Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR DE CRÉDITO POR LIBRANZA EN DÓLARES

Código de producto: P14-40-A07-653

Fecha registro: 23-oct-15

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR DE CRÉDITO POR LIBRANZAS EN DÓLARES

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR DE CREDITO POR LIBRANZA EN DÓLARES

El cual se regirá por las cláusulas que aparecen a continuación:

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

Javier Navarro Giraldo
Apodero General

Torre Banco General
Trejos Montealegre Escazú
(Contiguo al Centro Corporativo el Cedral)
4to. Piso

Teléfono: (506) 4101-0000

info@adisa.cr

ÍNDICE

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES:……3

CLÁUSULA 2. BASES DEL CONTRATO……..6

CLÁUSULA 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN……..6

CLÁUSULA 4. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO……..7

CLÁUSULA 5. COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES……7

CLÁUSULA 6. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES……..7

CLÁUSULA 7. COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO……..8

CLÁUSULA 8. BENEFICIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE……..9

CLÁUSULA 9. BENEFICIO DE ASISTENCIA PARA LA REINSERCIÓN LABORAL……9

CLÁUSULA 10. PLAZO DE ESPERA PARA LA COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO……..9

CLÁUSULA 11. LÍMITE PARA LA COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO……..9

CLÁUSULA 12. SUMA MÁXIMA ASEGURADA……10

CLÁUSULA 13. PERÍODO DE CARENCIA……..10

CLÁUSULA 14. EXCLUSIONES……..11

CLÁUSULA 15. ACEPTACIÓN DE RIESGO……13

CLÁUSULA 16. BENEFICIARIOS……..13

CLÁUSULA 17. OBLIGACIONES DE LAS PARTES…14

CLÁUSULA 18. ELEGIBILIDAD……14

CLÁUSULA 19. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS……..14

CLÁUSULA 20. REGISTRO DE ASEGURADOS……14

CLÁUSULA 21. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO……..15

CLÁUSULA 22. PRIMA O TARIFA DE SEGURO…….15

CLÁUSULA 23. LAS PRIMAS Y SU PAGO……..15

CLÁUSULA 24. PERÍODO DE GRACIA……16

CLÁUSULA 25. COMISIÓN DE COBRO……16

CLÁUSULA 26. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS……..16

CLÁUSULA 27. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA……16

CLÁUSULA 28. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO……16

CLÁUSULA 29. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO……17

CLÁUSULA 30. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA……..19

CLÁUSULA 31. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO……20

CLÁUSULA 32. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA..20

CLÁUSULA 33. NULIDAD DE LA PÓLIZA……20

CLÁUSULA 34. RECTIFICACIÓN DE EDAD……21

CLÁUSULA 35. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO……..21

CLÁUSULA 36. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN……21

CLÁUSULA 37. TRASPASO O CESIÓN……21

CLÁUSULA 38. PRESCRIPCIÓN……..21

CLÁUSULA 39. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES…..21

CLÁUSULA 40. LEGISLACIÓN APLICABLE……21

CLÁUSULA 41. CONTROVERSIAS……21

CLÁUSULA 42. PLAZO DE RESOLUCIÓN……..22

CLÁUSULA 43. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES……22

CLÁUSULA 44. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES……22

Cláusula 1. 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. **Acreedor:** Es la persona jurídica que le otorga al Deudor un Crédito por Libranza para el financiamiento de sus proyectos u operaciones personales y/o empresariales, y ante quien el Deudor asume la obligación de repagar el dinero utilizado y sus correspondientes intereses, comisiones bancarias y/o gastos pactados.

c. **Asegurado:** Es la persona física deudor del Tomador del seguro que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume el riesgo de Fallecimiento, Incapacidad Total Temporal, Desempleo Involuntario, Incapacidad Total y Permanente, que se individualiza expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

d. **Beneficiario Único e Irrevocable:** Es el Tomador de la Póliza, quien actúa como único titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de la cobertura.

e. **Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

f. **CCSS:** Caja Costarricense de Seguro Social.

g. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador o Contratante y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.

h. **Crédito**: Se refiera a una cantidad de dinero que el Acreedor pone a disposición del Deudor, sea en la forma de un crédito específico o una línea de crédito, el cual tiene que ser pagado por el Deudor al Acreedor en un plazo y bajo unas condiciones específicas acordadas necesariamente por escrito mediante un contrato de crédito debidamente firmado por las partes y cuyo número o referencia específica aparece en el Certificado de Cobertura.

i. **Desempleo Involuntario:** Se refiere al despido de un Empleado de forma injustificada, con responsabilidad patronal del Asegurado, o por causas ajenas a su voluntad, y que como consecuencia pierda totalmente sus fuentes de ingresos. Para efectos de esta Póliza, en caso que el Empleado esté laborando para más de un patrono, la condición de Desempleo Involuntario únicamente aplica si al Empleado lo despiden de forma injustificada, con responsabilidad patronal en todos sus trabajos.

j. **Despido Colectivo o Masivo**: Se refiere a la decisión unilateral del Patrono de dar por terminado o extinguir con responsabilidad patronal los contratos de trabajo de un número de Empleados igual o mayor al diez por ciento (10%) del total de un Patrono con más de cien (100) Empleados, o igual o mayor al veinte por ciento (20%) del total de un Patrono con menos de cien (100) pero más de cincuenta (50) Empleados, o a un número de diez (10) Empleados cuando el Patrono tiene menos de cincuenta (50) Empleados, fundamentada la anterior decisión unilateral de terminación en causas económicas, técnicas, organizativas o de producción del Patrono. Para efectos de la presente Póliza, los despidos deben realizarse dentro de un plazo máximo de seis meses a partir de su notificación por parte del Patrono.

k. **Deudor:** Es la persona física que se constituye como obligado de satisfacer una cuenta por pagar contraída con un Acreedor.

l. **Disputabilidad (período de):** Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores del Asegurado, en razón a que no fueron declaradas por él, o que las declaró de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo tendrá esa facultad en el caso que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en la Cláusula de "DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA" del presente contrato.

m. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).

n. **Empleado:** Es la persona física que desempeña un trabajo que a cambio recibe una remuneración de un patrono bajo una relación laboral. Para efectos de la presente Póliza, para que se considere que existe una relación laboral con dicho patrono, debe cotizar durante toda esa relación como Empleado ante la Caja Costarricense del Seguro Social, tiene que haber suscrito un contrato de trabajo por tiempo indefinido con su patrono, y debe haber estado trabajando para el mismo patrono por un término mayor a seis (6) meses con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales. **Los trabajadores independientes y/o las relaciones laborales por tiempo definido o por obra o contrato determinado no serán considerados Empleados para efectos de esta Póliza**.
o. **Enfermedad:** Es toda aquella alteración del estado de la salud del Asegurado, sea una condición física o mental cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuada por un Médico.
p. **Enfermedades Preexistentes o Anteriores:** Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia que afecte o haya afectado al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la Solicitud de Inclusión como Asegurado; 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 suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.
q. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del Fallecimiento, de la Incapacidad Total Temporal por causa accidental, del Desempleo Involuntario, o de la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
r. **Factura:** Documento contable emitido por la Compañía donde se establece el valor de la Prima periódica correspondiente a la totalidad de la Póliza.
s. **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.
t. **Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado por la Compañía y que puede utilizar el Tomador para el pago de la Prima, que puede ser cualquiera de las siguientes formas: efectivo, cheque debidamente acreditado, transferencia bancaria, tarjeta de débito y/o tarjeta de crédito. Todo pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador dentro del Plazo de Gracia que adelante se indica. Se entiende que para que el cheque sea aceptado por la Compañía como una Forma de Pago de la Prima, este debe de hacer sido debidamente acreditado en la cuenta de la Compañía.
u. **Grupo Asegurable:** Se entenderá que está constituido por todas las personas físicas a quienes se les ha otorgado un Crédito por Libranza por parte del Acreedor Tomador del Seguro, que a su vez reúnen individualmente los requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.
v. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, se haya pagado su primera Prima dentro del Período de Gracia y que aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.
w. **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 **por un mínimo de sesenta (60) días calendario**. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada en periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982, y de manera particular, respecto de los porcentajes de incapacidad establecidos en el Artículo 224 de la misma.
x. **Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%) de manera permanente, que definitivamente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, una profesión, actividad u oficio. 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 por primera vez durante la vigencia de la Póliza. Para efectos de este contrato, por extensión y aclaración también se considera 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 es definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS), o en su defecto por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión

Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS), según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada el periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982 (Costa Rica).

y. **Infección Oportunista:** Es una Enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.

z. **Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.

aa. **Libranza:** Es un tipo de Crédito que el Deudor asume con un Acreedor y que que como mecanismo de pago el Deudor autoriza a su Patrono a descontar de su salario mensual o quincenal una suma determinada para aplicarla al pago de dicho Crédito. En este tipo de Crédito, el Patrono se compromete a descontar las sumas autorizadas por el Deudor y a entregar las mismas al Acreedor dentro de un plazo previamente convenido. Para que la Libranza sea viable, debe de exisitir una relación laboral entre el Deudor Asegurado y el Patrono.

bb. **Límite Máximo Individual por Asegurado:** Es el valor máximo reconocido por la Compañía en caso de un siniestro amparado por esta Póliza para un Asegurado y que se establece en las Condiciones Particulares de la misma para cada una de las Coberturas o Beneficios según el Plan contratado.

cc. **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.

dd. **Neoplasma Maligno:** Son las enfermedades en donde hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

ee. **Pago Mensual:** Es el valor que la Compañía se compromete a abonar mensualmente al Crédito por Libranza del Asegurado a favor del Acreedor cuando el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario. El monto del Pago Mensual al que está obligado la Compañía se establece en la Tabla de Tarifas de las Condiciones Particulares de la Póliza según el Plan seleccionado por el Tomador.

ff. **Patrono:** Persona física o jurídica debidamente inscrita ante la CCSS como tal, que legalmente puede contratar en Costa Rica a personas físicas bajo una relación laboral debidamente documentada.

gg. **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que el Tomador se obliga para con la Compañía a realizar el pago de la Prima. Para efectos de esta Póliza, el pago de la Prima puede hacerse de forma total contra entrega de la Póliza, o bien de forma Mensual, Trimestral, Semestral o Anual. La Periodicidad del Pago de la Prima la determina el Tomador y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

hh. **Período de Espera:** Es el período de tiempo a partir del momento en que el Asegurado entra en una situación de Desempleo Involuntario y durante el cual el Asegurado debe continuar pagando al Tomador las cuotas mensuales de su Crédito por Libranza. Durante este período, la Aseguradora no estará obligada a realizar pago alguno al Tomador. Una vez transcurrido el Período de Espera y que se cumplan las condiciones establecidas en esta Póliza, la Compañía deberá realizar aquellos pagos que le correspondan de forma directa al Crédito por Libranza del Asegurado.

ii. **Plan Contratado**: Es la alternativa seleccionada por el Tomador para todos los Asegurados, que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza, donde indica claramente la Suma Asegurada en caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, el valor de cada Pago Mensual, el número de Pagos Mensuales que realizará la Compañía al Crédito por Libranza, y la Prima a pagar.

jj. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, y el Reporte de Asegurados. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

kk. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro a la Compañía por cada Asegurado, en contraprestación por la cobertura de riesgo objeto de la presente Póliza.

ll. **Registro de Asegurados:** Es un archivo magnético o base de datos de la Compañía donde se registra la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, número y tipo de identificación, así como cada una de las modificaciones a este archivo y la fecha en que se realizó cada modificación.

mm. **Reporte de Asegurados:** Es el listado de Asegurados entregado por el Tomador a la Compañía que debe contener la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, número y tipo de identificación. El Tomador deberá entregar el listado en medio magnético o vía internet en el formato establecido por la Compañía para tal fin.

nn. **Saldo del Crédito por Libranza**: Es el monto del Crédito por Libranza que le adeuda el Asegurado al Acreedor en un momento determinado, que comprende el principal más sus intereses corrientes en ese

mismo momento, y que aparece debidamente registrado en los libros oficiales de la contabilidad del Acreedor, sin incluir intereses moratorios, penalidades o gastos adicionales.

oo. Servicio de Asistencia para la Reinserción Laboral: Es el servicio de asistencia que se le brinda al Asegurado vía telefónica, exclusivamente para ayudarlo en lo siguiente: (i) Apoyo en la elaboración de su hoja de vida profesional *(Curriculum Vitae)*, (ii) información sobre las bolsas de empleo o trabajo existentes, ferias de trabajo, páginas web para reinserción laboral que a la fecha de la solicitud del servicio se encuentren activas en la República de Costa Rica, y (iii) el envío de su hoja de vida a un máximo de diez (10) diferentes empresas en la República de Costa Rica que estén solicitando empleados con un perfil laboral similar al del Asegurado.

pp. SIDA: Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida decretado médicamente, cuyo agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). 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.

qq. Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto, 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.

rr. Suicidio: Acción o conducta voluntaria para terminar con su propia vida, que será determinada como tal por la autoridad judicial competente.

ss. Tabla de Tarifas: Resumen de las condiciones específicas de cada uno de los Planes que puede seleccionar el Tomador de la Póliza, cuyos costos para las Coberturas de fallecimiento e incapacidad se establecen en función de los elementos estadísticos, actuariales e históricos de accidentes y salud de cada subgrupo etario que conforma el Grupo Asegurado, y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

tt. Tomador o Contratante: Es la persona jurídica que actúa como Acreedor a título oneroso de un Crédito por Libranza, que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.

uu. Trabajador Independiente: Persona física que por sí misma y de forma independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no, sin importar si cotiza o no como tal ante la Caja Costarricense del Seguro Social. 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. Para efectos de esta Póliza, la situación de Trabajador Independiente y Empleado son excluyentes entre sí.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares del Contrato y el Certificado Individual de Cobertura.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro 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.

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

Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo de vida, con coberturas y beneficios adicionales, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

a) Contributiva: Es la modalidad en la que el Asegurado contribuye con parte o la totalidad de la Prima.
b) No Contributiva: Es la modalidad en la que el Tomador paga la totalidad de la Prima.

Cláusula 4. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

En caso que un Asegurado fallezca por cualquier causa cubierta bajo esta Póliza, la Compañía pagará al Tomador en su calidad de Beneficiario Único e Irrevocable el Saldo del Crédito por Libranza, el cual en ningún caso podrá exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza como Límite Máximo Individual. Esta Cobertura Básica de Fallecimiento se pagará siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Deudor Asegurado se encuentre registrado como tal en la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Una vez que ocurra el fallecimiento del Asegurado, terminarán automáticamente todas las coberturas y beneficios para el Asegurado.

Cláusula 5. COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES

El Tomador del seguro podrá solicitar la inclusión de personas a la Póliza para cualquiera de las Coberturas y Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica de Fallecimiento, los cuales se detallan a continuación, y estarán amparadas exclusivamente aquellas personas que se detallen como cubiertas en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura, considerando que por cada Cobertura el Tomador deberá pagar dentro del Período de Gracia la Prima correspondiente para cada una de las Coberturas y Beneficios Adicionales según se establezca en la Tabla de Tarifas de la presente Póliza. A continuación se establecen las Coberturas y Beneficios Adicionales:

1. Cobertura Adicional de Incapacidad Total Temporal por Accidente para Trabajadores Independientes;
2. Cobertura por Desempleo Involuntario.
3. Beneficio por Incapacidad Total y Permanente;
4. Beneficio de Asistencia para la Reinserción Laboral.

Las Coberturas y Beneficios Adicionales son de libre elección para el Tomador de la Póliza y se especifican en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura de la misma. Las Coberturas y Beneficios Adicionales entrarán en vigencia una vez la Compañía haya aceptado asumir su riesgo y se haya pagado la Prima establecida para el Plan contratado dentro del Período de Gracia. La indemnización correspondiente a las Coberturas y Beneficios Adicionales contratados se pagarán siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre registrado como tal en la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Cláusula 6. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

Esta cobertura es de libre elección para el Tomador y cubrirá a la totalidad de los Asegurados que cumplan la condición de Trabajadores Independientes. Se deja constancia que en caso que el Tomador decida contratar esta cobertura en la "Solicitud de Seguro" y la Compañía haya aceptado el riesgo, la misma será obligatoria para todos los Asegurados del Grupo Asegurable que cumplan la anterior condición de Trabajadores Independientes.

En caso que el Asegurado en su condición de Trabajador Independiente sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, impidiéndole ejercer sus actividades lucrativas u ocupación habitual, condición que deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista, y por ende esté en imposibilidad de hacerle frente al pago de las cuotas mensuales de su Crédito por Libranza con el Tomador, la Aseguradora abonará al Crédito por Libranza del Asegurado el monto mensual estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, por el período previamente elegido por el Tomador, que se establece en la Tabla de Tarifas de las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Asegurado se encuentre y mantenga en dicha condición de Incapacidad Total Temporal. **Sin perjuicio de lo anterior, el Deudor Asegurado será el único responsable de pagarle oportunamente al Tomador cualquier saldo de la cuota mensual del Crédito por Libranza y/o el saldo total del Crédito**.

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 Total Temporal 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 al Crédito por Libranza 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. Esta cobertura aplicará únicamente para Asegurados que sean Trabajadores Independientes y la Compañía dejará de pagarla al Tomador cuando ocurra alguna de las siguientes condiciones, la que ocurra primero: (i) cuando la Compañía haya cubierto el número total de pagos acordados, (ii) cuando el Asegurado fallezca, o (ii) cuando un Médico especialista le diagnostique al Asegurado la terminación de su Incapacidad Total Temporal.

En caso de Siniestro, el Tomador y/o Asegurado deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza para el caso específico de la cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente.

Cláusula 7. COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

Esta cobertura es de libre elección para el Tomador y cubrirá a la totalidad de los Asegurados que cumplan la condición de Empleados en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para todos los anteriores Asegurados. Se deja constancia que en caso que el Tomador decida contratar esta cobertura y la Compañía acepte el riesgo, la misma será obligatoria para todos los Asegurados del Grupo Asegurable que cumplan la anterior condición de Empleados.

En caso que el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario, y que como resultado del Desempleo Involuntario pierda la totalidad de sus ingresos, la Aseguradora abonará al Crédito por Libranza del Asegurado el Pago Mensual estipulado según el Plan de Desempleo Involuntario contratado, por el período definido en la Tabla de Tarifas de la Póliza, siempre y cuando el Asegurado se encuentre y se mantenga en dicha condición de Desempleo Involuntario y que esta condición no se haya originado en un Despido Colectivo o Masivo anunciado de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorizaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La obligación de la Compañía de llevar a cabo los correspondientes Pagos Mensuales al Crédito por Libranza inicia a partir del tercer mes posterior a la fecha en que haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado. **Sin perjuicio de lo anterior, el Deudor Asegurado será el único responsable de pagarle oportunamente al Tomador cualquier saldo de la cuota mensual del Crédito por Libranza y/o el saldo total del mismo Crédito**.

Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su situación de Desempleo Involuntario deberá dar aviso inmediato a la Compañía del cambio en su situación laboral, y simultáneamente la Compañía suspenderá los Pagos Mensuales correspondientes. En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario y no le notifique dicho cambio a la Compañía, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere, la devolución de los Pagos Mensuales que hizo al Crédito por Libranza sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha Cobertura. Para efectos de esta Póliza, en caso que el Empleado esté laborando para más de un patrono a la misma vez, la condición de Desempleo Involuntario únicamente aplica si al Empleado lo despiden con responsabilidad patronal en todos sus trabajos y como consecuencia pierda totalmente sus fuentes de ingresos.

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. Esta cobertura aplicará únicamente para Asegurados que sean Empleados y la Compañía la dejará de pagar al Tomador cuando ocurra alguna de las siguientes condiciones, la que ocurra primero: (i) cuando la Compañía haya cubierto el número total de Pagos Mensuales acordado, (ii) cuando el Asegurado fallezca, o (iii) cuando el Asegurado deje de estar en condición de Desempleo Involuntario ya sea por una nueva contratación o bien por entrar en condición de Trabajador Independiente.

En caso de Siniestro, el Tomador y/o el Asegurado deberá completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de la cobertura de Desempleo Involuntario.

Cláusula 8. BENEFICIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Esta cobertura es de libre elección para el Tomador y cubrirá a la totalidad de los Asegurados que cumplan la condición de Empleados. Se deja constancia que en caso que el Tomador decida contratar esta cobertura en la "Solicitud de Seguro" y la Compañía haya aceptado el riesgo, el mismo será obligatorio para todos los Asegurados del Grupo Asegurable que cumplan la anterior condición de Empleados.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente o una enfermedad diagnosticada por primera vez durante la vigencia de esta Póliza, que le cause una Incapacidad Total y Permanente, condición que deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista, la Aseguradora le pagará al Tomador en su calidad de Beneficiario Único e Irrevocable el Saldo del Crédito por Libranza, en calidad de **ADELANTO** de la Suma Asegurada establecida para la Cobertura de Fallecimiento, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza como Límite Máximo Individual. Esta Beneficio Adicional por Incapacidad Total y Permanente se pagará, siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Deudor Asegurado se encuentre registrado como tal en la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

En caso de Siniestro, el Tomador y/o el Asegurado de la Póliza deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente. Cuando la Compañía haya ADELANTADO la totalidad del valor correspondiente a la Cobertura de Fallecimiento, se cancelará automáticamente todo el seguro para el Asegurado indemnizado.

Cláusula 9. BENEFICIO DE ASISTENCIA PARA LA REINSERCIÓN LABORAL

En caso que el Asegurado que cumpla la condición de Empleado se encuentre ante una situación de Desempleo Involuntario cubierto por esta Póliza y que ésta haya iniciado durante la vigencia de la misma, la Compañía le prestará al Asegurado los Servicios de Asistencia para la Reinserción Laboral previamente definido en esta Póliza. El servicio que incluye esta asistencia será prestado al Asegurado por la Compañía únicamente en forma telefónica en las horas y días laborales de la Compañía, o según solicitud a la dirección de correo electrónico de la Aseguradora, siempre y cuando el Asegurado se encuentre y se mantenga en situación de Desempleo Involuntario. Este beneficio se brindará única y exclusivamente en el territorio costarricense, siempre y cuando exista infraestructura pública o privada para la prestación del mismo. Se deja constancia, lo que expresamente acepta el Tomador y el Asegurado, que la Compañía brindará este beneficio sin garantizar los resultados que se obtengan y de ninguna forma asumirá responsabilidad alguna por las gestiones de reinserción laboral realizadas.

Cláusula 10. PLAZO DE ESPERA PARA LA COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

En cada evento de Desempleo Involuntario cubierto por esta Póliza, el Asegurado será responsable de cubrir las cuotas correspondientes de su Crédito por Libranza al Acreedor durante los primeros dos (2) meses posteriores a que haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario, lo anterior como plazo de espera.

Cláusula 11. LÍMITE PARA LA COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

El Tomador podrá incluir un mismo Deudor Asegurado en esta Póliza tantas veces como tenga Créditos por Libranza vigentes. Sin embargo, en caso que un mismo Deudor Asegurado tenga más de un Crédito por Libranza vigente, la sumatoria de las Sumas Aseguradas para todas las coberturas de Desempleo Involuntario de un mismo Deudor con la Compañía no podrán exceder la cantidad de mil quinientos dólares americanos (US$ 1,500.oo) mensuales. Igualmente, **un mismo Deudor Asegpurado no podrá contratar más de una Cobertura de Desempleo Involuntario por cada uno de sus Créditos**. En caso que la Compañía emita más de una Cobertura de Desempleo Involuntario para un Crédito por Libranza, la Compañía podrá proceder a cancelar el exceso de dichas coberturas y tendrá la obligación de informarlo al Tomador y al Asegurado, procediendo a devolver las Primas no devengadas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de cancelación.

Cláusula 12. SUMA MÁXIMA ASEGURADA

La Suma Máxima Asegurada por cada Deudor Asegurado es definida por el Tomador de la Póliza para cada una de las Coberturas o Beneficios, según se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, y según se establece a continuación:

a. Para la Cobertura de Fallecimiento por cualquier causa y el Beneficio de Incapacidad Total y Permanente, la Suma Máxima Asegurada será el Saldo del Crédito por Libranza del Asegurado según aparezca registrado en los libros oficiales de la Contabilidad del Tomador al momento del siniestro, menos el valor de cualquier suma adelantada durante la vigencia de la Póliza.
b. Para la Cobertura Adicional de Incapacidad Total Temporal, la Suma Máxima Asegurada será el monto establecido como Pago Mensual en las Condiciones Particulares de la Póliza, hasta por el número máximo de meses de Cobertura según el Plan elegido.
c. Para la Cobertura Adicional por Desempleo Involuntario, la Suma Máxima Asegurada será el monto establecido como Pago Mensual en las Condiciones Particulares de esta Póliza, hasta por el número máximo de meses de Cobertura según el Plan elegido.

Sin perjuicio de lo anterior, dichas Sumas Máximas Aseguradas en ningún caso podrán exceder el Límite Máximo Individual por Cobertura y por Asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 13. PERÍODO DE CARENCIA

a. Suicidio

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

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a un cambio de Plan que implique incremento en el valor asegurado, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación con respecto del aumento de la Suma Asegurada.

b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su primera inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de cambio de Plan que implique un incremento de Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

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.

Si un Asegurado fallece a causa de Enfermedades Preexistentes o Anteriores durante los dos (2) años posteriores a la fecha de cambio de Plan que implique un incremento de la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto del incremento de la Suma Asegurada.

d. Desempleo:

Si un Asegurado entra en situación de Desempleo Involuntario o queda desempleado durante los dos (2) meses posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado queda desempleado durante los dos (2) meses posteriores a la fecha de cambio de Plan que implique incremento de la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al incremento de la Suma Asegurada.

Cláusula 14. EXCLUSIONES

La Cobertura Básica por Fallecimiento NO TIENE exclusiones.

Para la Cobertura ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL y el Beneficio ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro fuere causado 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 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 durante un atraco o intento de homicidio.**
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. **Un ataque de epilepsia o como consecuencia de éste.**
j. **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;**
k. **Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica;**
l. **La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;**
m. **Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes;**
n. **La realización o participación en una de las siguientes actividades: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta o parapente, artes marciales, boxeo, lucha libre o grecoromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido y tiro al blanco o cacería con arco;**
o. **La participación en competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve.**

p. **Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo de un embarazo iniciado durante la vigencia de la Póliza;**
q. **Lesiones producidas al Asegurado, en virtud de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.**
r. **Las siguientes enfermedades que como tal sean diagnosticadas por primera vez al Asegurado: meningitis, encefalitis, esclerosis, epilepsia, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadriplejia y paraplejía, hidrocéfalos, enfermedad de Alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, osteopatías, enfermedad en la córnea o la retina, en el nervio óptico, o en las vías ópticas, alteraciones de la visión y ceguera, cataratas, glaucoma o refracción; enfermedades de la apófisis mastoides, oído externo, medio, medio y mastoides, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroides, diabetes, desnutrición, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis, diabetes melitus, demencia por multi-infarto o la Corea de Huntington, cardiopatías e hipertensión.**

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

a. **Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un despedido sin responsabilidad patronal. En caso que el Asegurado apele o inicie un proceso judicial en contra del patrono y sea necesaria una sentencia judicial, se deberá presentar copia certificada de la misma.**
b. **Renuncia o pierde voluntariamente su trabajo.**
c. **Es despedido por participar activamente en paros, disputas laborales o huelgas ilegales.**
d. **Entra en situación de desempleo debido a cambios en su condición mental.**
e. **Firmó o convino un contrato de trabajo con el Patrono por tiempo definido o por obra determinada.**
f. **Desempeña un cargo político de libre nombramiento y remoción y/o un cargo público de confianza cuya terminación se hace al término de una administración presidencial cada cuatro años.**
g. **Se desempeña como Empleado de una empresa, industria o comercio cuya propiedad accionaria le pertenece en un cincuenta por ciento (50%) o más a un familiar del Asegurado hasta un tercer grado de afinidad o consanguinidad.**
h. **Termina su contrato de trabajo sin responsabilidad para el patrono según lo define el Código de Trabajo de la República de Costa Rica.**
i. **Entra en situación de Desempleo Involuntario durante el período de Carencia.**
j. **No ha trabajado para el mismo patrono por un período mayor a seis (6) meses, o ha trabajado durante los últimos seis (6) meses con una intensidad horaria menor a treinta (30) horas semanales.**
k. **Si el Desempleo Involuntario es producto de la jubilación, retiro obligatorio o voluntario o ingreso al régimen de pensión del Asegurado.**
l. **Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un despido anunciado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro para el Asegurado. Para efectos de la presente Póliza el anterior**

anuncio puede haberse dado de forma privada o bien mediante comunicado público del patrono.

m. **Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un Despido Colectivo o Masivo del Patrono, anunciado por éste de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.**

n. **Desarrolla simultáneamente dos (2) o más trabajos, y pierde solo uno de ellos, aún sea con responsabilidad del patrón**.

SI EL ASEGURADO ES DECLARADO INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE O PIERDE SU EMPLEO POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA, Y POR ENDE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

Cláusula 15. ACEPTACIÓN DE RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza y de las coberturas para cada uno de los Asegurados cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, o bien mediante la entrega de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, de igual forma:

a) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros, que actúe por nombre y cuenta de la Compañía acepte el riesgo en forma expresa y por escrito, se entenderá por aceptado por parte de la Aseguradora, momento en el que dará inicio la vigencia de la Póliza.
b) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza.
c) Cuando un Corredor de Seguros o una Sociedad Corredora de Seguros actúe como intermediario, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza.

Cláusula 16. BENEFICIARIOS

Si la solicitud de reclamo presentada por el Tomador y/o sus Beneficiarios al momento del fallecimiento del Deudor Asegurado procede, el Saldo del Crédito por Libranza será pagado por la Compañía al Tomador como Beneficiario Único e Irrevocable hasta la Suma Asegurada Máxima establecida para dicha Cobertura. El anterior pago de la cobertura a favor del Beneficiario Único e Irrevocable se limitará al monto único previamente estipulado según el Plan Contratado, sin exceder la Suma Asegurada.

El Asegurado expresamente acepta que en caso que sufra una Incapacidad Total y Permanente, el monto único previamente estipulado para la Cobertura de Fallecimiento, hasta por el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza como Límite Máximo Individual, o será ADELANTADO por la Compañía al Tomador como Beneficiario Único e Irrevocable, siempre que la Prima haya sido pagada dentro del Período de Gracia, registrada y reportada por el Tomador. Si al Asegurado le es diagnosticada una Incapacidad Total Temporal, la Compañía abonará exclusivamente al Crédito por Libranza del Deudor Asegurado la suma definida como Pago Mensual en las Condiciones Particulares, con las limitaciones que se establecen en este documento, y siempre que se haya pagado la correspondiente Prima dentro del Período de Gracia.

De la misma manera, cuando el Asegurado entre en una situación de Desempleo Involuntario y ésta sea debidamente demostrada según la presente Póliza, la Compañía abonará los Pagos Mensuales al Crédito por Libranza del Asegurado, siempre que estén vigentes y que la Prima haya sido pagada oportunamente por el Tomador de la Póliza dentro del Período de Gracia. Los pagos se realizarán consecutivamente y sin exceder el Límite Máximo Asegurado en las Condiciones Particulares de la Póliza para esta Cobertura.

El Asegurado o sus causahabientes, tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Tomador, quien es el Beneficiario Único e Irrevocable del Seguro, el importe de los Pagos Mensuales amparados por el seguro más sus Coberturas y Beneficios Adicionales.

Cláusula 17. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

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

Obligaciones del Tomador: El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

a) Pagar la Prima dentro de los plazos establecidos;
b) Elegir la Suma Máxima Asegurada;
c) Cumplir con la entrega de información para el Registro de Asegurados;
d) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza o la normativa aplicable, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

Obligaciones del Asegurado: El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

a) Pagar la Prima;
b) Elegir el Plan correspondiente para la presente Póliza;
c) Proporcionarle a la Compañía la información requerida de forma completa y veraz;
d) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza o la normativa aplicable;

Obligaciones de los Beneficiarios: Los Beneficiarios tendrán las siguientes obligaciones:

a) En caso de siniestro, completar los requisitos establecidos en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza.
b) Colaborar con la Compañía en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.
c) Cualquier otra obligaicón establecida en la presente Póliza o la normativa aplicable.

Cláusula 18. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos de elegibilidad:

Para efectos de la Cobertura por fallecimiento: (i) que sea Deudor del Acreedor Tomador del Seguro, (ii) que forme parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para efectos de las Coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal, en adición a los requisitos (i) y (ii) anteriores, el Asegurado deberá: (iii) encontrarse desempeñando de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión actividad u oficio habitual y que no tenga en trámite el pago ni reciba pago de prestaciones en dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad de la Caja Costarricense del Seguro Social y/o una entidad similar, (iv) No estar Incapacitado Total y Temporalmente o Total y Permanentemente al momento de ingreso como Asegurado en la Póliza, (v) Ser Empleado del mismo patrono por un término mayor a seis (6) meses y trabajar para él con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales.

Cláusula 19. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de "Solicitud de Inclusión como Asegurado" el cual contempla su autorización de que en caso de incapacidad o muerte, autoriza a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, Médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre sus antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de su historial clínico y cumplir con los requisitos de elegibilidad que se indican.

El Asegurado quedará amparado cuando la Prima correspondiente a dicha cobertura se haya pagado dentro del Período de Gracia antes indicado.

Cláusula 20. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información inicial suministrada a la Compañía por el Tomador en el Reporte de Asegurados junto con las respectivas Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados, la Compañía llevará un Registro de Asegurados con la información del Reporte de Asegurados, y adicionalmente, documentará en dicho

Registro de Asegurados el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde a cada Asegurado, y la fecha de cada una de las modificaciones a cada uno de los Asegurados.

El Tomador será responsable de enviar a la Compañía de forma mensual, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Reporte de Asegurados con, la siguiente información:

a) El Reporte de Asegurados actualizado indicando claramente los ingresos y retiros del Grupo Asegurado.
b) Las Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados que ingresan a la póliza debidamente completadas.

Los Reportes de Asegurados deberán ser entregados por el Tomador a la Compañía en medio magnético o vía internet en el formato establecido por la Compañía para tal fin. En caso que no haya cambios en el Reporte de Asegurados con respecto al mes anterior, bastará con que el Tomador le envíe a la Compañía un comunicado indicando que no se dieron cambios.

Cláusula 21. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

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

Cláusula 22. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Prima o Tarifa de este Seguro se establece para cada Plan en la Tabla de Tarifas definida en las Condiciones Particulares de la Póliza. Las Primas correspondientes a la Cobertura Básica de Fallecimiento por cualquier causa determinadas para cada Plan serán calculadas según sea la probabilidad de fallecimiento, teniendo en cuenta los historiales de salud, estadísticos y actuariales de la población costarricense.

En la fecha de vencimiento de la Póliza la Compañía podrá modificar la Tabla de Tarifa aplicable a esta Póliza, dando aviso al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la misma. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación a la Tabla de Tarifas del Seguro.

Cláusula 23. LAS PRIMAS Y SU PAGO

Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como CONTRIBUTIVA, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la Prima que cada uno ha de pagar, esta proporción estará indicada en la "Solicitud de Seguro" y se incluirá en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si la Modalidad del Pago se establece como NO CONTRIBUTIVA, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la Modalidad de Pago de la Prima, la responsabilidad del pago total de la misma para cada una de las operaciones crediticias de cada Asegurado, será responsabilidad exclusiva del Tomador. Todo pago lo hará el Tomador en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica.

En caso de haberse contratado el seguro bajo la Modalidad CONTRIBUTIVA, el pago de la Prima de la presente Póliza podrá ser 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.

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

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima por partes de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la

Aseguradora y el inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo por la Compañía de forma expresa y por escrito.

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 el Asegurado solicita la cancelación posterior a dicho período, 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 24. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Tomador un Período de Gracia de sesenta (60) días naturales, que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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, previa cancelación por parte del Tomador del seguro de las Primas pendientes.

Cláusula 25. COMISIÓN DE COBRO

En caso de haberse contratado el seguro bajo la Modalidad CONTRIBUTIVA, la Compañía podrá reconocer al Tomador un porcentaje de comisión por gestión de cobro que se especificará en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Cláusula 26. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso que proceda la devolución de Primas, la Compañía seguirá el procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza:

a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador y al Asegurado en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
b) No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de Primas, ya sea al Tomador o Asegurado según corresponda, deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días naturales después de la fecha en que proceda dicha devolución.

Cláusula 27. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

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

a) A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del Seguro con al menos un mes de anticipación;
b) Por Falta de Pago de la Prima total o parcial, según la Periodicidad de Pago de la Prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia del pago vencido correspondiente y se cumpla con lo establecido en la cláusula de "PERÍODO DE GRACIA" de la presente Póliza.

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

Cláusula 28. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La totalidad de las coberturas terminarán para cada Asegurado automáticamente en el momento que:

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable;
2. Fallezca el Asegurado;
3. El Tomador o Asegurado decidan cancelar el Crédito por Libranza;
4. El Crédito por Libranza entre en cobro judicial por falta de pago del Deudor;
5. El Tomador o Contratante solicite la baja del Asegurado;
6. La Compañía pague la totalidad del Beneficio por Incapacidad Total y Permanente;

7. El Tomador no pague la Prima de Seguro en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para el Grupo Asegurado se considerará vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada. Con el fin de que aplique la anterior terminación, la Compañía notificará dicha decisión al Tomador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

La Cobertura específica de Incapacidad Total Temporal y el Beneficio por Incapacidad Total y Permanente adicionalmente terminarán de forma automática en el momento en que:

1. El Asegurado deje de desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual en virtud de acogerse a una pensión por invalidez o incapacidad de la Caja Costarricense del Seguro Social y/o una entidad similar. Sin embargo, la Cobertura Básica de Fallecimiento continuará siempre y cuando se pague la Prima determinada de conformidad con la Tabla de Tarifas.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, estas serán devueltas al Tomador en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura.

Cláusula 29. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

En cualquier caso, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Tomador de la Póliza deberá dar aviso a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación debidamente completado dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación ya sea al número de teléfono (506) 4101-0000 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. En ese mismo plazo, adicionalmente y según sea el caso deberá presentar la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

En caso de reclamación por Fallecimiento del Deudor Asegurados, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Tomador de la Póliza deberá presentar en el domicilio de la Compañía, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
4. Original de la Certificación firmada por el Contador del Tomador de la Póliza mediante la cual se acredite el valor de la cuota o cuotas mensuales correspondientes al Crédito por Libranza relacionado con esta Póliza.

El Tomador deberá hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo el fallecimiento del Asegurado.

b. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

En caso de Reclamación por Incapacidad Total Temporal:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. 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, los días de incapacidad y porcentaje de incapacidad que sufre el Deudor;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
4. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que se originó la Incapacidad Total Temporal.
5. Original de la Certificación firmada por el Contador del Tomador de la Póliza mediante la cual se acredite el valor de la cuota o cuotas mensuales correspondientes al Crédito por Libranza relacionado con esta Póliza.
6. 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.

7. Contra cada pago mensual que deba hacer la Aseguradora, el Asegurado deberá aportar declaración jurada indicando que el cumple con los requisitos de Trabajador Independiente y adicionalmente deberá presentar certificación con no menos de cinco (5) días de emitida por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social en la que se deje constancia que no se encuentra cotizando para dicha institución como Empleado.

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 cláusula arbitral establecida en la presente Póliza.

c. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

En caso de Reclamación por Desempleo Involuntario del Asegurado:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
2. Original y copia de la carta de despido del trabajo expedida y firmada por el último patrono, donde se indique la fecha de inicio y la fecha de terminación del contrato de trabajo por tiempo indefinido, así como la causa clara de terminación del mismo.
3. Copia del contrato de trabajo firmado por el último patrono que aparece en el reporte de la CCSS.
4. Certificación de la CCSS en la que se indique la fecha de inclusión y exclusión del Empleado en la planilla del patrono.
5. Original y copia del último recibo de pago y afiliación del Asegurado a la CCSS.
6. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
7. Original de la Certificación firmada por el Contador del Tomador de la Póliza mediante la cual se acredite el valor de la cuota o cuotas mensuales correspondientes al Crédito por Libranza relacionado con esta Póliza.
8. Contra cada pago mensual que deba hacer la Aseguradora, el Asegurado deberá presentarse a firmar a las instalaciones de la Compañía una declaración jurada en la que confirme su estado de desempleo. Adicionalmente, deberá aportar certificación con no menos de cinco (5) días de emitida por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social en la que se deje constancia que no se encuentra cotizando para dicha institución como Empleado o como Trabajador Independiente.

d. PARA EL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. 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;
3. 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 Cláusula 3 "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.
4. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
5. Original de la Certificación del Contador del Tomador en la que se indique el valor del Saldo Insoluto de la Deuda al momento de declararse la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
6. 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.
7. 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.

e. PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA PARA REINSERCIÓN LABORAL,

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio Servicio de Asistencia para la Reinserción Laboral, el Asegurado deberá comunicarse con la Compañía al número telefónico que se indica en el Certificado de Cobertura, solicitar el servicio requerido, y suministrar al operador como mínimo la siguiente información: El nombre del Asegurado, el número de cédula de identidad o cédula de residencia del Asegurado, el número de Póliza, la fecha en que quedó efectivamente desempleado y la fecha en que se presentó y fue aceptada la reclamación de Desempleo Involuntario a la Aseguradora. **En ningún caso el Asegurador podrá contratar este servicio por su cuenta y solicitar reembolso del mismo a la Aseguradora**. **No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.** 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.

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. 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 los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio.

Se conviene que en caso de Siniestro, de conformidad con la cobertura de esta Póliza, los pagos que falten para completar el importe de la Prima total correspondiente al Asegurado fallecido, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, se deducirán de la liquidación correspondiente.

Cláusula 30. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando se hayan pagado las correspondientes Primas dentro del Período de Gracia. Se entiende que esta Póliza es renovable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que alguna de Las Partes exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

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

De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, lo cual deberá hacer por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un Addendum, de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso que la modificación genere la obligación de pagar una prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia antes indicado. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza, previa comunicación por escrito de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

En caso que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador bajo su entera responsabilidad, lo comunicará de inmediato a los Asegurados para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador para que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éste. Una vez entrada en vigencia la Póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares de la Póliza deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante de la presente Póliza.

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 Tomador y a los Asegurados, 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 Tomador, quien es el acreditante Beneficiario del seguro, el importe del Saldo del Crédito por Libranza.

El Tomador y los Asegurados deben informar su domicilio a la Compañía, así como los cambios de domicilio que realicen, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

Cláusula 31. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Los Deudores que ingresen a la Póliza como Asegurados en un momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza, podrán ser incorporados, cubriendo la Compañía el riesgo objeto de cobertura, únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Compañía de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza, así como el pago de la Prima correspondiente dentro del Período de Gracia. La fecha en la que termina la cobertura para cada Asegurado será la que aparece en el Certificado Individual de Cobertura. **EN CASO QUE LA PÓLIZA NO FUERE RENOVADA, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.**

Cláusula 32. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

Cláusula 33. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, el Tomador, 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. De acuerdo a la naturaleza colectiva de la Póliza, la nulidad se podrá aplicar independientemente para cada Asegurado de la Póliza. Si la falsedad o inexactitud es intencional, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio; si la falsedad, inexactitud o reticencia no son intencionales, se podrá proceder según lo que indica el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cláusula 34. RECTIFICACIÓN DE EDAD

Si la Edad de un Asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. La cobertura del Asegurado bajo la presente Póliza no será cambiada si las cantidades aplicables a los Asegurados individuales bajo cada cobertura no depende de la edad; en caso que el cambio de la edad afecte la cobertura del seguro del Asegurado, las cantidades serán enmendadas de conformidad y dicha enmienda se tomará en cuenta en el ajuste de primas.

Cláusula 35. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares Americanos. Toda indemnización se realizará en Dólares Americanos.

Cláusula 36. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Cláusula 37. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 38. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 39. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador 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 Tomador. 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 Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador del seguro o al Asegurado, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Cláusula 40. 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, l Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

Cláusula 41. CONTROVERSIAS

En caso de diferencias, conflictos o disputas relacionadas con la ejecución, incumplimiento, interpretación o cualquier otro aspecto derivado del presente contrato, Las Partes, Asegurado y/o Beneficiarios, serán sometidas a un arbitraje de derecho de conformidad con los Reglamentos de Conciliación y Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, a cuyas normas las partes se someten en forma voluntaria e incondicional. El proceso se dilucidará de acuerdo con la legislación costarricense, siendo el lugar del arbitraje el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. El arbitraje será resuelto por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. Cada parte designará un árbitro y estos dos árbitros designarán al tercero quien fungirá como Presidente del tribunal arbitral. El laudo arbitral se dictará por escrito, será definitivo y vinculante para las partes e inapelable, salvo recurso de revisión o de nulidad. Una vez que el laudo se haya dictado y haya adquirido firmeza, producirá los efectos de cosa juzgada material y las partes deberán cumplirlo sin demora. Los gastos relacionados con el proceso de arbitraje, incluyendo los honorarios de los árbitros, los asumirán las partes en igual proporción. Cada una de las partes cubrirá los honorarios de sus abogados y asesores. Los procesos y su contenido serán absolutamente confidenciales.

Cláusula 42. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado 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 Tomador presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO".

Cláusula 43. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

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

Cláusula 44. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro, según sea el caso, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estas deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

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

Las comunicaciones del Contratante o 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.

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 _____.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR DE CRÉDITO POR LIBRANZA EN DÓLARES
SOLICITUD DE SEGURO

Adisa
Aseguradora del Istmo

Este documento sólo constituye Solicitud de Seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que dicha solicitud sea aceptada por la Aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Solicitud N° **Fecha de presentación:** **Cuidad:**

1. DATOS DEL CONTRATANTE

Tomador o Contratante:
Tipo de Identificación: No. De Identificación: Labor que desarrolla el Contratante

2. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES Y/O AVISOS AL TOMADOR O CONTRATANTE

País: Provincia: Cantón: Distrito:
Dirección:
Correo Electrónico Teléfono: Fax:
Medio para Recibir Notificaciones: Dirección ☐ Fax ☐ Correo Electónico ☐

3. DATOS DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

Coberturas	*Suma Asegurada*	*Coberturas*	*Suma Asegurada*
Fallecimiento		Incapacidad Total Temporal	
Incapacidad Tota y Permanente		Desempleo Involuntario	

Beneficio de Asistencia para Reinserción Laboral……: Por ser Asistencia no tiene Suma Asegurada.

4. DATOS DE LA SOLICITUD

Inicio de Vigencia Propuesto: / / Plazo:
Intermediario de Seguros: Licencia:
Grupo Asegurable:
Cantidad de Asegurados al Inicio Vigencia:
Detalle:
Modalidad de Contratación: Contributiva ☐ % ☐ No Contributiva ☐

5. DATOS DE LA PRIMA Y COBRO

Periodicidad de Cobro: Canal de Cobro:
Forma/medio para recibir notificaciones, cobros y recibos: ❑E-mail ❑Fax ❑ Apartado

6. MONEDA DE LA PÓLIZA

El importe de la Prima y Suma Asegurada de la Póliza estará expresado en: **DÓLARES AMERICANOS**

7. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Como Solicitante, declaro que la Aseguradora me ha notificado que el texto de las CONDICIONES GENERALES del producto: "Seguro Colectivo de Vida para Saldo Deudor de Crédito por Libranza en Dólares" se encuentran a mi disposición en la página web de la SUGESE, y que los puntos relevantes de dicho documento me han sido explicados con la claridad suficiente para tomar la mejor decisión en cuanto refiere a la contratación de este seguro. Igualmente declaro que la Aseguradora ha puesto a mi disposición las cifras y documentos públicos que he solicitado, y que considero necesarios para determinar la capacidad financiera de la Compañía, experiencia y respaldo que le permitirán atender las obligaciones adquiridas en el "Seguro Colectivo de Vida para Saldo Deudor de Crédito por Libranza en Dólares" que pudiéramos suscribir en caso de ser aceptada esta solicitud por la Aseguradora. Igualmente, declaro que he recibido información clara sobre los términos y condiciones de esta póliza según los artículos 24 y 25 del Reglamento de Comercialización y los artículos 7 y 12 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, todo conforme al Plan de seguros por mi seleccionado. En ese proceso se me ha explicado antes de la adquisición de esta póliza sobre el producto, sus coberturas, exclusiones, costos, vigencia, la aseguradora, el intermediario y demás información relevante.

8. DECLARACIÓN

Yo declaro y acepto que la información y respuestas anteriores son completas y verídicas y que son la base para mi Póliza de seguro. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. del pago de reclamaciones.

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

La Aseguradora comunicará sobre el proceso de aceptación o rechazo dentro del plazo antes indicado al medio para recibir notificaciones antes indicado.

_____ _____
Tomador o Contratante **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 _____.