hiciera, asumiendo la Compañía el 100% de pérdida dentro de los límites de la suma asegurada siempre que la tarjeta no haya salido de la posesión del Tarjetahabiente y que las transacciones hayan sido realizadas mediante el empleo de un instrumento con un número de tarjeta correspondiente a una de las tarjetas de la cuenta de crédito o débito del Asegurado, que haya sido impresa para simular una Tarjeta de Crédito o Débito válida sin serlo o que siéndolo haya sido mutilada o modificada con el propósito de defraudar. En dado caso, el Tarjetahabiente debe dar aviso respectivo al Contratante al momento de identificar movimientos no autorizados o bien antes de los 15 días posteriores de recibir el estado de cuenta.

d) Asalto en cajeros automáticos, entendiéndose como tal el Robo de los retiros en efectivo, que se produzcan durante 2 horas siguientes al retiro en un RADIO DE MIL (1,000) METROS DONDE SE REALIZO EL RETIRO DE EFECTIVO, por personas que usen agresión física o mediante intimidación contra la vida o integridad física del Asegurado o Tarjetahabiente. Ese amparo está sujeto a un monto máximo de mil dólares (\$1.000) por evento. **Esta cobertura se limita a un máximo de hasta \$1.000 por evento, con un límite de hasta 4 eventos por año, sujeto a la suma asegurada que señala la póliza.**

e) El valor de los productos que hayan sido adquiridos con la tarjeta de crédito o débito asegurada, y que posteriormente fueren objeto de robo o hurto dentro o fuera del territorio de Costa Rica dentro de los 20 días siguientes a la fecha de adquisición, siempre y cuando su valor de adquisición sea igual o superior a ciento cincuenta dólares (\$150.00). Este amparo está sujeto a un límite agregado anual máximo del 50% del Límite de Responsabilidad abajo indicado para la Cobertura Básica. **Esta cobertura se limita a un máximo de hasta 4 eventos por año, sujeto a la suma asegurada que señala la póliza**

f) Cargos bancarios para la reposición de la tarjeta por causa de robo, hurto u extravío. **Esta cobertura no contiene límite de eventos, sujeto a la suma asegurada que señala la póliza**

g) Reembolso de gastos de interrupción de viaje en un transporte aéreo, cuyo boleto se adquirió con la tarjeta asegurada, a consecuencia de secuestro del tarjetahabiente con la intención de robar la tarjeta asegurada. Este amparo cuenta con un límite de quinientos dólares (\$500.00) por evento y está sujeto a un límite agregado anual máximo del 50% del Límite de Responsabilidad abajo indicado para la Cobertura Básica. **Esta cobertura no contiene límite de eventos, sujeto a la suma asegurada que señala la póliza**

h) Reembolso del costo de trámite de reposición de la cédula de residencia el pasaporte o licencia de conducir del tarjetahabiente cuando tenga origen en el robo, hurto o extravío simultáneo de cualquiera de dichos documentos y la tarjeta asegurada.

El Límite de Responsabilidad no excederá de \$30.000,00 (treinta mil dólares) por Asegurado, independientemente de la cantidad de tarjetas adicionales que estén vinculadas con la tarjeta asegurada. El Límite de Responsabilidad correspondiente a cada Asegurado estará indicado en el Certificado de Seguro.

La cobertura de la presente póliza corresponde a la categoría de Seguros Generales; y podrán ser contratadas en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Contratante con los Asegurados. 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.

DEDUCIBLE: La Cobertura Básica no contempla deducibles.

4. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Tomador y la Compañía pueden convenir en adicionar a esta Póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares. **Se deja constancia que esta cobertura no incluirá a los Tarjetahabientes adicionales:**

A. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

Al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento de un Asegurado, producida como consecuencia inmediata de un Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada convenida menos las cantidades abonadas en concepto de incapacidad total y permanente y desmembramiento, siempre que dicho accidente haya ocurrido.

Solamente se cubrirá la muerte que se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días naturales de ocurrido el Accidente y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las Lesiones provocadas por el mismo.

Esta cobertura comprenderá:

- **Muerte en Accidente Aéreo:** La Compañía pagará la Suma Asegurada, si el Asegurado muere como consecuencia de un accidente aéreo, ocurrido de manera fortuita y repentina, independiente de la voluntad de cualquier persona, durante el ascenso, vuelo o descenso de una aeronave de una aerolínea comercial autorizada, con itinerario fijo y horarios de vuelos públicos, en la cual el Asegurado viaja como pasajero, pero no como miembro de la tripulación.
- **Homicidio Culposo:** La Compañía pagará la suma asegurada, si el Asegurado muere víctima de un Homicidio culposo.

El Beneficiario designado, podrá elegir por recibir la Suma Asegurada, en un sólo pago al momento de la liquidación del reclamo correspondiente, o por la opción de recibir una sexagésima parte de la suma asegurada durante sesenta (60) meses hasta alcanzar la totalidad de la Suma Asegurada.

B. COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

La Compañía se compromete al pago de la Suma Asegurada, de acuerdo al valor indicado en la "TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE" inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente o desmembración del Asegurado.

Todo ello hasta la Suma Asegurada establecida para cada caso en las Coberturas Básicas y Adicionales. En el caso que no se hubiera establecido Suma Asegurada para alguna de las causales descritas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente Póliza de Seguro.

TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACION EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida:.....	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.....	100%
Pérdida de ambas manos.....	100%
Pérdida de ambos pies.....	100%
Pérdida de la vista de ambos ojos.....	100%
Pérdida de una mano y un pie.....	100%
Pérdida de una mano y la vista de un ojo.....	100%
Pérdida de un pie y la vista de un ojo.....	100%
Pérdida de la voz y el habla.....	100%

PARCIAL

Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos.....	50%
Ablación de la mandíbula inferior.....	50%
Pérdida total de un ojo, reducción de la mitad de la visión binocular normal.....	50%
Sordera total e incurable de un oído.....	50%

Miembros superiores

	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total).....	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional.....	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional.....	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.....	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.....	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio.....	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique.....	8%	6%

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).....	30%
Fractura no consolidada de una rótula.....	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%

Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.....	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.....	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros.....	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

Cuando como consecuencia de un mismo Accidente resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentuales respectivos. Sin perjuicio de lo anterior, el Beneficio total no debe exceder el cien por ciento (100%) de la Suma.

El Asegurado podrá elegir por recibir la Suma Asegurada, en un sólo pago al momento de la liquidación del reclamo correspondiente, o por la opción de recibir una sexagésima parte de la suma asegurada durante sesenta (60) meses hasta alcanzar la totalidad de la Suma Asegurada.

DEDUCIBLE: No hay.

5. COBERTURAS DE SERVICIOS - OPCIONALES

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Tomador y la Compañía pueden convenir en adicionar a esta Póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares y adheridas mediante Addendum:

ADDENDUM - A - COBERTURA DE SERVICIO: COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.

ADDENDUM - B - COBERTURA DE SERVICIO: PLAN DE ASISTENCIA VIAJERA.

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

6. OBJETO DEL SEGURO (INTERESES CUBIERTO)

El objeto de la presente póliza consiste en amparar el interés asegurable del Contratante y/o del Tarjetahabiente, por los cargos efectuados contra su cuenta de crédito o débito, como resultado única y exclusivamente de la utilización por pérdida, hurto o robo de cualquier tarjeta de crédito o débito en uso, que haya sido emitida en la República de Costa Rica por el Contratante, para uso a nivel mundial e identificada debidamente en el registro del mismo o por la utilización de tarjetas de crédito o débito, fraudulentas, alteradas o falsificadas, que se hayan presentado como emitidas por el Contratante, y el uso posterior de dichas tarjetas por cualquier persona no autorizada, a partir del momento de expedición de la póliza y de los Certificados de Seguro.

Se trata entonces de una cobertura que ampara contra los cargos a una cuenta de crédito o débito del Tarjetahabiente, ocasionados por los eventos mencionados, utilizando la tarjeta física, una falsificación de la misma o el uso indebido del número de tarjeta, suma del valor de las transacciones de compra de bienes, disfrute de servicios o de retiros en efectivo que realice un

tercero de manera fraudulenta hasta por el límite de la cobertura y siempre que esto ocurra sin el consentimiento o autorización del Tarjetahabiente.

Adicionalmente, se ofrece como coberturas adicionales opcionales la cobertura de accidentes personales antes descrita, así como las coberturas adicionales opcionales de servicio las coberturas de gastos funerarios, y la cobertura de asistencia viajera conforme detalladas en la agenda correspondiente.

7. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

Los límites de responsabilidad o suma asegurada para los riesgos cubiertos serán detallados en las Condiciones Particulares de la póliza.

8. 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.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

9. EXCLUSIONES GENERALES

Queda mutuamente entendido y convenido que esta póliza no cubre y que la Compañía no será responsable por los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a) Pérdida, daño o gasto causado por, o que se atribuya a la desaparición misteriosa o inexplicable de cualquiera de las tarjetas de crédito o débito descritos en esta póliza;**
- b) Las pérdidas o daños que directa o indirectamente provengan de la infidelidad, dolo o mala fe, culpa grave del Contratante, o el Tarjetahabiente, sus empleados, beneficiarios o personas por quienes éstos sean civilmente responsables;**
- c) Pérdida consecencial o costos financieros derivados del uso fraudulento, pérdida o extravío de la tarjeta;**
- d) Las pérdidas o daños que directa o indirectamente, inmediata o remotamente sean causados, acarreados o producidos en conexión o con motivo de hostilidades, acciones u operaciones bélicas o invasión de enemigo extranjero (haya o no declaración de guerra) o de guerra civil, revolución, rebelión, insurrección u otros hechos y delitos contra la seguridad interior del país, aunque no sean a mano armada; o bien de la administración y gobierno de cualquier territorio o zona en estado de sitio, de suspensión de garantías, bajo el control de autoridades militares o de acontecimientos que originen estas situaciones de hecho o de derecho o que de ellos se deriven directa o indirectamente, inmediata o remotamente de incendio directa o indirectamente relacionado con ellos o de cualquier tentativa a ellos como quiera que se originen; tampoco cubre pérdida o daño por cualquier arma de guerra que emplee la fisión y/o fusión u otra reacción atómica o nuclear en tiempo de paz o de guerra;**

e) Pérdida o daño de ninguna naturaleza que, directa o indirectamente, sea ocasionado por o resulte de o sea a consecuencia de cualquiera de los hechos siguientes, a saber: Motín de fuerzas armadas; conmoción civil que asumiere las proporciones de o llegase a constituir un levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado, o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en conexión con cualquier organización con actividades dirigidas al derrocamiento por la fuerza, del gobierno de hecho o de derecho o al influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia. En cualquier acción judicial, litigio u otro procedimiento en que la compañía sostenga que, en virtud de las estipulaciones de esta Condición, la pérdida o daño reclamado no esté amparado por este seguro, la obligación de comprobar y el cargo de la prueba de que tal pérdida o daño sí está amparado recaerán sobre el Asegurado;

f) Pérdida, daño, deterioro o gasto causado por lo que resulte de la fisión y/o fusión atómica o nuclear u otra reacción o fuerza o materia radioactiva.

g) Este seguro no ampara y por lo tanto la Compañía no estará obligada a pagar pérdida, daño moral, material y/o consecuencial ni lucro cesante ocasionados al Asegurado y/o terceros y/o a los bienes Asegurados, ya sean estos de propiedad del Asegurado y/o terceros, si dichos daños y/o pérdidas son causados como consecuencia directa o indirecta de la imposibilidad de generar, procesar cálculos y/o información correctas, cualquiera que sea su tipo, y/o por el fracaso, incapacidad para operar, procesar datos y/o información sin error, o por sus consecuencias, causadas por o a través de cualquier procesador electrónico de datos, equipo de cómputo o programas, (software), cerebros electrónicos de cualquier tipo, donde quiera que estos puedan estar instalados, debido al incorrecto registro, incorrecto manejo, al no reconocimiento y/o no procesamiento antes, durante o después del año dos mil (2000) en la información de fechas o en cualquier otro campo procesador de datos que se relacione directa o indirectamente con estos.

Este seguro tampoco ampara las sumas que el Asegurado llegara a estar obligado civilmente a pagar a título de daño y/o perjuicios a causa de lesiones corporales o daños a la propiedad ajena, ni la Compañía estará obligada a defenderlo ni a costear su defensa y en consecuencia no ampara las costas y gastos legales imputables o incurridos por el Asegurado en su propia defensa si todas estas surgen como consecuencia directa o indirecta de la imposibilidad de generar, procesar cálculos y/o información correctas, cualquiera que sea su tipo, y/o por el fracaso, incapacidad para operar, procesar datos y/o información sin error, o por sus consecuencias, causadas por o a través de cualquier procesador electrónico de datos, equipo de cómputo o programas, (software), cerebros electrónicos de cualquier tipo, donde quiera que estos puedan estar instalados, debido al incorrecto registro, incorrecto manejo, al no reconocimiento y/o no procesamiento antes, durante o después del año dos mil (2000) en la información de fechas o en cualquier otro campo procesador de datos que se relacione directa o indirectamente con estos.

10. EXCLUSIONES ESPECIALES

En adición a lo indicado en la cláusula “EXCLUSIONES GENERALES”, la presente póliza no ampara, y por consiguiente la Compañía no será responsable bajo ninguna circunstancia, por aquellos siniestros ocasionados directa o indirectamente por o en caso de:

a) Reclamos presentados por riesgos amparables por esta póliza ocurridos luego de transcurridos quince (15) días calendario de haber recibido el Tarjetahabiente el Estado de Cuenta por el Contratante en las que aparecen transacciones fraudulentas que no fueron reportadas por negligencia en su revisión.

- b) **Transacciones realizadas por el Tarjetahabiente, o por una persona autorizada por él, para hacer uso de su tarjeta, número de cuenta o número personal de identificación (PIN);**
- c) **Infidelidad, fraudes, alteración de documentos, falsificación, utilización del número de tarjeta, cuenta o la tarjeta misma, cometidos por empleados directos o indirectos del Tarjetahabiente, o por negligencia o falta de controles del mismo;**
- d) **Robo de la identidad del Tarjetahabiente para riesgos no contemplados en las coberturas de la presente póliza, dentro de los que pueden ser mencionados el phishing, el pharming, y el vishing.**
- e) **Hurto, pérdida, extravío, así como falsificación o fraude, causado por dolo del Asegurado o infidelidad de una persona a quien se le haya confiado la tarjeta, número de cuenta o número personal de identificación (PIN).**
- f) **Retiros de efectivo en cajeros, salvo lo indicado en el inciso d) de la Cobertura Básica.**
- g) **Los cargos generados por el uso de la tarjeta con motivo o a causa de extorsión realizada por terceras personas, aun cuando los cargos sean realizados directamente por el Asegurado.**

11. EXCLUSIONES ADICIONALES PARA LAS COBERTURAS DE “MUERTE ACCIDENTAL” e “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”:

En adición a lo indicado en la cláusula “EXCLUSIONES GENERALES”, la presente póliza no ampara, y por consiguiente la Compañía no será responsable bajo ninguna circunstancia, por aquellos siniestros ocasionados directa o indirectamente por o en caso de:

- a) **Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad que no sea causada directamente por accidentes u otros hechos cubiertos por la presente póliza, tales como, pero no únicamente, el Homicidio doloso.**
- b) **Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo; suicidio o tentativa de suicidio.**
- c) **Lesiones causadas intencionalmente por el Beneficiario o por cualquier otra persona.**
- d) **Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo o de los Beneficiarios de esta póliza.**
- e) **Efectos de la energía nuclear en cualquier forma.**
- f) **Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, inundaciones, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y otros.**



- g) Accidentes ocasionados como consecuencia de que el Asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.
- h) Lesiones durante la participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.
- i) Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en líneas aéreas comerciales autorizadas con itinerario fijo, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.
- j) Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de leyes, decretos, reglamentos, ordenanzas y otras normas legales vigentes.
- k) Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del Asegurado.
- l) Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
- m) El Homicidio doloso.
- n) La muerte accidental en vuelos en avión privado.
- o) La incapacidad temporal.
- p) Cualquier gasto médico..

De ocurrir el fallecimiento o incapacidad total y permanente del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura, por lo que la misma no operará, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a las demás coberturas y a los demás asegurados.

Esta cobertura no incluirá a los Tarjetahabientes adicionales.

RESIDENCIA: Para los efectos de esta Cobertura Adicional, solo estarán cubiertos los Asegurados que residan permanentemente en la República de Costa Rica.

12. CAMBIOS O 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 terminado el contrato si demuestra que las nuevas condiciones del riesgo 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 treinta (30) días calendario 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).

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).

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.

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 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 Asegurado 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 calendario 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 si en el plazo de diez (10) días hábiles contado a partir del recibo de la propuesta de modificación, la persona asegurada no la acepta.

La falta de notificación 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 DEL SEGURO". La terminación del seguro 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, el bien asegurado o a la cancelación del seguro, siendo que la Compañía notificará al Contratante con una antelación de treinta (30) días calendario 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.

SECCIÓN IV: LÍMITES O RESTRICCIONES DE COBERTURA

13. LIMITES GEOGRÁFICOS

A menos que se estipule de otra manera en esta póliza, este seguro se aplica a cualquier tarjeta de crédito o débito en uso, que haya sido emitida en la República de Costa Rica por el Contratante, para su utilización en cualquier parte del mundo.

Para efectos de las coberturas adicionales opcionales de "MUERTE ACCIDENTAL" e "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE", la cobertura geográfica será de carácter mundial. Sólo estarán cubiertos los Asegurados que residan permanentemente en la República de Costa Rica.

14. PERIODO DE COBERTURA

El Periodo de Cobertura de la cobertura básica de esta póliza es sobre la base de la reclamación del siniestro, salvo que las partes pacten mediante Addendum que se trate sobre la base de ocurrencia. En ese sentido, el presente seguro sólo cubrirá los reclamos que presente el Asegurado a la Compañía dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la Vigencia de la Póliza o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes.

En el caso de las coberturas adicionales opcionales de "MUERTE ACCIDENTAL" e "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE", el Periodo de Cobertura será sobre la base de la ocurrencia del siniestro.

SECCIÓN V: DEDUCIBLES

15. CLÁUSULA DE DEDUCIBLES

De la indemnización total que corresponda bajo los términos y condiciones pactados, se restará el deducible que conste en las Condiciones Particulares de la póliza, según las opciones establecidas en las Condiciones.

El deducible que se haya establecido 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 existiesen.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

16. BENEFICIARIO

En el caso de la cobertura adicional opcional de "MUERTE ACCIDENTAL", el Asegurado designará libremente a su(s) Beneficiario(s) al momento de suscribir la Póliza y podrá modificarlos en cualquier momento, siempre que el Seguro este vigente, mediante una notificación de documento escrito y firmado por el Asegurado dirigido a la Compañía.

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

Beneficiarios(s). Cualquier cantidad para la que no haya Beneficiario(s) designado al fallecimiento del Asegurado, será pagada a la orden del albacea del proceso sucesorio respectivo. Cuando no se designe Beneficiario(s), o la designación se tome ineficaz o el seguro se quede sin Beneficiario(s) por cualquier causa, se considerarán Beneficiario(s) a los herederos establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

Advertencia #1: “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.”

“Advertencia #2: Si el Beneficiario lo es en razón de un crédito a favor del Asegurado, su beneficio incluirá el Saldo Insoluto de la Deuda incluyendo intereses corrientes generados al momento del siniestro, así como las Primas que se encuentren pendientes de pago, según el contrato de crédito y la certificación contable correspondiente pero sin exceder la Suma Asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el beneficio indicado (en caso de ser aplicable), el remanente se pagará al asegurado, a sus beneficiarios distintos del acreditante o a sus herederos, según corresponda”.

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

17. 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 y la presentación de la documentación necesaria para el análisis del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Compañía se compromete a darle trámite diligente a cada uno de los reclamos interpuestos como consecuencia de la celebración del Contrato de Seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la Compañía, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva.

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

18. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado, según corresponda, sobre**

hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Si la reticencia no es intencional se procederá conforme a lo indicado en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud intencional producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

El Tomador y/o Asegurados, según corresponda, deberán cancelar la prima en las fechas establecidas para tales efectos. En caso de que el Tomador se encuentre moroso en el pago de la prima, la Compañía estará facultada a dar por terminado anticipadamente el contrato, o bien, proceder con el cobro de la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el contrato se mantenga vigente.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula “**RECLAMACIONES**”. Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

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

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

19. REGISTROS E INFORMES (OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE)

Independientemente del registro de deba mantener la Compañía, el Contratante tendrá un registro actualizado de los Asegurados por la póliza conteniendo los datos generales 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.

20. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS 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 Asegurados 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.

21. PLURALIDAD DE SEGUROS (OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL)

- a) En caso de reclamo por pérdida o daño cubierto bajo esta póliza, el Asegurado quedará obligado a declarar a la Compañía cualquiera otro seguro o seguros que amparen los mismos bienes. En caso de no declarar la existencia de otro u otros seguros que cubran el ciento por ciento del bien objeto de seguro, cualquier indemnización pagada en exceso, bajo cualquier circunstancia, deberá ser reintegrada por el Asegurado a la Compañía más los daños y perjuicios que le haya podido causar; y
- b) En caso de siniestro, o pérdida, cubierto por esta póliza, si hubiere cualquiera otro seguro, válido y cobrable, contratado en fecha anterior a la del presente, disponible al Asegurado el cual se aplicaría a la pérdida, entonces el presente seguro se aplicaría sólo como un seguro de exceso sobre tal otro seguro; tampoco contribuiría a la indemnización ni al pago de la pérdida o daño a que, de otra manera, habría lugar - sino hasta que fuese agotado tal otro seguro de fecha anterior. Si tal otro seguro no cubriera la totalidad de la indemnización, pérdida o daño, entonces esta póliza sólo respondería en orden riguroso de fechas, respecto a otros seguros, por el resto, pero con sujeción a los límites de responsabilidad correspondiente y a la aplicación de los deducibles estipulados en esta póliza.
- c) **El Asegurado no podrá estar amparado por más de una Póliza de Seguro para Gastos Funerarios expedida por la Compañía.**

22. COLABORACIÓN DEL ASEGURADO

El Asegurado prestará toda la ayuda que esté a su alcance para facilitar la investigación y el ajuste de cualquier reclamación, obligándose a presentar para su examen todos los libros, documentos, facturas y comprobantes que en cualquier forma estén relacionados con la reclamación presentada. La Compañía podrá requerir al Asegurado que colabore en todas las investigaciones y proceso a través de cualquier documento, información o declaración que sean reconocidos en derecho como válidos.

23. NULIDAD ABSOLUTA DE DERECHOS

Este contrato terminará y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas determine que el Contratante, el Asegurado, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por el representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviene del Contratante o el Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas; si proviniera de la Compañía o su representante, el Contratante o el Asegurado podrá exigir la devolución de lo pagado por primas más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios. Cuando hubiere mutuo engaño el Contratante o el Asegurado solo tendrá derecho a percibir las primas que haya pagado. La Compañía hará

el reintegro en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

24. ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y ADVERTENCIA EN CASO DE RETRASO EN EL PAGO

Las primas deberán ser pagadas 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. La Compañía 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.

La prima por Asegurado detalla las Condiciones Particulares. Las primas serán pagaderas con periodicidad anual, semestral, trimestral, o mensual, según sea elegido por el Tomador, y podrá ser pagada en las formas de Conducto de Pago que se indican en la Solicitud de Inclusión. A su vez, la prima total que deberá pagar el Tomador será la sumatoria de las primas por asegurado correspondiente al total de asegurados con corte al mes correspondiente. Bajo la modalidad contributiva, la prima que deberá cancelar cada Asegurado aparece en el Certificado de Seguro.

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.

RECARGOS Y DESCUENTOS

25. RECARGOS Y DESCUENTOS

La póliza no contempla recargos o descuentos en su emisión. No operará recargo en caso de pago fraccionado de la prima.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

26. AVISO DE SINIESTRO

- a) El Contratante, o el Asegurado, al tener conocimiento de la ocurrencia de una pérdida o daño debe denunciarlo tan pronto tenga conocimiento de ello a la Compañía por cualquier medio, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. Sin perjuicio de lo estipulado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el plazo para dar el aviso de siniestro será de 48 horas desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que el Asegurado que tuvo conocimiento del mismo por la revisión del estado de cuenta, en el entendido que para los casos de robo o pérdida de la tarjeta se debe realizar el reporte de bloqueo respectivo de

forma inmediata con el emisor de la tarjeta. Como principales medios para dar Aviso de Siniestro son: i.) a través de la línea telefónica 2503-ASSA (2503-2772) o; ii.) al correo electrónico: reclamoscr@assanet.com.

- b) El Contratante, o el Asegurado, debe denunciar los hechos ocurridos a la autoridad competente que corresponda. En caso de delitos contra la propiedad se debe avisar al Organismo de Investigación Judicial.
- c) **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.**

El Contratante, o el Asegurado, está en la obligación de trasladar toda la información del reclamo a la Compañía para su debido proceso. La Compañía está obligada a procesar el reclamo, siempre y cuando el evento acontezca durante la vigencia del contrato (póliza) y el Asegurado esté incluido en el registro de asegurados.

27. TRÁMITE DEL RECLAMO BAJO LA COBERTURA BÁSICA

Una vez dado el aviso de siniestro descrito en la cláusula anterior, el Asegurado tiene un plazo de treinta (30) días calendario para formalizar el reclamo, proporcionando a la Compañía cuantos detalles estén a su alcance con respecto a la causa y extensión de tal pérdida o daño como también a la cuantía aproximada de la pérdida.

El Contratante, o el Asegurado, debe enviar a la Compañía la reclamación formal por escrito detallando la siguiente información:

- a. En caso de ser necesario la Compañía solicitará al Contratante una carta donde exprese: solicitando la indemnización indicando el monto de la pérdida, la fecha de ocurrencia del evento, y una impresión del registro de bloqueo de la tarjeta.
- b. En caso de robo, extravío de la tarjeta o fraude sobre la misma en el extranjero, la Compañía le podrá requerir al Contratante el aporte de la copia de la denuncia efectuada por el Asegurado ante la autoridad correspondiente y fotocopia completa del documento de identidad del Asegurado.
- c. Carta firmada por el Asegurado explicando los hechos ocurridos para determinar la causa, forma, lugar, tiempo, magnitud de los daños y cualquier otra característica relevante del siniestro o en su defecto, llenar el formulario de reclamación brindado a través del Contratante.
- d. Manifestar si existen otros seguros que cubran el siniestro ocurrido; en caso afirmativo, deberá brindarse detalle.
- e. Copia del documento que identifique al Asegurado como son el documento de identidad de la persona física o de la persona jurídica, así como las calidades del mismo.

En adición, en ausencia de cualquier documento o información relativa al siniestro el Asegurado podrá aportar cualquier documento o información que sea reconocida en derecho como válida para determinar la ocurrencia del siniestro y comprobar sus características cualitativas y cuantitativas.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de la Compañía de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida liberará a esta de su obligación de indemnizar.

28. TRÁMITE DE SINIESTRO EN CASO DE MUERTE O INCAPACIDAD

Cuando la reclamación proceda con ocasión del fallecimiento o la incapacidad del Asegurado de acuerdo a las coberturas adicionales opcionales de “MUERTE ACCIDENTAL” e “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”, el Asegurado o sus familiares, según sea el caso, deberán comunicarse telefónicamente con la **Central de Asistencias** a los teléfonos y medios indicados en el Certificado de Seguro.

1. En el caso de Muerte Accidental, el Asegurado o los Beneficiarios comunicarán a la Compañía el acaecimiento del Siniestro dentro de los cinco (5) días naturales de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
2. El Asegurado o los Beneficiarios estarán obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información y documentación necesaria para verificar el siniestro o la extensión del Beneficio, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministren, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle a la Compañía las indagaciones necesarias a tales fines.
3. Toda la documentación debe ser entregada en original, salvo indicación en contrario, y estar acompañada del Formulario de Denuncia de Siniestros de la Compañía debidamente cumplimentado.
4. A partir del cumplimiento de todas las exigencias establecidas en esta cláusula por parte del Asegurado, la Compañía tiene un plazo de treinta (30) días naturales para pronunciarse acerca del derecho del Asegurado para acceder al Beneficio. Una vez vencido el plazo señalado en el párrafo precedente para que la Compañía se pronuncie acerca del derecho del Asegurado, el Beneficio se pagará dentro de los treinta (30) días naturales de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida.
5. Para efectos de la Cobertura de “MUERTE ACCIDENTAL”, los Beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:
 - a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.
 - b) Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.
 - c) Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
 - d) Estado de cuenta con el saldo insoluto de la Deuda a la fecha de la muerte del Asegurado u original de la certificación del contador del Tomador en la que se indique el valor del Saldo de la Tarjeta al momento del fallecimiento del Asegurado.
 - e) Fotocopia del documento de identificación el Asegurado.
 - f) Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, se deberá aportar:
 - g) Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció;
 - h) Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).
 - i) Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular o el trámite de apostilla respectivo.
6. Para efectos de la Cobertura de “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”, el Asegurado o Beneficiario(s) tendrá(n) que presentar los siguientes documentos:
 - a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por la Compañía.

- b) Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado.
- c) Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por la Medicatura Forense del Poder Judicial; de no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un Médico nombrado por el Asegurado, un Médico nombrado por la Compañía y un tercer Médico especialista nombrado de común acuerdo entre el médico del Asegurado y el médico de la Compañía. Los Médicos de la mencionada junta deberán tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad y cumplir con la definición indicada en la sección "DEFINICIONES". Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al Médico de su escogencia, y los honorarios del tercer Médico designado serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
- d) Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
- e) Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente o se diagnosticó la enfermedad que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
- f) Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso que la CCSS no emita dicha certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que en efecto no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.

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 a continuación.

En caso que el Asegurado o Tomador estén en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrán solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado o Tomador, según corresponda. En caso que no haya interés o no exista acuerdo entre las partes para realizar la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución de controversias establecidos en la presente Póliza.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado o Beneficiario.

29. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

- a) Toda reclamación ya ajustada, será liquidada o garantizada al Asegurado dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y aceptación de pruebas satisfactorias de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía de acuerdo con la cláusula anterior.

- b) **Ninguna pérdida o daño será pagado o garantizado bajo esta póliza si el Asegurado ha cobrado o ha aceptado otro arreglo de terceros por concepto de tal pérdida o daño sin el conocimiento previo y aceptación por parte de la Compañía.**

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.

30. DESCUBRIMIENTO

Se considerará que la pérdida resultante del uso de una tarjeta de crédito o débito fue descubierta durante la vigencia de la cobertura de la póliza, únicamente si el Contratante, o el Asegurado, descubrió por primera vez durante dicha vigencia que la tarjeta fue extraviada, robada, hurtada, falsificada y usada incorrectamente por una persona no autorizada. En dicho caso, todas las pérdidas subsiguientes resultantes del uso de dicha tarjeta, se considerarán que fueron descubiertas durante el período de vigencia de cobertura de la póliza y hasta la fecha (inclusive) de cancelación, terminación o falta de renovación.

A partir de la fecha de cancelación, terminación o falta de renovación, el Asegurado tendrá sesenta (60) días continuos, para descubrir cualquier pérdida recuperable bajo esta cobertura.

31. RECUPERACIÓN DE CARGOS FRAUDULENTOS

En caso de recuperación de cargos realizados por personas no autorizadas, que hayan sido indemnizados por la póliza, el monto recuperado deberá ser reintegrado a la Compañía por el Contratante.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

32. VIGENCIA DEL SEGURO

Este contrato podrá tener una vigencia mensual, trimestral, semestral o anual, según elegido en la solicitud de seguro, plazo contado a partir de la fecha de vigencia que se expresa en las Condiciones Particulares.

33. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud de Seguro presentada por el Contratante, o bien, si la Compañía realiza una Propuesta de Seguro, con la aceptación que el Contratante hace de esta propuesta.

Cuando se trata de la Solicitud de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que esta solicitud cumpla con todos los requisitos de la Compañía y sea aceptada dentro del plazo máximo de treinta (30) días naturales. La Compañía podrá rechazar la solicitud dentro del mismo plazo de treinta (30) días naturales.

Cuando se trata de la Propuesta de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que el Contratante acepta los términos de esta propuesta dentro del plazo de quince (15) días hábiles. En caso de nuevos ajustes realizados por el Contratante a la Propuesta de Seguro, se entenderá como una nueva Solicitud de Seguro y la cobertura entra a regir a partir de la aceptación del

riesgo por parte de la Compañía conforme a esa nueva Solicitud de Seguro para lo cual tendrá un nuevo plazo de treinta (30) días naturales.

34. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza podrá ser prorrogada por períodos iguales al inicialmente suscrito, 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 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.

35. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro otorgado por esta póliza bajo condiciones normales (no habiéndose cancelado de forma previa sea por mutuo acuerdo, falta de pago de las primas, o decisión unilateral), vencerá automáticamente en la fecha y Hora Contractual expresadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Podrá ser renovado bajo modalidad anual, semestral, trimestral o mensual de manera automática si ninguna de las partes, Contratante o la Compañía, interpone aviso de no renovación, 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.

Este contrato podrá ser terminado de forma anticipada por:

- a) La comprobación de la Compañía de la existencia de una declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- b) Fallecimiento el Asegurado.
- c) Mutuo Acuerdo.
- d) Falta de pago de primas según se estipula en la cláusula de "ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y ADVERTENCIA EN CASO DE RETRASO EN EL PAGO".
- e) Por el Contratante: Unilateralmente cuando el Contratante decida no mantener el seguro. En cuyo caso deberá dar aviso por escrito a la Compañía según la cláusula de "NOTIFICACIONES", con al menos un mes de anticipación.
- f) Por la Compañía: Unilateralmente cuando exista alguna de las siguientes circunstancias:
 - f.1. Por el incumplimiento de las obligaciones del Asegurado que derivan del Contrato de Seguro y del ordenamiento jurídico.
 - f.2. Por el surgimiento de externalidades que agraven el riesgo amparado.
 - f.3. Por cualquier causa debidamente justificada por la Compañía según los casos previstos por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Bajo la modalidad contributiva, en caso que la cobertura del seguro sea cancelada por el Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la inclusión en el Seguro y siempre que no exista reclamación sobre la misma, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período, la Compañía conservará la prima devengada por el plazo transcurrido y reembolsará al Asegurado

la Prima no devengada, lo anterior exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y devolverá la prima no devengada. La Compañía hará el reintegro de las primas no devengadas en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

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.

36. FINALIZACIÓN DE COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL

En caso de haberse suscrito las coberturas adicionales opcionales de “MUERTE ACCIDENTAL” e “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”, la cobertura finalizará en caso de ocurrir lo siguiente:

- a. Ante la muerte del Asegurado.
- b. En caso de haber sido suscrita la cobertura “INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE”, la póliza finalizará al momento que la Compañía pague la totalidad de dicha cobertura en caso de siniestro cubierto.
- c. En caso de terminación de la póliza.

CONDICIONES VARIAS

37. 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.

38. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que el contenido de esta póliza difiera de lo indicado en la solicitud 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.

39. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá completar la información requerida en el formulario de Solicitud de Inclusión.

40. 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.

41. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Las acciones que se derivan de la presenta póliza de seguro y de los anexos expedidos prescribirán transcurrido el plazo de 4 (cuatro) años, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

42. SUBROGACIÓN

Antes del pago de la indemnización, el Asegurado está obligado a realizar a expensas de la Compañía, todo lo que esta pueda razonablemente requerir para ejercer cuantos derechos, recursos y acciones que pudiera corresponderle contra terceros, por subrogación o por cualquier otro concepto. Como consecuencia del pago de la indemnización, la Compañía de pleno derecho se subrogará automáticamente en los derechos que el Asegurado pueda tener, así como en sus correspondientes acciones contra los autores responsables del siniestro, pérdida, daño o gasto, por cualquier carácter o título que sea por el solo hecho del pago de la indemnización y hasta el monto de ella. La Compañía no aplicará la subrogación contra el Asegurado, contra las personas que las partes acuerden expresamente, así como a aquellas con quienes el Asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que actúen con dolo. Si por cualquier circunstancia la Compañía necesitare exhibir algún documento en que el Asegurado hiciera a favor de ella a la subrogación de todos sus derechos y acciones que contra terceros surgieran a consecuencia del siniestro, el Asegurado quedaría obligado a reiterar la subrogación en escritura ante un Notario Público.

Tanto antes como después de cobrar la indemnización, el Asegurado queda comprometido a presentar las denuncias correspondientes ante los tribunales competentes, con el objeto de que la Compañía pueda ejercer los derechos, recursos y acciones derivados o procedentes de la o subrogación aquí prevista. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto imputable al Asegurado, la Compañía podrá requerirle al Asegurado el reintegro de la suma indemnizada.

43. TRASPASO – CESIÓN DE INTERESES

En caso de el(los) bien(es) asegurados pasaran a un nuevo dueño, el seguro no pasará al nuevo dueño sino hasta la fecha en la cual la Compañía haya aceptado el traspaso de póliza mediante Addendum debidamente firmado por un representante de la Compañía. Ante la transmisión de la póliza, por cualquier causa, el transmitente y el adquirente serán solidariamente responsables frente a la Compañía del pago de las primas adeudadas con anterioridad al traspaso y cualquier obligación que corresponda. El traspaso deberá ser comunicado a la Compañía en un plazo máximo de quince (15) días hábiles desde la fecha en que éste se verifique. **La falta de comunicación dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato.**

44. MONEDA

Este seguro se contrata en 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 dicha moneda. 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.

45. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta póliza, 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.

46. LIMITACIÓN POR SANCIONES – CLÁUSULA OFAC

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

47. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten 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.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un proceso de arbitraje, si lo consideran conveniente a sus intereses.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

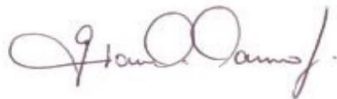
48. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía al Contratante y/o Asegurado, deberá ser por escrito y podrá ser entregada personalmente; enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del intermediario de la póliza; o bien, por cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios dicho consentimiento y demostrar su emisión o recepción.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal; desde que sea depositado en las oficinas del correo; o bien, desde que se compruebe la recepción de la comunicación generada a distancia, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse a partir de esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá cumplir con la misma regla establecida anteriormente siempre que sea realizada en las direcciones de contacto establecidas en las Condiciones Particulares.

El Contratante y/o Asegurado Principal, por este medio podrá autorizar a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal, siempre que se respalde fehacientemente dicha autorización.

assa COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.



FIRMA AUTORIZADA

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, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número bajo el registro número G07-46-A05-772 de fecha 11 de Diciembre del 2020.

ADDENDUM – A – COBERTURA DE SERVICIO: COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

1. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

En caso que el Asegurado fallezca por causa natural o accidental, la Compañía, una vez se haya cumplido el Tiempo de Espera establecido en el correspondiente Certificado de Seguro, coordinará la los servicios funerarios acordados dentro del territorio de la República de Costa Rica a través de la Red de Proveedores de servicios funerarios autorizados por la Compañía.

Los bienes y servicios cubiertos son:

- Trámites legales ante las autoridades competentes, para la inhumación o cremación.
- Traslados terrestres a nivel nacional.
- Cofre de madera de corte lineal estándar.
- Servicio de tanatopraxia (arreglo, vestimenta, maquillaje).
- Decoración de iglesia o sala de velación con 3 (tres) arreglos florales
- Espacio en arriendo por 5 (cinco) años en cementerios disponibles a nivel nacional donde exista dicha modalidad y según disponibilidad o servicio de cremación.
- Utilización de las salas de velación a nivel nacional en caso de ser requerido, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio.
- Aviso fúnebre u obituario.
- Servicio de repatriación funeraria.

Este servicio se otorga bajo las siguientes limitaciones:

1. **A través del Administrador de Servicios Funerarios y de la Red de Proveedores de Servicios Funerarios en todo el territorio nacional. No obstante, a manera de excepción única, en caso de que habiendo fallecido el Asegurado titular sus familiares no hicieran uso de la presente cobertura a través del Administrador de Servicios Funerarios e incurrieran en costos en otra entidad de servicios funerarios por desconocimiento, tendrán el derecho de solicitar un reembolso de hasta SEISCIENTOS DÓLARES (\$600), moneda de curso legal de los Estados Unidos de América. Dicho pago será girado a favor del familiar que demuestre haber costado el servicio funerario del Asegurado mediante la factura correspondiente, o en su defecto a la sucesión del Asegurado.**
2. **Hasta tres mil dólares (\$3.000,00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por fallecimiento.**
3. **Esta cobertura solamente será aplicable al Asegurado que sea el Tarjetahabiente titular.**
4. **Por razones de salud pública, el servicio se debe solicitar en un período no mayor a las 24hrs posteriores al fallecimiento del Asegurado.**

2. DEFINICIONES

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

1. **Administradora de Servicios Funerarios:** Es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores de Servicios Funerarios autorizados por la Compañía a nivel nacional, que adicionalmente coordina los servicios y atenciones que se detallan en este Addendum, cada vez que el Asegurado los requiera.
2. **Arreglo Floral:** Para efecto del presente Addendum es una composición de seis (6) flores naturales esparcidas entre hojas y ramas ordenadas de forma estética, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado y del plan contratado
3. **Asesoría en Trámites Legales:** Comprende la asesoría en los trámites legales para la obtención de la Licencia de Inhumación o Cremación, la asesoría en los trámites del Registro Notarial de Defunción ante la entidad correspondiente, la asesoría en la solución de destino final para los restos, según la disponibilidad de los campos santos del lugar de

residencia habitual del Asegurado o la asesoría para la ubicación del fallecido en un Cementerio público de la misma localidad.

4. **Aviso Fúnebre u Obituario:** Comprende un mensaje radial en una emisora local como informativo ante el fallecimiento del Asegurado, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado y del plan contratado.
5. **Cofre o Ataúd:** Caja de madera forrada en su interior en tela acolchada, con vidrio en la parte superior frontal, de tamaño estándar para la inhumación de una persona y de acuerdo con la regulación local vigentes, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado y del plan contratado.
6. **Cremación:** Comprende el servicio de incineración del cuerpo de la persona fallecida en la localidad de residencia habitual del Asegurado, en un sitio específicamente autorizado por la autoridad sanitaria local para tal fin. Adicionalmente, incluye el suministro de una urna cenizaria, la que será entregada a los familiares de Asegurado una vez termine el proceso.
7. **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 con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.
8. **Fuerza Mayor:** Situación en la que los familiares del Asegurado se ven en la irrestricta necesidad de realizar la inhumación del Asegurado fallecido.
9. **Preparación del Cuerpo (Tanatopraxia):** Comprende el tratamiento higiénico-sanitario para la conservación del Cuerpo de una persona fallecida, respetando los diferentes ritos religiosos y según los estándares establecidos en la República de Costa Rica.
10. **Red de Proveedores de Servicios Funerarios:** Se entiende como tal el conjunto de empresas o entidades prestadoras de servicios funerarios a escala nacional inscritos ante la Administradora de Servicios Funerarios, y que dispone de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios definidos en los Planes Contratados ofrecidos por la Compañía en cada Certificado de Seguro.
11. **Traslado:** Comprende el traslado del fallecido en su Cofre o Ataúd desde el lugar del fallecimiento hasta la Sala de Velación, desde la sala de velación hasta el sitio del oficio religioso, y desde el sitio del oficio religioso hasta su destino final (Osario, cenizario o cementerio), siempre dentro del perímetro urbano de la localidad de residencia habitual del Asegurado, con un máximo de treinta (30 Km.) cada recorrido, y cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado y del plan contratado.
12. **Tumba, Nicho o Bóveda:** Comprende el valor del alquiler o arrendamiento y adecuación del espacio en que permanecerá por el tiempo determinado el cuerpo del Asegurado fallecido, con un máximo de cinco (5) años consecutivos, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar de residencia habitual del Asegurado, del plan contratado, y según sea costumbre en la localidad donde se preste el servicio.
13. **Servicio de Repatriación:** comprende la asesoría legal en el lugar del fallecimiento y el valor de los trámites consulares, el cofre hermético especial, el embalaje de madera, el valor del transporte aéreo y todos los costes de repatriación por vía aérea del Asegurado fallecido hasta su país y ciudad de residencia habitual.
14. **Servicio Religioso:** Comprende, el valor del oficio en el centro religioso definido por los familiares en la localidad de residencia habitual del Asegurado fallecido, y un (1) libro de condolencias nuevo.
15. **Velación:** Comprende el uso de la Sala de Velación en la localidad de residencia habitual del Asegurado fallecido, por el tiempo estándar estipulado localmente y hasta por un máximo de veinticuatro (24) horas, adicionalmente, la atención en la sala de velación, incluyendo el suministro de café y el servicio de llamadas telefónicas locales.

3. EXCLUSIONES DE COBERTURA

En adición a lo indicado en la cláusula “EXCLUSIONES GENERALES” de las Condiciones Generales, la esta Cobertura Adicional no ampara, y por consiguiente la Compañía no será responsable bajo ninguna circunstancia, por aquellos siniestros ocasionados directa o indirectamente por el fallecimiento del Asegurado cuando fuere causados por o durante:

- a) Suicidio o autolesión.
- b) Catástrofes Naturales.
- c) El Tiempo de Espera establecido para esta Addendum.
- d) Enfermedades Preexistentes o Anteriores.

De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura, por lo que la misma no operará, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a las demás coberturas y a los demás asegurados.

Esta cobertura no incluirá a los Tarjetahabientes adicionales. Por razones de salud pública, esta cobertura no amparará servicios o reembolsos en caso que la solicitud de servicio no sea solicitada en una plazo igual o menor a las 24hrs posteriores al fallecimiento del Asegurado.

4. RESIDENCIA

Para los efectos del presente Addendum y de esta Cobertura Adicional, solo estarán cubiertos los Asegurados que residan permanentemente en la República de Costa Rica.

5. TIEMPO DE ESPERA

En caso que un Asegurado fallezca por causa accidental, la Cobertura indicada en este Addendum operará de manera inmediata desde el momento de la expedición del Certificado de Seguro y/o durante el período de espera, habiéndose cumplido el período de espera las Coberturas operarán siempre que el Asegurado haya pagado las Primas correspondientes, y que no fallezca por una causa considerada en la cláusula de “EXCLUSIONES DE COBERTURA” de este Addendum o en la cláusula “EXCLUSIONES GENERALES” del Seguro.

En caso que un Asegurado fallezca por causa natural o por enfermedad, esta Cobertura Adicional operará después de haber transcurrido noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia que aparece en el Certificado de Seguro, siempre que el Contratante haya pagado las Primas correspondientes, y que no fallezca por una causa considerada en la cláusula de “EXCLUSIONES DE COBERTURA” de este Addendum o en la cláusula “EXCLUSIONES GENERALES” del Seguro.

6. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

Cuando la reclamación proceda con ocasión del fallecimiento de uno de los Asegurados de acuerdo a la Cobertura Adicional descrita en este Addendum, el Asegurado o sus familiares deberán comunicarse telefónicamente con el **Administrador de la Red de Servicios Funerarios** a los teléfonos y medios indicados en el Certificado de Seguro.

7. El operador indicará al solicitante del servicio que la llamada telefónica será grabada con el propósito de controlar la calidad del servicio, así como la fecha y hora de la solicitud del mismo.
8. El operador solicitará el número de la Póliza y el número de la cédula de identidad del Asegurado.
9. El operador realizará algunas preguntas básicas y confirmará la procedencia de la reclamación.
10. El operador asignará un número de reclamación y lo informará claramente al Reclamante, indicándole la hora exacta de la solicitud del servicio.
11. El operador solicitará un número telefónico o una dirección de correo electrónico para confirmarle este número y la hora exacta de la reclamación.
12. Dentro de las siguientes cinco (5) horas al momento de la llamada realizada por el solicitante, el operador indicará al Reclamante el nombre del(os) Proveedor(es) de Servicios Funerarios de la zona donde se encuentra el fallecido, así como las condiciones en que será atendido, los servicios que le serán prestados y el alcance de la Cobertura.
13. Una vez el operador del Administrador de la Red de Servicios Funerarios reciba la aceptación del Reclamante, coordinará la prestación del servicio.
14. El operador del Administrador de la Red de Servicios Funerarios informará al Reclamante telefónicamente la forma y hora en que recibirá el servicio.

De conformidad con lo establecido en este Addendum, si por causa de **Fuerza Mayor** la Compañía no atiende el servicio dentro de las cinco (5) horas siguientes a la llamada registrada por el **Administrador de la Red de Servicios Funerarios**, únicamente en dado caso los Beneficiarios o quien demuestre haber realizado los gastos de servicios funerarios, podrán reclamar a la Compañía el beneficio de este Addendum por reembolso, debiendo gestionar el trámite en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario después de ocurrido el Siniestro, mediante la presentación de:

1. El formulario de reclamación suministrado por la Compañía completo;
2. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado fallecido por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil.
4. Carta de solicitud del reembolso indicando claramente el número de reclamación con fecha y hora de solicitud del servicio, nombre y número de identificación del Asegurado fallecido, fecha y lugar del fallecimiento, número de la Póliza, y relación completa de los documentos aportados.
5. Original de la factura expedida por la empresa prestadora de los servicios funerarios, así como los originales de las facturas de los servicios adicionales correspondientes.

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

El Beneficiario de los gastos de servicios funerarios 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 Compañía 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 en esta Cláusula.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado o Beneficiario.

7. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y FUERZA MAYOR

La Compañía prestará los servicios indicados en este Addendum, a través del Administrador de Servicios Funerarios y de la Red de Proveedores de Servicios Funerarios, dependiendo siempre de la disponibilidad de los mismos en el lugar de residencia habitual del Asegurado. **De cualquier forma, la Compañía no reembolsará valor alguno por aquellos servicios que no sea posible prestar en el lugar de residencia habitual del Asegurado por falta absoluta de disponibilidad local.**

Cuando la Compañía o el Administrador de Servicios Funerarios no haya confirmado a los familiares la prestación del Servicio Funerario del Asegurado fallecido dentro de las cinco (5) horas siguientes a la solicitud del mismo, el Asegurado o sus familiares podrán contratar los Servicios Funerarios con el proveedor de su preferencia en la localidad de residencia habitual del Asegurado, y los Gastos Funerarios ocasionados por el servicio serán indemnizados por la Compañía a manera de reembolso, en la forma y con las limitaciones que aquí se definen y hasta las sumas aseguradas establecida en el Certificado de Seguro. Todo pago lo hará la Compañía de acuerdo con el costo usual, razonable y acostumbrado para el servicio en el lugar donde le sea prestado.

Para efecto del presente Addendum, se consideran Fuerza Mayor las siguientes situaciones:

- a. Cuando la Compañía o la Red de Proveedores de Servicios Funerarios no cuente con una empresa o funeraria autorizada para prestar los servicios en el sitio donde reside habitualmente y donde será inhumado el Asegurado fallecido, y se vea en la necesidad de autorizar al Asegurado o a sus familiares, telefónicamente o vía correo electrónico, la contratación de los servicios a nivel local con un proveedor ajeno a la Red de Proveedores de Servicios Funerarios de la Compañía.
- b. Cuando por absoluta imposibilidad de comunicación con el Administrador de la Red de Servicios Funerarios, el Asegurado, sus Beneficiarios o parientes cercanos, no puedan solicitar el servicio de inhumación del Asegurado fallecido por cualquier medio telefónico o de correo electrónico, y se vean en la necesidad perentoria de contratar los servicios funerarios sin la correspondiente autorización de la Compañía o del Administrador de la Red de Servicios Funerarios de la Compañía.

8. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS FUNERARIOS

Los servicios funerarios objeto del presente Addendum serán prestados a través de la Red de Prestadores de Servicios Funerarios, contratada para tal fin por Administrador de la Red de Servicios Funerarios y la Compañía, en concordancia con los lineamientos de calidad exigidos por la autoridad sanitaria local, y manteniendo actualizada y a disposición de los asegurados la lista de empresas o entidades de servicio funerario que conforman la mencionada Red a nivel nacional.

La Compañía se reserva el derecho de adicionar, retirar o sustituir en cualquier momento y sin previo aviso un determinado Prestador de Servicios Funerarios de la Red.

9. PERIODO DE COBERTURA

El periodo de cobertura de esta Cobertura Adicional es sobre la base de la ocurrencia del siniestro.

En fe de lo cual se emite este Addendum y se extiende la Cobertura de Gastos Funerarios en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No.

Emitida a nombre de



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

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, Ley 8653, bajo el registro número bajo el registro número G07-46-A05-772 de fecha 11 de Diciembre del 2020

ADDENDUM – B – COBERTURA DE SERVICIO: PLAN DE ASISTENCIA VIAJERA

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

DEFINICIONES

Adicional a las definiciones indicadas en las Condiciones Generales, los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **Catástrofe:** Suceso que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.
2. **Caso fortuito:** Suceso ajeno a la voluntad del obligado, que excusa el cumplimiento de obligaciones. Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.
3. **Central de Asistencias u Operativa:** Es la oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Asegurado con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o prestaciones a brindarse o prestarse en virtud de las presentes condiciones generales que están relacionados con temas médicos.
4. **Enfermedad aguda:** Proceso corto y relativamente severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.
5. **Enfermedad congénita:** Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.
6. **Enfermedad crónica:** Todo proceso patológico continuo, repitente y persistente en el tiempo, mayor a treinta (30) días naturales de duración.
7. **Enfermedad repentina o Imprevista:** Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este Addendum del plan de asistencia para viajes.
8. **Enfermedad preexistente:** Todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del plan o del viaje (o la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el Asegurado, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del Asegurado antes de haber iniciado el viaje. Ejemplos claros y comunes de preexistencias solo por citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros, enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, enfisemas, el VIH, generalmente problemas relacionados con la tensión arterial, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras o enfermedades gástricas, enfermedades resultantes de deformaciones congénitas, micosis genitales, abscesos hepáticos, cirrosis, azúcar en la sangre, colesterol alto, triglicéridos altos, y otras. Los mismos requieren de un periodo de formación corto o largo, pero en todos los casos superior a unas horas de vuelo, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigencia del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje.
9. **Enfermedad recurrente:** Regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad luego de haber sido tratada.
10. **Fuerza mayor:** Evento que, por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.
11. **Departamento Médico:** Grupo de profesionales médicos que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con el presente Addendum.
12. **Dolencia y / o Afección:** Los términos afección y dolencia se entenderán a cualquier efecto en el presente Addendum como enfermedad.
13. **Plan de asistencia médica o Plan:** Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus Límites de Responsabilidad, cuantitativos, geográficos y de edad del Asegurado. El plan de asistencia médica se encuentra detallado en el Certificado de Seguro. Solo son de aplicación aquellas prestaciones para cada producto explícitamente enunciadas en el plan de asistencia detallado en el Certificado de Seguro, con el alcance y límites indicados. Solamente serán válidas y regirán para fines del presente contrato aquellas garantías o beneficios vigentes a la fecha de emisión del plan de asistencia que se especifica en el Certificado de Seguro.
14. **Período de Carencia:** Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivos los beneficios incluidos dentro del Plan. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza, siempre que el Asegurado ya se encuentre fuera del país de residencia habitual al momento de la contratación.

15. **Médico:** Profesional médico provisto o autorizado por la Central de Asistencias de que asiste al Asegurado en el lugar donde se encuentra este último.

1. COBERTURAS: DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS

Se deja expresa constancia que los beneficios seguidamente indicados son prestados por la Compañía a través de la Central de Asistencias y su personal. En ese sentido, salvo en los casos específicos que así se consigne expresamente, esta cobertura no opera por reembolso.

3.1. Asistencia Médica por Accidente o Asistencia Médica por Enfermedad No Preexistente

Bajo esta cobertura, el Asegurado tendrá a disposición los beneficios que se describen a continuación, de acuerdo a los Límites de Responsabilidad indicados en el Plan:

- 3.1.1. **Consultas Médicas:** Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente, incluyendo la opción de repatriación del Asegurado a su país de origen si su estado de salud lo permite. La Central de Asistencias se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación al país de residencia. Se planteará la repatriación del Asegurado en casos que requieran tratamiento de larga duración, cirugías programadas o cirugías no urgentes.
- 3.1.2. **Atención por Especialistas:** Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el equipo médico de la Central de Asistencias de la Compañía del área donde se encuentre el Asegurado, o por el Médico tratante de la central.
- 3.1.3. **Exámenes Médicos Complementarios:** Se autorizarán únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el equipo médico de la Central de Asistencias.
- 3.1.4. **Internaciones:** De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Asistencias de la Compañía así lo prescriba, se procederá a la internación del Asegurado en el centro médico más próximo al lugar donde éste se encuentre.
- 3.1.5. **Intervenciones Quirúrgicas:** Se podrán proceder con las mismas cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Asistencias médica en viajes y en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Asegurado a su país de origen.

Si a juicio de los médicos reguladores de la Central de Asistencias fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá a la repatriación del Asegurado, quien está obligado a aceptar tal solución, **perdiendo en caso de rechazo todos los beneficios otorgados por el Plan.**

- 3.1.6. **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de la Central de Asistencias se autorizará este servicio.

3.2. Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente

Este beneficio brinda asistencia médica en enfermedades agudas, crónicas y/o preexistentes, de acuerdo a los Límites de Responsabilidad contratados en cada caso.

Este beneficio de enfermedades crónicas y/o preexistentes contempla las siguientes eventualidades: Episodio agudo, o evento no predecible, descompensaciones de enfermedades crónicas y/o preexistentes sean conocidas, ocultas o asintomáticas previamente y consiste en brindar exclusivamente asistencia médica en el episodio agudo, o evento no predecible, con el límite máximo indicado por el Plan, cuya urgencia requiera la atención durante el viaje.

Todo y cualquier tipo de tratamiento deberá ser pre-autorizado, manejado, supervisado y coordinado por la Compañía.

Obligaciones del Asegurado para el uso de este beneficio:

1. El Asegurado debe seguir todas las indicaciones médicas dadas por parte del Médico asignado por la Compañía y tomar toda la medicación según la manera prescrita y requerida.
2. En caso que el Asegurado, padezca alguna(s) de las siguientes condiciones: cáncer de cualquier tipología, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares crónicas y/o enfermedades hepáticas crónicas, el Asegurado deberá consultar a su médico personal en su país de origen antes de dar inicio al viaje y obtener confirmación

escrita que se encuentra apto para viajar por la totalidad de los días planeados, al destino deseado y que puede realizar sin ningún inconveniente todas las actividades programadas.

3. **El Asegurado no podrá emprender viaje después de recibir un diagnóstico terminal. En casos de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente, la Compañía no autorizará el uso de este beneficio.**

Además de las exclusiones de las Condiciones Generales y de este Addendum se excluye lo siguiente de esta cobertura:

- **Tratamientos, procedimientos diagnósticos, de investigación, conductas diagnósticas y/o terapéuticas, que no estén relacionadas con el episodio agudo no predecible.**
- **Todas las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a, sífilis, gonorrea, herpes genital, clamidia, virus del papiloma humano (VPH), tricomonas vaginales, tricomoniasis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otros.**
- **Procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable específico, etc.; enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, etc.**

3.3. Medicamentos Recetados

De acuerdo a los límites indicados en esta cobertura, la Compañía se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Departamento Médico de la Central de Asistencias hasta los montos establecidos en los toques de protección del Plan.

Los desembolsos realizados por el Asegurado para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Asistencias serán reintegrados, dentro de los Límites de Responsabilidad y una vez retornado al país de origen, y contra la previa presentación de los comprobantes originales de compra o facturas, de la copia original del dictamen o informe médico en donde describa el nombre o mencione el nombre la enfermedad sufrida por el Asegurado, el suministro de la fórmula o receta médica y las facturas. Los documentos anteriores deberán de ser solicitados al médico tratante, y **la no presentación de estos documentos puede resultar en el no reembolso de los gastos.**

Los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por la Compañía. Se encuentran excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el Departamento Médico de la Compañía.

Tampoco se cubrirán las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar.

3.4. Emergencia Dental

De acuerdo a los Límites de Responsabilidad del Plan, la Compañía se hará cargo de los gastos por atención odontológica derivados de una urgencia, debido o causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y/o a la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente.

Los tratamientos odontológicos de conductos, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en estas condiciones se encuentran excluidos de los beneficios.

3.5. Traslado Sanitario y/o Repatriación Sanitaria

De acuerdo a los Límites de Responsabilidad y el Plan, y únicamente en caso de emergencia o de urgencia, siempre que la Central de Asistencias lo juzgare necesario, se organizará el traslado del Asegurado al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico de la Central de Asistencias considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad.

Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por la Central de Asistencias. **El no cumplimiento de esta norma exime a la Compañía de tomar a cargo de dicho traslado.**

Cuando el Departamento Médico de la Central de Asistencias estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Asegurado, esta se efectuará en avión de línea regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, sujeto a espacio de asientos, hasta el país de residencia habitual del Asegurado.

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Asegurado enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual. Solamente el Departamento Médico de la Central de Asistencias podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cobertura, quedando al Asegurado o a un familiar prohibido de realizarlo por cuenta propia sin la previa autorización de la Compañía.

Adicionalmente, la repatriación deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el médico tratante de la Compañía. **En caso en que el Asegurado y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación dejando de lado o sin solicitar la opinión del Departamento Médico de la Compañía, ninguna responsabilidad recaerá sobre la Compañía siendo por lo tanto la repatriación, así como todos los demás gastos y consecuencias por cuenta del Asegurado enfermo o accidentado o de sus familiares o acompañantes, sin derecho a repetición ni reclamo contra la Compañía.**

Cuando el Departamento Médico de la Compañía en común acuerdo con el médico tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia o de compra de la tarjeta.

La Compañía se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje, los gastos por esta prestación médica serán computados a cuenta del monto límite de gastos por concepto de traslado y repatriación indicado en el recuadro de coberturas, desde el momento en que el Asegurado se encuentre internado hasta el día de viaje de regreso.

Esta asistencia también comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de la Compañía desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador etc.

No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella es a consecuencia de una enfermedad preexistente u obediencia a un evento que figura dentro de las Exclusiones salvo en planes que contemplen preexistencias. El Asegurado tendrá derecho a estos servicios siempre dentro de la vigencia de su Certificado de Seguro.

3.6. Repatriación funeraria

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza a causa de un evento no excluido en las Condiciones Generales, la Compañía organizará y sufragará la repatriación funeraria tomando a su cargo los gastos de: i) féretro simple obligatorio para el transporte internacional; ii) los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido. Lo anterior, hasta el tope especificado en la Tabla de Beneficios.

Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos en el país de residencia e inhumación no estarán a cargo de la Compañía.

La Compañía quedará eximida de prestar los servicios y asumir los costos relativos al presente beneficio en caso que el fallecimiento del Asegurado se origine por causa de un suicidio. Este beneficio no contempla ni incluye bajo ninguna circunstancia gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido por lo que la Compañía no tomará a su cargo ningún gasto de terceros.

3.7. Traslado de un familiar por hospitalización

En caso de hospitalización de un Asegurado, viajando solo y no acompañado, fuese superior a cinco (5) días, la Compañía se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar del Asegurado.

En caso de que se encuentre incluido en la Tabla de Beneficios, el Asegurado podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante, con un máximo de ochenta dólares (US\$ 80) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América diarios durante un máximo de siete (7) días, o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

En relación a este beneficio como a cualquier otro que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como mini bar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

3.8. Gastos de hotel por convalecencia

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Asistencias el Asegurado hubiese estado internado en un hospital al menos siete (7) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, la Compañía cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su Plan de asistencia, con un máximo de cinco (5) días.

Dicho reposo deberá ser ordenado por los médicos de la Central exclusivamente y contemplarán únicamente el cubrimiento del costo de la habitación sin ningún tipo de alimentación o gastos de otra índole tales como lavandería, llamadas telefónicas (salvo aquellas efectuadas a la central de la Compañía), mini bares etc. Esta es una enumeración taxativa y no enunciativa. Se aclara que la Compañía no asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente salvo que se contemplen preexistencias o hace parte de las exclusiones.

3.9. Orientación en caso de extravío de equipaje/documentos

La Compañía, por medio de la Central, asesorará al Asegurado para la interposición de la denuncia del extravío o robo de su equipaje y efectos personales, para lo cual pondrá a su disposición los servicios de la Central de Asistencias más próxima.

Igualmente, la Compañía asesorará al Asegurado en caso de pérdida de documentos de viajes, y o tarjetas de crédito dándole las instrucciones para que el Asegurado interponga los denuncios respectivos, y tramite la recuperación de los mismos.

3.10. Viaje de regreso por fallecimiento de familiar en 1° grado de consanguinidad

Si el Asegurado debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo (padre, madre, cónyuge, hijo (a) o hermano (a)) allí residente, la Compañía se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Asegurado a su país de origen, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso.

Esta asistencia deberá acreditarse mediante certificado de defunción del familiar y documento que acredite el parentesco.

Para esta cobertura como para cualquier otra que implique la no utilización del pasaje de transporte inicialmente previsto por el Asegurado, la Compañía recuperará siempre dicho pasaje y sufragará solo la diferencia eventualmente existente entre éste y el que imponga la prestación.

3.11. Acompañamiento de Menores

Si un Asegurado viajara como única compañía de menores de quince (15) años y mayores de setenta y cinco (75) años y por causa de enfermedad o accidente constatado por el Departamento Médico de la Central de Asistencia, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, la Compañía organizará a su cargo el desplazamiento de dichos menores o mayores de edad hasta el domicilio habitual en su país de origen, por el medio que considere más adecuado.

3.12. Línea de consultas 24 horas

Hasta las veinticuatro (24) horas anteriores al día de su partida, el Asegurado, podrá pedir a la Central de Asistencias de su zona geográfica, informaciones relativas a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino. Igualmente estará a disposición de los pasajeros el servicio concierge el cual se incluye en este Addendum.

3.13. Transmisión de mensajes urgentes

La Compañía, por medio de la Central de Asistencias, transmitirá los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos que son objeto de las prestaciones contempladas en esta Póliza.

3.14. Transferencia de fondos y transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en la oficina de la Compañía, esta gestionará la entrega al Asegurado en el país donde se encuentre la cantidad hasta el límite especificado en la Tabla de Beneficios.

Esta cobertura será aplicada una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del Certificado de Seguro. Si el Asegurado fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, la Compañía gestionará el envío de fondos, hasta por la suma máxima especificadas en el Plan indicado para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de la Compañía por parte de la familia del Asegurado.

En cualquiera de los casos, se deja expresa constancia que esta cobertura conlleva el servicio de transferencia de dinero, por lo que el costo asumido por la Compañía corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada al Asegurado. Toda suma a transferir deberá ser previamente depositada en la oficina de la Compañía por el Asegurado o sus familiares.

3.15. Asistencia legal por accidente de tránsito

La Compañía tomará a cargo hasta el Límite de Responsabilidad indicado en el Plan, los gastos de honorarios que ocasione la defensa civil, criminal o penal del Asegurado, con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de tránsito.

3.16. Compensación por pérdida de equipaje

En caso de pérdida del equipaje del Asegurado por parte de una aerolínea, la Compañía indemnizará hasta el Límite de Responsabilidad del Plan, de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:

- a. Que la línea aérea y la Central de la Compañía hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado. En el caso de la línea aérea, la notificación debe darse antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida. En el caso de la Compañía, dentro de las veinticuatro horas siguientes del momento de notificación a la aerolínea.
- b. Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional. **Este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un trayecto de vuelo nacional, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente. Tampoco aplicará cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.**
- c. Que el equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho del terminal. **La Compañía no indemnizará al Asegurado por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.**
- d. Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- e. Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al Asegurado la indemnización prevista por ella. **No tendrán derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre entre los aeropuertos y los hoteles o domicilios. La Compañía no podrá indemnizar al Asegurado cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.**
- f. La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto entero y completo faltante en forma definitiva. **No se indemnizan faltantes parciales de las maletas.**
- g. En caso de que la línea aérea ofreciera al Asegurado como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, la Compañía procederá a abonar al Asegurado la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.
- h. En los casos de extravío de equipaje, el responsable directo de las mismas son las aerolíneas o empresas transportadoras, por lo tanto, la Compañía intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea y o la compañía transportadora y el pasajero, y por lo tanto no podrá ser considerada ni tomada como responsable directa de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. Las aerolíneas se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos a la Compañía, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de la Compañía.
- i. Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo, **la Compañía no indemnizará los faltantes parciales de equipaje.**
- j. Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se adquirió la Póliza. El Asegurado al ser indemnizado acepta que se le descuenta los valores correspondientes a gastos bancarios y financieros resultantes de dichas transacciones.

Una vez que el Asegurado regrese a su país de origen deberá de presentar la siguiente documentación:

- a. Formulario de reclamo por pérdida de equipaje original,
- b. Cédula de identidad o pasaporte.
- c. Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma, pasajes aéreos)

La Compañía solo podrá proceder al reembolso por concepto de indemnización por pérdida de equipaje únicamente después de que la aerolínea responsable de la pérdida haya debidamente indemnizado al Asegurado. **No se podrá indemnizar al Asegurado sin el comprobante de pago de la aerolínea.**

3.17. Pérdida de vuelo o tren por cualquier motivo (Late arrival) (Retraso de viaje)

A consecuencia de cualquier motivo ajeno a la aerolínea que haya ocasionado la pérdida de conexión y/o vuelo, o bien la conexión a viajes en tren en trayectos internacionales, la Compañía cubrirá hasta el Límite de Responsabilidad del Plan el pago de penalidades, compra de nuevos tickets aéreos, alimentación, llamadas y hotel.

Se deberá notificar de este suceso a la Compañía por medio de la Central de Asistencia el mismo día que sucede el "late arrival".

3.18. Asistencia Psicológica

La Compañía ofrecerá un teléfono de apoyo psicológico las veinticuatro (24) horas para Asegurados que, a causa de repatriación sanitaria, fallecimiento de un familiar o catástrofe natural hayan sido afectados durante su viaje.

Este servicio se presta como apoyo psicológico en momentos que pueden generar fuerte tensión emocional, pero en ningún caso podrá sustituir la atención directa del Psicólogo o Psiquiatra del Asegurado, por lo que no debe utilizarse en ningún caso por parte de los mismos para establecer un diagnóstico o auto-medicarse, debiendo consultar con los referidos profesionales en cada caso particular.

3.19. Pérdida de Pasaporte (Pasaporte Seguro)

La Compañía asumirá ante el Asegurado, hasta el Límite de Responsabilidad indicado en la Tabla de Beneficios, por los costos que hubiera podido ocasionar la reposición de su pasaporte por hurto o pérdida en el extranjero.

Para hacer efectivo este beneficio, el evento debe haber sido informado a la Central de Asistencias de la Compañía dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido y el Asegurado deberá presentar a la Compañía el comprobante de denuncia otorgado por las autoridades pertinentes tanto en país de origen como en país de destino.

3.20. ConciERGE/Info de Eventos y Espectáculos Culturales Principales Ciudades.

El servicio de ConciERGE de la Compañía se encuentra disponible las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año para asistir al Asegurado en la consecución de información sobre entradas para espectáculos, arreglos de viaje, renta de vehículos, reservaciones para obras de teatro y cualquier otra información que el Asegurado pueda necesitar en las principales ciudades del mundo.

El Asegurado será responsable por todos los costos y gastos relacionados con la solicitud de los servicios de asistencia ConciERGE; este servicio es netamente informativo.

3.21. Compensación por Pérdida de Equipaje en Crucero.

La Compañía indemnizará al Asegurado, de acuerdo al Límite de Responsabilidad indicado en el Plan, en forma complementaria a la misma suma que paga o reconoce la naviera hasta el tope especificado en la Tabla de Beneficios.

Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que la línea aérea y la Central de la Compañía hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado antes de abandonar el puerto donde se registró la pérdida siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte a bordo de un crucero; **este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un crucero que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente.**
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega de la embarcación y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la naviera en el despacho del terminal. **La Compañía, no indemnizará al Asegurado de un Plan, por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la naviera y haya sido transportado en la bodega de la embarcación.**
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la naviera para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- Que la naviera se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al Asegurado la indemnización prevista por ella. **No tienen derecho a esta compensación**

las pérdidas ocurridas en transporte terrestre en los puertos. La Compañía no podrá indemnizar al Asegurado cuando este no haya aun recibido la indemnización de la naviera.

- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto entero y completo faltante en forma definitiva.
- Es importante anotar que, en los casos de extravío de equipaje, los directos responsables de las mismas son las navieras o empresas transportadoras, por lo tanto, la Compañía intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la naviera y o la compañía transportadora y el pasajero, y por lo tanto no podrá ser considerada ni tomada como responsable directa de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. Las navieras se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos a la Compañía, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de la Compañía.
- Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo, **la Compañía no indemnizará los faltantes parciales de equipaje.**
- Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se compró la Póliza. A la firma de la aceptación del presente acuerdo el Asegurado acepta que se le descuenta los valores correspondientes a gastos bancarios y financieros resultantes de dichas transacciones. **Las demoras de equipaje no tienen derecho a indemnización alguna.**

Una vez que el Asegurado regrese a su país de origen deberá de presentar la siguiente documentación:

- Formulario de reclamo por pérdida de equipaje original,
- Cédula de identidad o pasaporte.
- Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma, pasajes aéreos)

La Compañía solo podrá proceder al reembolso por concepto de indemnización por pérdida de equipaje únicamente después de que la aerolínea responsable de la pérdida haya debidamente indemnizado al Asegurado. **No se podrá indemnizar al Asegurado sin el comprobante de pago de la aerolínea.**

2. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DE LAS COBERTURAS

Los Límites de Responsabilidad de cada Cobertura serán los que se describen en la tabla seguidamente detallada:

COBERTURAS	Plan y Límites de Responsabilidad
	Plan Único
1. Asistencia Médica por Accidente o Asistencia Médica por Enfermedad No Preexistente.	US\$ 15.000,00
2. Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente.	US\$ 100,00
3. Medicamentos Recetados.	Incluido
• Por Accidente o Enfermedad No Preexistente.	US\$ 15.000,00
• Enfermedad Preexistente	US\$ 100,00
4. Emergencia Dental.	US\$ 100,00
5. Traslado Sanitario y/o Repatriación Sanitaria.	US\$ 2.500,00
6. Repatriación funeraria.	US\$ 5.000,00
7. Traslado de un familiar por hospitalización	Tiquete aéreo + Hotel
8. Gastos de hotel por convalecencia.	US\$ 200,00
9. Orientación en caso de extravío de equipaje/documentos.	Incluido
10. Viaje de regreso por fallecimiento de familiar en 1° grado de consanguinidad.	Tiquete aéreo
11. Acompañamiento de Menores.	Tiquete aéreo
12. Línea de consultas 24 horas.	Incluido
13. Transmisión de mensajes urgentes.	Incluido
14. Transferencia de fondos y transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito.	US\$ 5.000,00
15. Asistencia legal por accidente de tránsito.	US\$ 1.000,00
16. Compensación por pérdida de equipaje.	US\$ 150,00
17. Pérdida de vuelo o tren por cualquier motivo (Late arrival) (Retraso de viaje).	US\$ 50,00
18. Asistencia Psicológica.	Incluido
19. Pérdida de Pasaporte (Pasaporte Seguro).	US\$ 50,00
20. Concierto/Info.de eventos y espectáculos culturales principales ciudades.	Incluido
21. Compensación por pérdida de equipaje en crucero.	US\$ 150,00

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

3. EXCLUSIONES

Además de las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales, para los beneficios indicados en este Addendum, aplican las siguientes exclusiones:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del Plan y/o del viaje, sean estas del conocimiento o no por el Asegurado, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje). Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad o estado patológico que haya necesitado o requerido de un periodo previo de incubación, de formación, de gestación o de desarrollo, o similares, dentro del organismo antes de haber iniciado el viaje, como ejemplo de casos típicos de preexistencias en lo que a esta Póliza se refiere, son por ejemplo: las litiasis, cálculo renal o biliar, enfermedades o crisis resultantes de infecciones intestinales a raíz de amebiasis, giardiasis y enfermedades similares, las enfermedades venosas, las enfermedades gástricas tales como úlceras, gastritis, gastralgias, síndrome de colon irritable, enfermedad de Khron, las enfermedades mentales o nerviosas, las crisis de pánico, el estrés, las angustias, las obstrucciones totales o parciales de arterias o venas, la diabetes en todas sus fases, los problemas de la tensión arterial y las enfermedades directamente relacionadas como derrames, aneurismas, trombosis, flebitis, lupus, enfermedades respiratorias como asma, enfisemas pulmonares y otras, el cáncer en todas sus etapas, el VIH, las cistitis, las alergias cualquier sea su origen, las cataratas, el glaucoma, problemas como gastritis, gastralgia, úlceras, micosis recurrentes o no, entre otras; a excepción de la cobertura de “Asistencia Médica Por Enfermedad Preexistente” y la cobertura “Repatriación Funeraria”.
2. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Asistencias de la Compañía, o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.
3. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.
4. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Asegurado, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.
5. Afecciones, quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de calor, químicas, rayos UV.
6. Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta o la administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin la respectiva orden médica.
7. Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc.
8. Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos o extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski, Football, Boxeo, Canotaje, Parapente, Kayak, Bádminton, Básquet ball, Voleibol, Handball, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes.
9. Los Partos. Estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos y también todos los métodos anticonceptivos.
10. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen.
11. Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas, incluyendo las crisis nerviosas, crisis de pánico, de estrés o similares, trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia, vigorexia, megarexia, entre otros.

12. **Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas del consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.**
13. **El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades venéreas y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Asistencias.**
14. **Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones etc.**
15. **El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del Asegurado y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Asegurado del Plan de asistencia en viajes.**
16. **Los Eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo, hostilidades u operaciones de guerra (sea que haya sido declarada o no la guerra) guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del Asegurado en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.**
17. **Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del Asegurado o de sus apoderados.**
18. **Los gastos por concepto de segunda consulta médica no previamente solicitada y autorizada por la Central de Asistencias de la Compañía.**
19. **Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, etc. Los exámenes médicos practicados para establecer si la dolencia corresponde a una enfermedad preexistente o no. En caso de que el resultado fuese una enfermedad preexistente y el Asegurado no hubiere contratado un Plan con inclusión de "Asistencia Médica Preexistente", deberá asumir los costos de los mismos.**
20. **Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Asegurado desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Asistencias.**
21. **Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Asegurado.**
22. **Lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público, incluyendo los vuelos fletados particulares.**
23. **Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña o peleas (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Asegurado hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Asegurado, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.**
24. **Enfermedades endémicas, pandémicas o epidémicas. Las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Asegurado no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias.**
25. **La Compañía no tomará a su cargo exámenes o internaciones tendientes a evaluar la condición médica de las enfermedades preexistentes y/o para descartar su relación con la afección que motiva la asistencia. En estos casos los gastos correrán por cuenta del Asegurado a menos que hayan sido previamente**

autorizados por la Central de Asistencia de la Compañía en forma escrita, al centro médico internacional que estuviere participando en la asistencia al Asegurado.

26. Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por la Central de Asistencias de la Compañía.
27. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.
28. Problemas relacionados con la tiroides.
29. Enfermedades hepáticas, como cirrosis, abscesos y otros.
30. Exámenes y/u hospitalizaciones para pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos.
31. Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias.
32. Secuestro o su intento.
33. Riesgos provenientes de situaciones que no se incluyen en el concepto de accidente personal, tal como las lesiones por consecuencia, dependientes predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.
34. Riesgos profesionales: si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional.
35. Las situaciones reconocidas o equiparadas por los órganos oficiales de acción social o semejante, a la invalidez por accidente, en el cual el evento causante de la lesión no se encuadre íntegramente en la caracterización de invalidez por accidente personal.
36. Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.
37. Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento; enfermedades oncológicas, desórdenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas o no, hepatitis; todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas, etc., sean éstas conocidas o no por el Asegurado (La enumeración es taxativa y no enunciativa).
38. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudán, Somalia, Corea del Norte, etc. (la enumeración es taxativa y no enunciativa).
39. No se brindará asistencia de ningún tipo al Asegurado en situación migratoria o laboral ilegal (incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia, o a estudiantes sorprendidos trabajando en país extranjero sin la respectiva autorización de las autoridades locales).
40. La Compañía no tomará a su cargo costos por fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral bajo autorización previa del Departamento Médico de la Central de Asistencias en caso tal que se determine que con las mismas el pasajero podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.

4. ASEGURADO TITULAR Y DURACIÓN DE LOS VIAJES DE ACUERDO A EDADES

El Asegurado es la persona natural cuyo nombre aparece reflejado en el Certificado de Seguro y es la beneficiaria de todas sus coberturas hasta el día aniversario, inclusive, de su edad límite, fecha a partir de la cual el Asegurado pierde todo

derecho a los beneficios y a todas las prestaciones de asistencia definidas en este Addendum, así como derecho a cualquier reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día.

Las prestaciones o beneficios del Plan respectivo los podrá recibir exclusivamente el Asegurado Tarjetahabiente titular y son intransferibles, por lo cual el mismo deberá comprobar y demostrar su identidad, el cual debe estar debidamente reportado en una base de datos como Asegurado.

El Asegurado podrá hacer uso de los servicios contratados hasta las cero (00:00) horas del día de su aniversario según el Plan. A partir de esa fecha el Asegurado pierde todo derecho a los beneficios en cuanto a las prestaciones de asistencia definidas en este Addendum, así como el derecho a reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día.

Para personas con ochenta y cuatro (84) años y más la duración permitida del viaje será hasta noventa (90) días de viaje.

5. LÍMITES GEOGRÁFICOS

La cobertura geográfica de este Addendum será de carácter Mundial, según sea el Plan adquirido.

Independientemente de donde se encuentre el Asegurado, se le dará cobertura en caso de requerir asistencia de acuerdo a lo indicado en el respectivo Plan adquirido. **Se excluye en todo caso el país de residencia habitual del Asegurado o país donde se emitió el Plan de Asistencia.**

6. DEDUCIBLES

Para las coberturas indicadas en este Addendum no aplicará ningún deducible.

7. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales y este Addendum de eventos cubiertos en el Plan durante la vigencia de la Póliza.
2. Analizar cada solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo al presente Addendum y montos de cobertura del Plan.
3. Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:
 - a. El Asegurado deberá de entregar a la Compañía la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso.
 - b. Una vez recibidos los documentos, la Compañía, en los siguientes cinco (5) días hábiles solicitará cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el Asegurado.
 - c. Con todos los documentos necesarios a mano, la Compañía procederá durante los siguientes cinco (5) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.
 - d. Siendo procedente el reembolso, la Compañía procederá a efectuar el pago en los treinta (30) días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia.

Los reembolsos pagados directamente por la Compañía pueden hacerse a través de transferencia bancaria o cheque. La Compañía asumirá los gastos generados por el envío del cheque, así como los cobros directos de su entidad bancaria; cargos adicionales realizados por el banco del Asegurado serán cubiertos por el Asegurado.

8. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En todos los casos, para la obtención de los servicios el Asegurado debe:

1. Solicitar y obtener la autorización de la Central de Asistencias antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación a los beneficios otorgados por el Plan de asistencia. El Asegurado deberá tomar anotar de los nombres, apellidos y números de autorizaciones que le serán dados por la Central de Asistencias.

En los casos donde no se haya solicitado la autorización a la central ni se haya obtenido la autorización, no procederán reembolsos algunos, ni darán derechos a reclamos. Únicamente, en los casos donde el Asegurado

se haya hecho atender por una urgencia real y comprobable y por su cuenta sin avisar a la Central de Asistencias, y que luego la haya reportado a la misma Central, dichos casos serán sometidos a estudio para su respectiva autorización o rechazo.

2. Queda entendido que la notificación a la Central de Asistencia resulta imprescindible aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que la Compañía no podrá tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización de la Central de Asistencias.

El Asegurado acepta que la Compañía (o la empresa que provea el servicio) se reserva el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Asegurado acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

3. Si el Asegurado o una tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con la Central de Asistencias, el Asegurado, con la obligación ineludible, deberá notificar la incidencia en forma inmediata.

En los casos que no lo permitan, deberá informar a más tardar dentro de las setenta y dos (72) horas de producido el evento.

La falta de notificación dentro de las setenta y dos (72) horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Asegurado a reclamar o solicitar indemnización alguna.

4. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Asistencias y llegado el caso, consentir con la repatriación a su país de origen cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.
5. Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso por la Compañía y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la central la evaluación del caso.
6. En todos aquellos casos en que la Compañía lo requiera, el Asegurado deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el documento necesario que la Compañía le provea y lo devolverá por fax a la misma.

Asimismo, el Asegurado autoriza en forma absoluta e irrevocable a la Compañía a requerir en su nombre cualquier información médica a los profesionales tanto del exterior como del país de su residencia, con el objetivo de poder evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de dolencias crónicas o preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia.

El Asegurado deberá diligenciar siempre el formulario que le provea la Compañía cuando se registren en un centro hospitalario, lo cual será útil en los casos de reembolsos y/o en la toma de decisiones sobre determinados casos que requieran del estudio del historial médico del paciente.

7. Será obligación del Asegurado entregar a la Compañía el/los billetes de pasaje (tickets, boletos) que posea, en aquellos casos en que la Compañía se haga cargo de la diferencia sobre el o los pasajes originales y los nuevos emitidos, o cuando procedan a la repatriación del Asegurado sea el que fuere el motivo.

En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, y en Europa, debido a razones de estandarización informática la mayoría de los centros médicos asistenciales tales como hospitales, consultorios, clínicas, laboratorios suelen enviar facturas y / o reclamos de pago a los pacientes atendidos, inclusive aun después de que las cuentas o facturas haya sido pagadas y saldadas. En caso de que ello ocurra, el Asegurado deberá contactar la oficina de la Central de Asistencias marcando los números o escribiendo al email que se detallan en el Certificado de Seguro y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el centro hospitalario.

9. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS

De necesitar asistencia, e independientemente de su situación geográfica en estricta concordancia con el resto de las cláusulas de este Addendum, el Asegurado contactará a la Central de Asistencias. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el Asegurado debe solicitar la llamada por cobrar o por el receptor de la llamada (carga revertido o collect). Si no le permitiesen llamadas en la forma anterior, el Asegurado deberá llamar directamente a la Central de Asistencias y la Compañía le reembolsará el costo de la llamada, por lo que deberá de guardar el comprobante de pago de dicha llamada.

En caso de llamadas efectuadas desde hoteles se debe guardar copia de la factura donde está reflejado el cobro de dicha llamada con el número correspondiente.

Es obligación del Asegurado siempre llamar y reportar la emergencia.

En los casos en que el Asegurado no pueda hacerlo personalmente deberá y podrá hacerlo cualquier acompañante, amigo o familiar pero siempre la llamada o aviso deberá hacerse a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas de haber sucedido la emergencia. **El no cumplimiento de esta norma acarrea la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del Asegurado.** Los números de la Central de Asistencias, de acuerdo al país, serán los indicados en el Certificado de Seguro.

Se debe de tomar en cuenta que los teléfonos "toll free" que se indican en el Certificado de Seguro se deberán marcar tal cual como aparecen.

En caso que el país donde se encuentre no tenga un teléfono "toll free", se deberá llamar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre el Asegurado solicitando cobro revertido al teléfono en Estados Unidos.

El Asegurado deberá indicar su nombre, número póliza, y período de validez del mismo, el lugar en que se encuentra, teléfono de contacto y el motivo de la solicitud de asistencia.

10. VIGENCIA

Es el lapso de tiempo en el que pueden ser obtenidos los beneficios indicados por el Plan del servicio de asistencia, incluyendo éste, es el que transcurre desde las cero (00:00) horas del día de comienzo de validez de dicho Plan, estando el Asegurado en territorio extranjero, hasta las veintitrés horas con cincuenta y nueve minutos (23:59) del día del fin de dicha validez, ambas fechas reflejadas en el Certificado de Seguro adquirido por el Asegurado.

Los beneficios y prestaciones descritos en las Condiciones Generales, tendrán validez solamente durante la vigencia indicada en el Certificado der Seguro.

La finalización de la vigencia implicará el cese automático de todos los beneficios, prestaciones, o servicios en curso o no, incluyendo aquellos casos o tratamientos iniciados al momento o antes del término de la vigencia. El Plan de asistencia internacional, opera bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de un Plan, no es posible interrumpir la misma.

En el caso de solicitar asistencia por parte de estudiantes que tengan este tipo de Plan de asistencia, tendrán que enviar por fax a la Central de Asistencias la credencial de la Universidad o de la escuela respectiva en la que estudian en el extranjero. En cuanto a los empresarios, éstos deberán pedir a su empresa en su país de origen el envío de una carta certificando la validez de la misión, en papelería membretada de la misma, o por el e-mail de dicha empresa.

No se brindará asistencia de ningún tipo al Asegurado en situación migratoria o laboral ilegal. (Incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia).

El Plan de asistencia en viajes no podrá ser utilizado bajo ningún concepto, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que ya hubieran surgido durante la vigencia de una primera póliza original y/o anteriores o antes de la vigencia del nuevo Plan y/o póliza, independientemente de que las gestiones o tratamientos en curso hayan sido autorizados. **Toda asistencia médica tratada en una póliza anterior pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia de la nueva póliza y por lo tanto no será asumida por la Compañía, a excepción de lo indicado en la cobertura de "Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente".**

En casos en que el Asegurado se encuentre hospitalizado por una enfermedad y/o accidente protegido por la Compañía en la fecha de terminación del período de asistencia, se cubrirán únicamente los gastos por hospitalización dentro del beneficio de gastos médicos por enfermedad y/o accidente según corresponda, entendiéndose de la siguiente manera:

1. Hasta siete (7) días adicionales contados desde el día de finalización de vigencia del Certificado de Seguro;
2. Hasta que se haya agotado el monto del beneficio respectivo contratado; o
3. Hasta que el Médico firme el alta del Asegurado en el transcurso de los ocho (8) días de ampliación de protección.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de la Compañía una vez que el Asegurado regrese a su país de residencia o expire el período de validez del Plan, salvo las excepciones anteriormente mencionadas.

Addendum – A – Cobertura De Servicio: Cobertura De Gastos Funerarios

Si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida; o se esté expuesto a sustancias peligrosas; o al manejo de maquinarias pesadas; o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos; o que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra el Asegurado un accidente o una enfermedad consecencial; o bien realice labores que de acuerdo con las normas generales de seguridad industrial del país en donde se ejecuten dichos trabajos, las cuales exijan el cumplimiento formal de las mismas previa la ejecución de los mismos, estableciendo responsabilidad patronal para aquella persona natural o jurídica para la cual se ejecuten los mismos, **entonces la Compañía quedará eximida de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos que se deriven de tales circunstancias.**

Esta disposición aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta, como los trabajadores independientes.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

En todo lo no incluido en este Addendum aplicará lo indicado en las Condiciones Generales del mismo.

En fe de lo cual se emite este Addendum y se extiende la Cobertura De Servicio: Plan De Asistencia Viajera (Dólares) en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No.
Emitida a nombre de:



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

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, Ley 8653, bajo el registro número G07-46-A05-772 de fecha 11 de Diciembre del 2020