

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

Seguro Autoexpedible Integral Renta Diaria por Hospitalización en Dólares

Código de producto: P19-57-A07-451

Fecha de registro: 18-jun-13

Oficio de solicitud de registro: ADISA-244-2013

"SEGURO AUTOEXPEDIBLE INTEGRAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



Cláusula 1. CONTRATO

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

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

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

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

Cláusula 3. DEFINICIONES:

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

- i. **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 lo siguiente: 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, NO se considera Accidente el Suicidio o el SIDA.
- b. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos de fallecimiento por causa accidental y Hospitalización debido a un Accidente, el cual se individualiza expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados Individuales de Cobertura.
- c. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas. En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado.
- d. **Cobertura:** Para efectos del presente Contrato, es el riesgo que está cubierto por la Póliza contratada con todas sus limitaciones y exclusiones, por el cual el Asegurado paga una Prima a la Aseguradora.
- e. **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 ("SUGESE"), y es quien suscribe con la Asegurada y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- f. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.
- g. **Deducible (período de):** Número de días, contados a partir de la fecha de ingreso al Hospital o Clínica, durante los cuales el Asegurado no tiene derecho a recibir la Renta Diaria por Hospitalización objeto de esta Póliza, y que se establecen en el Certificado de Cobertura. Para efectos de esta Póliza, el Deducible opera por cada evento en forma idéntica, por lo que no es acumulativo.
- h. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- i. **Edad Máxima de Cobertura:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Luego de esta edad la cobertura se considera terminada para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima por dicho Asegurado. La Edad Máxima de Cobertura en esta Póliza es de sesenta y cuatro años (64) años.

- j. Gastos Funerarios: La suma que en caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente, deben cancelar los Beneficiarios de la Póliza por la prestación de los servicios funerarios del Asegurado, y que para efectos de la presente Póliza incluyen exclusivamente: el valor del cofre funerario, el valor del servicio de tanatología, el valor del servicio religioso, el valor del transporte del difunto dentro del perímetro urbano del sitio donde falleció, y el valor del transporte de los deudos en vehículo colectivo alquilado desde el centro religioso hasta el lugar de sepultura el día del servicio funerario.
- k. Hospital o Clínica: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermería las 24 horas del día, que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas en su quirófano y con su equipo de rayos X propios. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
- l. Hospitalización: Utilización durante al menos veinticuatro (24) horas continuas de los servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en un Hospital o Clínica por una persona registrada como paciente por prescripción médica y a causa de un Accidente.
- m. Incapacidad Total y Permanente por Causa Accidental: Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), lo que le impide de manera permanente desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental, o por una Enfermedad diagnosticada durante la vigencia de la Póliza. Para efectos de este contrato, por extensión y aclaración también se considera como Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irreparable 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).
- n. 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. Sin perjuicio de lo anterior, el Médico en ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún miembro cercano de su familia o persona que conviva con ella, independientemente de que sea un Médico especialista.
- o. Operador de Seguros Autoexpedibles: Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros autoexpedibles convenidos que se encuentren registrados ante la SUGESE como tales.
- p. Plan Contratado: Alternativa seleccionada por el Tomador en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por dicho Plan.
- q. Póliza o Contrato de Seguro: Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales y el Certificado de Cobertura o Condiciones Particulares.
- r. Prima: Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra el riesgo contratado mediante la presente Póliza.
- s. Prima No Devengada: Porción de Prima pagada correspondiente al periodo de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- t. Rango de Aceptación: Edad comprendida entre la edad mínima y edad máxima que debe tener una persona física para poder tomar la póliza. Para efectos de la presente Póliza se establece como edad mínima de ingreso a esta Póliza para el Asegurado los diez y ocho (18) años de edad cumplidos, y la edad máxima de ingreso a esta Póliza para el Asegurado los sesenta y cuatro (64) años.
- u. SIDA: Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente Póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- v. Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.

Cláusula 4. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

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

Cláusula 5. SUMAS ASEGURADAS

Es el monto de seguro según el Plan Contratado por la Asegurada dependiendo de su edad, que la Aseguradora se obliga a pagar en caso de Siniestro, según se indica en el Certificado de Cobertura.

Cláusula 6. COBERTURAS

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

- a. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Causa Accidental: La Aseguradora pagará al Asegurado o a quien este autorice, la Suma Asegurada para esta cobertura según el Plan Contratado, siempre y cuando el Asegurado haya sido hospitalizado a causa de un Accidente, que dicha Hospitalización ocurra durante los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente amparado por esta póliza y que haya sido ordenada por un Médico especialista. Para esta Cobertura, el Asegurado y la Aseguradora acuerdan un período de Deducible que se establece en el Certificado de Cobertura según el Plan contratado por el Asegurado. Este Deducible se aplica en cada evento que requiera Hospitalización. Para determinar la Indemnización, se multiplicará el valor establecido como Renta Diaria por Hospitalización en el Plan Contratado, por el número de días completos que permanezca hospitalizado el Asegurado, restándose el número de días correspondientes al período de Deducible. El máximo número de días continuos a indemnizar por la Aseguradora se establece en el Certificado de Cobertura según el Plan Contratado por el Asegurado. Esta Cobertura opera de manera independiente respecto de las coberturas de Muerte Accidental, Gastos Funerarios e Incapacidad Total y Permanente.
- b. Cobertura por Muerte Accidental: La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura según el Plan Contratado, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del Accidente.
- c. Cobertura de Incapacidad Total y Permanente. En caso que el Asegurado sufra un Accidente durante la vigencia de esta Póliza que le cause una Incapacidad Total y Permanente, debidamente diagnosticada por un Médico especialista dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente, el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le ADELANTARÁ al Asegurado o a su representante la Suma Asegurada establecida para la Cobertura de Muerte Accidental, definida en el Certificado de Cobertura según el Plan Contratado por el Asegurado, mediante cuatro (4) pagos trimestrales iguales y consecutivos, debiendo realizarse el primer pago al cumplirse tres (3) meses de ocurrido el Accidente. Para que el pago de la presente cobertura proceda, el Asegurado deberá continuar en la misma condición de incapacidad en la fecha en que se haga efectivo el primer pago correspondiente a esta Cobertura. Las sumas adelantadas por esta Cobertura siempre serán descontadas de la Suma Asegurada para la Cobertura de Muerte Accidental establecida en el Certificado de Cobertura y según el Plan Contratado por el Asegurado. Cuando la Compañía haya pagado el cien por ciento (100%) de esta Cobertura, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado afectado. En caso que el Asegurado fallezca antes de haber recibido los cuatro (4) pagos correspondientes a esta cobertura, la Compañía únicamente pagará a los Beneficiarios, en un solo pago, la suma restante hasta completar el valor de la Cobertura de Muerte Accidental. Una vez pagada la totalidad de dicha suma no proceda el pago de la Cobertura de Muerte Accidental.
- d. Cobertura de Gastos Funerarios por Causa Accidental: En caso que el Asegurado fallezca producto de un Accidente dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente, la Compañía pagará a los Beneficiarios, en adición a la cobertura de Muerte Accidental o Incapacidad Total y Permanente, los Gastos Funerarios en que hayan incurrido los Beneficiarios, que se encuentren debidamente demostrados mediante la presentación de las correspondientes facturas originales y hasta un máximo de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en el Certificado de Cobertura según el Plan Contratado por el Asegurado.
- e. Cobertura de Referencia Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre por Accidente: Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado o su cónyuge que viva permanentemente con el Asegurado, contarán con los siguientes servicios:
 1. Servicio de Referencia Médica Telefónica: en caso que el Asegurado requiera información de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa

solicitud telefónica, la Compañía proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Compañía cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta propia del Asegurado. Así mismo, los honorarios del médico que atienda al Asegurado y cualesquiera otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el Asegurado con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. La Compañía únicamente se limitará a proporcionar al Asegurado las referencias de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados.

2. Traslado Médico Terrestre por Accidente: En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, la Compañía previa autorización, gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, dentro del territorio de la República de Costa Rica, y siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita; en caso de no existir, la Compañía coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) servicios de traslado médico terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

Cláusula 7. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza. La Compañía se obliga a notificar al Asegurado, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el Contrato de Seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Cláusula 8. PRIMAS

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

Cláusula 9. PAGO DE LA PRIMA

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

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

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

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

Cláusula 10. PERIODO DE GRACIA

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

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

Cláusula 11. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

1. Tener entre diez y ocho (18) años y sesenta y cinco (65) años de Edad.
2. Al momento de suscribir la póliza **NO TENER CONOCIMIENTO QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES:** Parkinson, apoplejía, epilepsia, osteoporosis o descalsificación de los huesos, paraplejía o artrosis con limitaciones de la funcionalidad de una o más articulaciones, de cadera, rodilla o de las articulaciones del tobillo.
3. Completar el Certificado de Cobertura.

En caso que el Operador de Seguros Autoexpedibles emita Pólizas para personas que estén fuera de los límites de edad aquí establecidos o que no reúnan alguna de las otras condiciones estipuladas en esta cláusula, la Aseguradora podrá dar por terminada la Póliza y únicamente estará obligada a devolver las Primas que hubiere recibido en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles posterior a la notificación de la cancelación.

Cláusula 12. BENEFICIARIOS

El beneficio de pago de la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura de Muerte Accidental de esta Póliza será pagado al(los) Beneficiario(s) del Asegurado debidamente acreditado(s) como heredero(s) al momento de su muerte, de conformidad con la legislación costarricense aplicable. El Asegurado podrá designar o modificar el(los) Beneficiario(s) en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza completando el formulario dispuesto por la Aseguradora para tal fin, el cual podrá solicitar en las oficinas de la Aseguradora. En caso que el Asegurado haya designado Beneficiario(s), el beneficio de pago de la Suma Asegurada correspondiente a dicha cobertura, será pagado a el(los) Beneficiario(s) expresamente señalados por el Asegurado.

Cláusula 13. EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre cuando el fallecimiento o la Hospitalización del Asegurado se haya originado como consecuencia de, durante o por:

- a. Un Accidente ocurrido fuera de la vigencia de la Póliza, o cuando la primera atención médica se realice después de los primeros noventa (90) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.
- b. La prestación de sus servicios como miembro de cualquier cuerpo militar, o de seguridad o vigilancia pública o privada.
- c. Actos de guerra, motín, rebelión, insurrección civil o militar, revolución o alborotos populares.
- d. Lesiones sufridas por su participación activa en huelgas, riñas o actos delictivos.
- e. Lesiones que se produzcan a consecuencia de inmersión submarina de cualquier tipo.
- f. Lesiones sufridas en estado de demencia o perturbación del conocimiento del Asegurado.
- g. Intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir de un tratamiento médico o quirúrgico.
- h. Intento de Suicidio, lesiones auto-infligidas o mutilación voluntaria, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que las provoquen, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- i. Un Accidente sufrido en estado alcohólico, o bajo los efectos del alcohol, o de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales el Asegurado sea responsable.
- j. Un Accidente provocado por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones.
- k. Un Accidentes ocurrido cuando el Asegurado esté realizando o practicando alguna de las siguientes actividades, o actuando como:
 - I. Paracaidismo, buceo, alpinismo, equitación, esquí, toreo, vuelo en ala delta, parapente, box, lucha libre, lucha grecoromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky o cualquier deporte aéreo.
 - II. Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave.

- III. Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea o taxi aéreo.
- IV. Pasajero de un taxi aéreo, o de cualquier avión o aeronave que no sea de línea comercial autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- V. Conductor o pasajero de un vehículo de cualquier tipo que esté participando en competencias o entrenamientos de velocidad, resistencia o seguridad, sean estas legales o no.
- VI. Piloto o acompañante en motos o vehículos de motor similares, sobre superficie terrestre, acuática o de nieve.
- VII. Profesional de cualquier deporte.
- l. Una enfermedad o padecimiento, sea que haya iniciado durante o fuera de la vigencia de la póliza.
- m. Diagnóstico de Hospitalización a través de medicina alternativa.
- n. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.

Específicamente para la Cobertura de Referencia Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre por Accidente, está Póliza no cubre:

1. En tiempo de epidemia, pandemia o en circunstancias donde el Ministerio de Salud Pública determine una declaración oficial de estado de emergencia, desastre o catástrofe.
2. En tiempo de emergencia, desastre o catástrofe originados directa o indirectamente por guerra (declarada o no), conmoción civil, revolución, asonada, terremotos, inundaciones, desastres naturales, eventos de la naturaleza, energía atómica, radiación o reacción nuclear, declarados como tal por la autoridad competente.
3. El Traslado del Asegurado de una clínica u hospital a otro centro de atención médica, bien por embarazo o por alta de hospitalización al domicilio.

Cláusula 14. NULIDAD DE LA PÓLIZA

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

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

Cláusula 15. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

- a) Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma.
- b) A solicitud expresa del Asegurado.
- c) Si vencido el Período de Gracia el Asegurado no ha pagado la Prima correspondiente.
- d) La Aseguradora compruebe una declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- e) El Asegurado al momento de la renovación, tenga sesenta y cinco (65) años cumplidos.
- f) Fallezca el Asegurado o se pague la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.

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

Cláusula 16. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

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

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

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

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

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

Para el trámite de reclamos, el Asegurado o el (los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. En el caso de reclamación por Muerte Accidental, adicionalmente deberá presentar:
 - a. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
 - b. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
 - c. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
 - d. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
 - e. Si el Asegurado no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del Historial Clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento;
 - f. Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.
4. En caso de reclamación por Renta Diaria por Hospitalización, adicionalmente deberá presentar:
 - a. Original y copia de la factura de la Clínica u Hospital donde fue atendido, donde se indique claramente la fecha de ingreso y la fecha de salida de la clínica u Hospital;
 - b. Copia del historial médico donde se indique claramente la razón de la hospitalización y el nombre del(los) Médico(s) que atendieron el evento. .
5. En caso de solicitud de ADELANTO por Incapacidad Total y Permanente adicionalmente deberá presentar:
 - a. Declaratoria oficial de Incapacidad Total y Permanente expedida por la CCSS o el Poder Judicial 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).
 - b. Copia del historial médico donde se indique claramente la razón por la cual se decretó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

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

Para gozar de la Cobertura de Servicio de Referencia Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre por Accidente deberá comunicarse a la Compañía y solicitar el servicio requerido. En ningún caso el Asegurado podrá contratar el servicio por su cuenta y solicitar reembolso del mismo.

Cláusula 17. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora de Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula 16. "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO".

Cláusula 18. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

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

Cuando el(los) Beneficiario(s) esté(n) en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrá(n) solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el(los) Beneficiario(s), según sea el caso. En caso que no haya interés o no exista acuerdo entre las partes para realizar la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución de controversias establecido en la presente póliza.

Cláusula 19. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

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

Cláusula 20. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares moneda de curso legal de los Estados Unidos de América. El Tomador podrá pagar la Prima en moneda nacional según el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente del día de pago. Toda indemnización se realizará en dólares moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

Cláusula 21. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Cláusula 22. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 23. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 24. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Asegurado se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Asegurado. Así mismo, el Asegurado 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 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, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Cláusula 25. DOMICILIO

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

Cláusula 26. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Cláusula 27. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

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

Cláusula 28. CONTROVERSIAS

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

Cláusula 29. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° _____ de fecha _____ 2011.

Seguro Autoexpedible Integral de Renta Diaria por Hospitalización en Dólares

Certificado de Cobertura

Plan elegido Póliza No.

Vigencia del (12:00 horas) al (12:00 horas)

Datos del Asegurado

Nombre Completo Sexo Fecha de Nacimiento

No. de Cédula Teléfono Correo Electrónico

Dirección Completa

Provincia Cantón Distrito

	Plan A	Plan B	Plan C
COBERTURAS			
Muerte por causa Accidental:	US\$	US\$	US\$
Gastos Funerarios por fallecimiento por causa Accidental:	US\$	US\$	US\$
Renta Diaria por Hospitalización por causa Accidental:	US\$	US\$	US\$
INCAPACIDAD TOTAL y PERMANENTE por causa Accidental como Adelanto en cuatro (4) tractos:	US\$	US\$	US\$
Número Máximo de Días a Indemnizar por Vigencia:	90	90	90
Número Máximo de Días a Indemnizar por Evento:	45	45	45
DEDUCIBLE EN DÍAS de Hospitalización:	dos (2)	dos (2)	dos (2)
Número de Servicios de Orientación Médica Telefónica durante la Vigencia de la Póliza:	ILIMITADO	ILIMITADO	ILIMITADO
Número de Servicios de Ambulancia por URGENCIA durante la Vigencia de la Póliza	dos (2)	dos (2)	dos (2)
PRIMA MENSUAL :			

Declaraciones y Advertencias:

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

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

Declaro haber recibido las Condiciones Generales de esta Póliza.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), S.A.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° de fecha de de .

En caso de siniestro comunicarse al