

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

**Seguro Autoexpedible de
Saldo Deudor TC Plus
Colones**

Código de producto: P14-40-A07-355

Fecha registro: 05-jul-12

Oficio solicitud registro: ADISA-109-2012

"SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE SALDO DEUDOR TC PLUS EN COLONES"

CONDICIONES GENERALES



Cláusula 1. CONTRATO

Mediante el presente Contrato de Seguros (de ahora en adelante "Póliza"), Aseguradora Del Istmo (ADISA) S.A. se obliga, contra el pago de la Prima acordada y en el caso de que se produzca el Evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital o unas prestaciones, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos que constituyen esta póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: (i) las presentes Condiciones Generales del Contrato, y (ii) el Certificado de Cobertura o Condiciones Particulares.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; si el Asegurado no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que hayan discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

Cláusula 3. DEFINICIONES:

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

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: El homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. **Igualmente y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente: El Suicidio o el SIDA.**
- b. **Asegurado:** Es la Persona que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en el Certificado de Cobertura de la misma. Para todos los efectos, el Asegurado es a su vez el Tomador de la Póliza.
- c. **Beneficiario Principal e Irrevocable:** Es la Entidad Financiera establecida en el Certificado de Cobertura, quien actúa como titular del derecho a las prestaciones de Fallecimiento e Incapacidad Total Permanente en esta Póliza cuando se produzcan los hechos generadores de las anteriores dos coberturas y hasta el valor del Saldo Adeudado al momento del siniestro.
- d. **Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha en la que el Asegurado toma la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- e. **CCSS:** Caja Costarricense de Seguro Social.
- f. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A, y es quien suscribe la Póliza con el Asegurado y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- g. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.
- h. **Desempleo Involuntario:** Se refiere al despido injustificado (con responsabilidad patronal) del Asegurado, por causas ajenas a su voluntad, perdiendo en consecuencia su fuente de ingresos. Aplica únicamente para aquellos Asegurados que sean considerados como Empleado(s) de conformidad con lo establecido en estas Definiciones.
- i. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- j. **Edad Máxima de Cobertura:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Luego de esta edad la cobertura se considera terminada para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima por dicho Asegurado. Para efectos del presente documento la Edad Máxima de Cobertura es de sesenta y nueve (69) años.

- k. Enfermedades o Incapacidades Preexistentes o Anteriores:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, 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 indubitadamente en el momento de la adquisición de la Póliza; 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.
- l. Entidad Financiera:** Es la persona jurídica que le emite al Tarjetahabiente una Tarjeta de Crédito como medio de pago para la adquisición de bienes y servicios en negocios autorizados o a recibir dinero en efectivo en los sitios indicados; por lo cual, el Tarjetahabiente asume la obligación de repagar el dinero utilizado y sus correspondientes intereses, comisiones bancarias y/o gastos pactados.
- m. Empleado:** Persona que desempeña, de conformidad con las leyes de Costa Rica, un trabajo y que a cambio recibe una contraprestación por parte de un Patrono bajo una relación laboral. Para efectos de esta Póliza se entiende que el Empleado tiene que haber suscrito y firmado un contrato de trabajo por tiempo indefinido con su Patrono, debe estar inscrito en la planilla del Patrono ante la CCSS y debe haber estado trabajando para el mismo Patrono por un término mayor a seis (6) meses continuos y con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales.
- n. Fenómeno de la Naturaleza de Carácter Catastrófico:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano.
- o. Incapacidad Total Temporal:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.
- p. Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a sesenta y cinco por ciento (65%), lo que le impide de manera permanente desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental, o por una enfermedad diagnosticada durante la vigencia de la Póliza. Para efectos de este contrato, por extensión y aclaración también se considera como Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, o en su defecto por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.
- q. Médico:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y deberá demostrar una experiencia mínima de tres (3) años como Médico.
- r. Operador de Seguros Autoexpedibles:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros autoexpedibles convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) como tales.
- s. Patrono:** Persona física o jurídica debidamente inscrito ante la CCSS como tal, y que legalmente puede contratar en Costa Rica a personas físicas bajo una relación laboral debidamente documentada.
- t. Plan:** Alternativa seleccionada por el Asegurado en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar.
- u. Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales y el Certificado de Cobertura.
- v. Prima:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.
- w. Saldo Adeudado:** Es el saldo de la Tarjeta de Crédito del Tarjetahabiente, que le adeuda a la Entidad Financiera, que comprende el principal más sus intereses corrientes al momento del Siniestro, y que

aparece registrada en los libros oficiales de la Contabilidad de la Entidad Financiera sin incluir intereses moratorios o gastos adicionales.

- x. **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente Póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- y. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- z. **Tarjeta de Crédito:** Cupo de crédito rotativo de duración indeterminada al que se tiene acceso a través de una tarjeta plástica que puede ser utilizada para compra de bienes o servicios o disponer de dinero en efectivo, emitida por la Entidad Financiera y declarada en el Certificado de Cobertura.
- aa. **Tarjetahabiente:** Persona física titular de una Tarjeta de Crédito expedida por una Entidad Financiera.
- bb. **Trabajador Independiente:** Persona física que por sí misma y de forma independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no. Se entiende que es la persona que no tiene relación laboral con un Patrono, y ejecuta sus actividades profesionales o su oficio de forma independiente.

Cláusula 4. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

La presente Póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Autoexpedible.

Cláusula 5. SUMAS ASEGURADAS

Es el monto de seguro según el Plan elegido por el Asegurado, que la Aseguradora se obliga a pagar en caso de Siniestro para cada cobertura, según se indica en el Certificado de Cobertura.

Cláusula 6. COBERTURAS

La Aseguradora indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan. Esta Póliza está conformada por todas las coberturas que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado.

- a. **Cobertura de Fallecimiento:** En caso de fallecimiento del Asegurado la Aseguradora pagará al Beneficiario Principal e Irrevocable el valor del Saldo Adeudado a la Tarjeta de Crédito al momento del fallecimiento del Asegurado, sin exceder de la suma asegurada contratada para esta cobertura, según el Plan elegido.
- b. **Beneficio por Incapacidad Total y Permanente:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente o una enfermedad que le cause una Incapacidad Total y Permanente, debidamente diagnosticada por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, o en su defecto por un Médico especialista, el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Aseguradora le **ADELANTARÁ** la suma establecida para la Cobertura de Fallecimiento según el Plan elegido, para pagar a la Entidad Financiera el valor del Saldo Adeudado en la Tarjeta de Crédito del Asegurado al momento del Siniestro, sin exceder de la Suma Asegurada para esta cobertura, según el plan elegido.
- c. **Cobertura por Desempleo Involuntario:** En caso que el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario, la Aseguradora abonará a la Tarjeta de Crédito del Asegurado el monto mensual estipulado según el Plan elegido, por un período de hasta seis (6) meses consecutivos, siempre y cuando el Asegurado se encuentre en dicha condición de Desempleo Involuntario. La obligación de la Compañía de llevar a cabo la anterior indemnización de hasta un máximo de seis (6) pagos a la Tarjeta de Crédito inicia a partir del tercer mes, posterior a la fecha en que se haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado. En caso que el Saldo Adeudado sea superior al monto mensual de esta cobertura, el Asegurado será responsable de pagar dicha diferencia a la Entidad Financiera. Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario deberá dar aviso inmediato a la Aseguradora del cambio en su situación laboral, y simultáneamente la Compañía suspenderá los pagos mensuales correspondientes. En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario y no le notifique dicho cambio a la Compañía, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere, la devolución de los pagos que hizo a la Tarjeta de Crédito sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha cobertura.



- d. **Cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente:** En caso que el Asegurado en su condición de Trabajador Independiente sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, impidiéndole ejercer su trabajo u ocupación habitual, la Aseguradora abonará a la Tarjeta de Crédito del Asegurado el monto mensual estipulado según el Plan elegido, por un período de hasta seis (6) meses consecutivos, siempre y cuando el Asegurado se encuentre en dicha condición de Incapacidad Total Temporal, la cual deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista, el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS. Esta cobertura aplicará únicamente para Asegurados que sean Trabajadores Independientes. Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Incapacidad Total Temporal, deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio en su estado de salud, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades. En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Incapacidad y no le notifique dicho cambio en su estado de salud a la Compañía, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere, la devolución de los pagos que hizo a la Tarjeta de Crédito sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha cobertura.

Las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal por Accidente son excluyentes entre sí, por lo cual un Asegurado no podrá estar amparado bajo ambas coberturas a la misma vez.

Cláusula 7. PLAZO DE ESPERA PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

En cada evento de Desempleo Involuntario cubierto por esta Póliza, el Asegurado será responsable de cubrir los pagos correspondientes de la Tarjeta de Crédito a la Entidad Financiera durante los primeros dos (2) meses posteriores a que haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario, lo anterior como plazo de espera.

Cláusula 8. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Por ser este un Seguro Autoexpedible, la vigencia de la Póliza será de un año que inicia a partir del momento en que se da la simple aceptación del Asegurado, la cual estará indicada en el Certificado de Cobertura, siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del Período de Gracia. Esta Póliza es renovable automática por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Beneficiario Principal e Irrevocable del seguro, el importe del Saldo Adeudado.

Cláusula 9. PRIMA

La Prima que se establece para esta Póliza es la que se detalla en el Certificado de Cobertura según el Plan elegido por el Asegurado

Cláusula 10. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la Prima de la presente Póliza será de pago fraccionado debiendo hacerse los pagos mensualmente y por adelantado con cargo automático a una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque. Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Si se realizó el pago total de la Prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las Primas no devengadas.



Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

Cláusula 11. PERIODO DE GRACIA

Para llevar a cabo el pago mensual de la Prima, la Compañía le concede al Asegurado un Período de Gracia de sesenta (60) días naturales, que empezarán a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada.

Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía pagará la indemnización correspondiente, rebajando de la indemnización la(s) Prima(s) pendiente(s).

Cláusula 12. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD / ELEGIBILIDAD

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado de esta póliza deberá cumplir los requisitos que a continuación se detallan:

1. Tener entre dieciocho (18) años y sesenta y cuatro (64) años de Edad.
2. Ser Usuario de la Tarjeta de Crédito de la Entidad Financiera establecida en el Certificado de Cobertura.
3. Completar el Certificado de Cobertura.

Cláusula 13. BENEFICIARIOS

El beneficio de pago de la Suma Asegurada correspondiente a las Coberturas de Fallecimiento e Incapacidad Total y Permanente, será pagado al Beneficiario Principal e Irrevocable, con el fin de cancelar el Saldo Adeudado a la Tarjeta de Crédito del Asegurado.

El beneficio de pago de la Suma Asegurada correspondiente a las Coberturas por Incapacidad Total Temporal por Accidente o por Desempleo Involuntario del Asegurado, será abonado, única y exclusivamente, a la Tarjeta de Crédito del Asegurado.

El Asegurado o sus causahabientes, tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Beneficiario, Principal e Irrevocable del seguro, el importe del Saldo Adeudado para las coberturas de Fallecimiento e Incapacidad Total y Permanente amparado por el seguro más sus accesorios. Para efecto de lo anterior, el Asegurado deberá informarle a la Compañía cualquier cambio de su domicilio a efecto de recibir las notificaciones aquí indicadas.

Cláusula 14. PERIODO DE CARENCIA

a. Suicidio

Si el Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Aseguradora no amparará la reclamación.

b. SIDA

Si el Asegurado fallece a causa de SIDA durante los dos (2) años posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, la Aseguradora no amparará la reclamación.

c. Enfermedades Preexistentes o Anteriores: Si el Asegurado fallece a causa de Enfermedades Preexistentes o Anteriores durante los dos (2) años posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, la Aseguradora no amparará la reclamación.

a. Desempleo

Si un Asegurado entra en situación de Desempleo Involuntario o queda desempleado durante el primer mes posterior a la fecha de su adquisición de la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Cláusula 15. EXCLUSIONES

La Cobertura de Fallecimiento de esta Póliza de Seguro NO TIENE exclusiones.



Para la cobertura por Incapacidad Total y Permanente y la Cobertura de Incapacidad Total Temporal no se cubrirán siniestros causados por o durante:

- a. Lesiones o enfermedades provocadas en estado de enajenación mental del Asegurado;
- b. Lesiones provocadas por el propio Asegurado;
- c. Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de de cualquier acto delictivo o al margen de la ley;
- d. La práctica o participación del Asegurado en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional;
- e. Por lesiones que pueda sufrir el Asegurado, causadas por arma cortante, cortopunzante o de fuego.
- f. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;
- g. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;
- h. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico;
- i. Por culpa grave del Asegurado;
- j. Un ataque de epilepsia o como consecuencia de éste.
- k. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado;
- l. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica;
- m. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;
- n. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes;
- o. La realización o participación en una de las siguientes actividades: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta o parapente, artes marciales, boxeo, lucha libre o grecoromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido y tiro al blanco o cacería con arco;
- p. La participación en competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve.
- q. Afecciones propias del embarazo;
- r. Lesiones producidas al Asegurado, en virtud de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético;

Para la COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO la Compañía no cubrirá el pago si el Asegurado:

- a. Entra en situación de desempleo en consecuencia de un despedido sin responsabilidad patronal de conformidad con el Código de Trabajo de Costa



Rica. En caso que el Asegurado apele o inicie un proceso judicial en contra del patrono y sea necesaria una sentencia judicial, se deberá presentar copia certificada de la misma.

- b. Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado.**
- c. Entra en situación de desempleo debido a su participación en paros, disputas laborales o huelgas.**
- d. Entra en situación de desempleo debido a cambios en su condición mental.**
- e. Firmo un contrato de trabajo con el Patrono de tiempo definido o determinado.**
- f. Ha sido notificado de su despido por parte del Patrono antes de la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura.**
- g. Entra en situación de desempleo producto de su jubilación, retiro obligatorio o voluntario o ingreso al régimen de pensión.**
- h. Desempeña un cargo público de libre nombramiento y remoción.**
- i. Se desempeña como Empleado de una empresa, industria o comercio cuya propiedad accionaria le pertenece en más de un 50% a un familiar del Asegurado hasta un segundo grado de afinidad o consanguinidad.**

Cláusula 16. NULIDAD DE LA PÓLIZA

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

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas al Asegurado, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

Cláusula 17. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza se tendrá por terminada cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- 1. Se cancele la Tarjeta de Crédito del Asegurado.
- 2. Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma.
- 3. A solicitud expresa del Asegurado.
- 4. Si Vencido el Período de Gracia el Asegurado no ha pagado la Prima correspondiente.
- 5. El Asegurado al momento de la renovación, tenga sesenta y nueve (69) años cumplidos.
- 6. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- 7. Fallezca el Asegurado o se pague la Cobertura de Fallecimiento.

En el caso que existan Primas no devengadas a la fecha de finalización anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Asegurado en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la finalización anticipada de la Póliza.

Cláusula 18. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN.

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite ante el Operador de Seguros Autoexpedibles con el cual se adquirió la Póliza, o también podrá(n) presentarlo en las oficinas de la Compañía, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el Siniestro o ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 con copia o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr.



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

El Operador de Seguros Autoexpedibles revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Compañía, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

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 al Beneficiario y al Operador de Seguros Autoexpedibles en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

El Beneficiario 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 a continuación.

Para el trámite de reclamos, el Asegurado o el Beneficiario deberá(n) presentar los requisitos que se establecen a continuación:

- 1) Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora;
- 2) Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
- 3) Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- 4) En caso de Fallecimiento deberá presentar adicionalmente lo siguiente:
 - a) Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
 - b) Original de la Certificación del Contador de la Entidad Financiera en la que se indique el valor del Saldo Adeudado a su Tarjeta de Crédito al momento del fallecimiento del Asegurado;
- 5) En caso de Incapacidad Total y Permanente por causa accidental deberá presentar adicionalmente:
 - a. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente que este dictamen de Incapacidad NO ESTA SUJETO A REVISION, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
 - b. Original de la declaratoria de invalidez emitido por la 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 Cláusula de "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.
 - c. Original de la Certificación del Contador de la Entidad Financiera en la que se indique el valor del Saldo Adeudado de la Tarjeta de Crédito al momento de declararse la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
 - d. 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.
- 6) En caso de Incapacidad Total Temporal por Accidente deberá presentar adicionalmente:
 - a) Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Total Temporal del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
 - b) Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que se originó la Incapacidad Total Temporal.

- 7) En caso de Desempleo Involuntario deberá presentar adicionalmente:



- a) Original y copia de la carta de despido del contrato de trabajo a término indefinido expedida y firmada por el último patrono, donde se indique la fecha de inicio, la fecha de terminación del contrato de trabajo, la causa clara de terminación del mismo, así como el salario devengado y las labores realizadas en dicha relación laboral.
- b) Certificación de la CCSS en la que se indique la fecha de inclusión y exclusión del Empleado en la planilla del patrono.
- c) Original y copia del último recibo de pago y afiliación del Asegurado a la CCSS.
- d) El Asegurado, para mantener la vigencia de la Cobertura, deberá presentarse mensualmente a las oficinas de la Compañía, con el fin de firmar una declaración jurada en la que exprese que continúa en la situación de Desempleo Involuntario.

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 la lo que se establece en la presente Póliza.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. En caso de indemnización por la cobertura de esta póliza, si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima de esta póliza cuya vigencia es de un (1) año. Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

Cláusula 19. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora de Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula "PROCEDIMIENTO DE RECLAMACION".

Cláusula 20. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado o al(los) Beneficiario(s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El Asegurado o el(los) Beneficiario(s) puede(n) solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía o ante el Operador de Seguros Autoexpedibles. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso que la reciba el Operador de Seguros Autoexpedibles, éste la remitirá a la Compañía en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida y la Compañía deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la recepción de dicha solicitud.

En caso que el Asegurado o Beneficiarios 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 Beneficiario, según sea el caso. 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 establecido en la presente póliza.

Cláusula 21. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud reticencia o falsedad intencional en que incurra el Asegurado o el Beneficiario, con dolo o culpa grave, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de Prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las Primas no devengadas, tal y como se indica en Pago de Primas. Si el pago de la Prima es mensual, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

Cláusula 22. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en colones moneda de curso legal Costa Rica. Toda indemnización se realizará en colones moneda de curso legal de Costa Rica.

Cláusula 23. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

LA INFORMACION QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA POR EL ASEGURADO, SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO PODRÁ SER REVELADA A TERCEROS, SALVO AUTORIZACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LO QUE REFIERE A SU INFORMACIÓN PERSONAL, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Cláusula 24. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 25. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 26. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Asegurado, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Cláusula 27. DOMICILIO

El domicilio contractual es la dirección anotada por el Asegurado en el Certificado de Cobertura, o en su defecto la última reportada a la Compañía.

Cláusula 28. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza, serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por ellos en el Certificado de Cobertura o a la última recibida por la Compañía.

El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada. En caso que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para la presentación de reclamos Las demás comunicaciones del Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

Cláusula 29. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza, la Compañía, emitirá un duplicado sin costo alguno. Previa solicitud escrita del Asegurado.

Cláusula 30. CONTROVERSIAS

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

Cláusula 31. LEGISLACIÓN APLICABLE

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



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 N° 8653, bajo el registro N° _____ de fecha _____.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'OEM', is located in the bottom right corner of the page.

Seguro Autoexpedible de Saldo Deudor TC Plus en Colones



Certificado de Cobertura

Plan elegido		Póliza No.	
Vigencia del		(12:00 horas)	al (12:00 horas)
Datos del Asegurado			
Nombre Completo		Fecha de Nacimiento	Sexo
No. de Cédula	Teléfono		Correo Electrónico
Dirección Completa			
Provincia	Cantón	Distrito	
Número de Tarjeta de Crédito:			
Marca:		Entidad Financiera/Emisor:	

Planes	Plan A	Plan B	Plan C
SUMA ASEGURADA			
Fallecimiento			
Incapacidad Total y Permanente			
Incapacidad Total Temporal (Pago Mensual) máximo 6 pagos			
Desempleo Involuntario (Pago Mensual) máximo 6 pagos			
PRIMA MENSUAL A COBRAR			

Declaraciones y Advertencias:

El abajo firmante declara y acepta que la información y respuestas anteriores son completas y verídicas y que son la base para mi Póliza. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá a Aseguradora del Istmo (ADISA), S.A. del pago de reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley 8956 de Junio de 2011.

El abajo firmante, en caso de mi muerte autorizo por este medio, a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico o laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo, (ADISA) S.A. información sobre antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de mis historias clínicas. Lo anterior con el único propósito de corroborar mi estado de salud al momento de diligenciar este documento o las circunstancias de mi fallecimiento.

Declaro haber recibido las Condiciones Generales de esta Póliza.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), 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 N° 8653, bajo el registro N° de fecha de

En caso de siniestro comunicarse al

LOGO ASEGURADORA

LOGO OPERADOR

Cédula Jurídica: (Aseguradora)

Teléfono: (Aseguradora)

Fax: (Aseguradora)

Dirección: (Aseguradora)

Registro ante la SUGESE n°: (Aseguradora)

Página web: (Aseguradora)

Email: (Aseguradora)

Calificación:

Para conocer más información acerca de nuestros productos

Autorizados puede ingresar al sitio www.sugese.fi.cr

Cédula Jurídica: (del operador)

Teléfono: (del operador)

Fax: (del operador)

Dirección: (del operador)

Registro ante la SUGESE n°: (del operador)

Página web: (del operador)

Email: (del operador)

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

LA INFORMACION QUE SEA SUMINISTRADA AL OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES POR EL ASEGURADO SERA DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO PODRÁ SER REVELADA A TERCEROS, SALVO AUTORIZACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LO QUE REFIERE A SU INFORMACIÓN PERSONAL, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR QUEJAS

Para todos los efectos de la presente Póliza, el Asegurado o cualquier persona interesada podrán reportar o presentar quejas sobre el operador de seguros autoexpedibles, directamente a la Aseguradora llamando al teléfono 2228-4850, enviando un fax al 2228-0483 o por correo electrónico a la dirección info@adisa.cr.

En caso que así lo desee el Asegurado o cualquier persona interesada podrán apersonarse a las oficinas de la Aseguradora a presentar su queja sobre el operador de seguros autoexpedibles.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

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

INFORMACIÓN IMPORTANTE

"OPERADOR" mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles de Aseguradora del Istmo (ADISA), S.A., registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización número A07:

a.- La expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata, la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte de Aseguradora del Istmo (ADISA), S.A.

b.- Usted puede retractarse de la contratación realizada sin ningún costo comunicándolo por escrito, a más tardar quince (15) días naturales después de adquirir la póliza de seguro, en el establecimiento que adquirió el producto o mediante el siguiente contacto: al fax (del operador), email (del operador), dirección (del operador y nuestros horarios (del operador) son de XX a XX pm. No obstante, el derecho de retracto no será de aplicación a los contratos de seguros autoexpedibles de asistencia en viaje una vez éste se inicie, ni a los contratos de seguros autoexpedibles cuyo plazo de vigencia sea igual o inferior a cinco días hábiles.

Cuando el perfeccionamiento del contrato y expedición de la póliza se efectúe a través de medios automatizados, no será necesario incorporar la firma del asegurado.

Nombre Completo del Asegurado

Firma y No. de identificación

Denominación /razón social del
Operador de seguros autoexpedibles

No. de cédula jurídica

No. de registro

Nombre completo del empleado del operador

No. de cédula jurídica

(NOMBRE DEL OPERADOR)

**OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES – NO EXCLUSIVO
DE ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA) S.A.**

