

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

Seguro Colectivo de Accidentes Estudiando Seguro en Colones

Código de producto: P19-57-A07-480

Fecha de registro: 24-oct-13

Oficio de solicitud de registro: ADISA-282-2013

“SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES - ESTUDIANDO SEGURO EN COLONES”

CONDICIONES GENERALES



Cláusula 1. CONTRATO

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

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos 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 haya discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

Cláusula 3. DEFINICIONES:

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

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: El homicidio culposo, La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento involuntario 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. **Accidente Biológico:** Es aquel que sufre un Estudiante como consecuencia de un contacto accidental por pinchazo, corte o contacto cutáneo-mucoso con fluidos corporales animales o humanos, que pueda tener como consecuencia la transmisión de una Enfermedad al Estudiante, y que precise un seguimiento serológico y/o profilaxis postexposición.
- c. **Administrador de Servicios Médicos:** Es la persona jurídica que está autorizada por la Compañía para coordinar los servicios objeto de las coberturas que se establecen en esta Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura, cada vez que el Asegurado los requiera, y que adicionalmente puede administrar la Red de Proveedores de Servicios Médicos autorizados por la Aseguradora a nivel nacional.
- d. **Ajustador o Auditor Médico:** Es el Médico Especialista o la persona jurídica que por medio de Médicos Especialistas evalúa, en nombre de la Aseguradora, los procedimientos técnicos realizados por el Médico tratante o por el Hospital, bien en el mismo Hospital (*in-situ*) o después de su salida del Hospital (*a posteriori*), y/o los costos de dichos procedimientos y de las medicinas recetadas y facturadas al Asegurado, determinando la calidad y el costo de los mismos, y comparándolos con los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para los procedimientos médicos o quirúrgicos realizados al Asegurado.
- e. **Ambulancia Terrestre:** Vehículo especializado para transporte terrestre de emergencia, destinado y legalmente autorizado para trasladar personas enfermas o víctimas de accidentes o traumatismos.
- f. **Aparato Ortopédico:** Aditamento externo que restringe, elimina o redirige el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como por ejemplo y sin limitarse a: abrazaderas, braceros, corsés ortopédicos, férulas, yesos para ligamentos lastimados.

- g. **Asegurado:** Es la persona física que siendo parte del Grupo Asegurable y elegible para ser incluido en el Grupo Asegurado es aceptado por la Compañía, y se individualiza expresamente en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Para que una persona física sea Asegurado, su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía, se debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza y estar debidamente matriculada y asistiendo regularmente en calidad de Estudiante en alguna Institución Educativa o Centro Educativo.
- h. **Beneficiario(s):** Son las personas físicas predeterminadas o bien designadas por el Asegurado de conformidad con la cláusula de "BENEFICIARIOS", como titular(es) del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza, cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.
- i. **Cáncer Terminal:** Para todos los efectos del presente documento, es aquel cáncer de carácter progresivo diagnosticado por un Médico cuya especialidad sea la oncología, y se limitará exclusivamente a los enunciados a continuación: Adenocarcinoma de Páncreas, Carcinoma de células renales, Carcinoma Hepatocelular (CHC), Condrosarcoma, Cordoma, Fibrosarcoma, Hemangiosarcoma, Leucemia aguda no linfoblástica, Leucemia linfoblástica aguda, Linfoma de Hodgkin, Osteosarcoma, Sarcoma de Ewings, Sarcomas de tejidos blandos incluyendo el fibrosarcoma en el pulmón, Tumor de Wilms, Tumores de células germinales en Estadio IV, Tumores renales Cromófobosel, cualquier tipo de cáncer de cerebro en Estadio I o superior, cáncer de colon o recto en estadio II o superior, cáncer de mama en Estadio III o superior, melanomas malignos.
- j. **Cirugía:** Para efectos de la presente Póliza se define como el procedimiento mecánico quirúrgico que inicia con el corte de piel del paciente permitiendo la manipulación de la anatomía interna del mismo, realizada por un Médico con el fin de retirar, o reconstruir una parte del cuerpo, o de diagnosticar o pronosticar el estado de la misma.
- k. **Coaseguro:** Es la suma fija o porcentual que después de haberse cubierto el Deducible se aplicará sobre el total del monto que la Aseguradora haya autorizado en cada evento para la atención médica, quirúrgica u hospitalaria de forma ambulatoria o con Hospitalización originada en el Accidente del Asegurado. El Coaseguro no es reembolsable bajo esta Póliza y estará siempre a cargo del Asegurado.
- l. **Cobertura:** Para efectos de la presente póliza, es el riesgo que cubre la póliza contratada con todas sus limitaciones, delimitaciones y exclusiones, por el cual el Asegurado o el Tomador de la póliza paga una Prima a la Aseguradora.
- m. **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.
- n. **Condición, Enfermedad o Lesión Pre-existente o Anterior:** Se refiere a cualquier enfermedad, padecimiento, problema de salud, síntoma, patología, incapacidad, lesión, dolencia o condición física o mental, por la cual un Asegurado previamente ha recibido consulta, chequeos, tratamiento, controles médicos o prescripción de medicamentos, o que haya sido investigada o haya estado en proceso de estudio de diagnóstico durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación de la Solicitud de Inclusión como Asegurado a la Póliza. Para efectos de la presente Póliza también se considera Condición Pre-existente el embarazo de una Asegurada.
- o. **Costo Usual, Razonable y Acostumbrado:** Es el cargo u honorario que cobraría un proveedor de servicios médicos de la zona geográfica (incluyendo cien kilómetros (100 Km.) a la redonda) donde fue atendido el paciente accidentado, por atender una persona del mismo sexo y edad, víctima de un Accidente de igual o similar gravedad, considerando que sean las prestaciones médicas que generalmente se suministran para ese servicio o tratamiento, así como el prestigio, la experiencia y el nivel profesional de las personas encargadas de la atención del paciente Asegurado.
- p. **Cuadro de Beneficios:** Es el compendio de beneficios que contiene las Condiciones Particulares de la Póliza, en el cual se detallan las coberturas y sus Sumas Aseguradas.
- q. **Deducible:** Es la suma fija o porcentual que deberá cubrir el Asegurado antes de que la Aseguradora comience a efectuar pagos en virtud de los gastos o costos ocasionados en atenciones médicas, quirúrgicas u hospitalarias de forma Ambulatoria o con Hospitalización originadas en Accidente(s) del Asegurado. Esa suma fija o porcentual será aplicable respecto de los gastos provenientes por cada Accidente que se declare a la Compañía, la cual opera como un monto acumulado durante el año Póliza.
- r. **Desmembramiento:** Es la amputación o inhabilitación funcional total e irreparable de un órgano o miembro del Asegurado o parte de este, en forma tal que el Asegurado, de forma permanente, no puede volver a desarrollar ninguna de las funciones naturales del mismo.

- s. Edad: Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- t. Emergencia o Urgencia: Situación crítica que por su gravedad pone en peligro la vida de la persona o la función de un órgano o miembro de ésta, de manera que, a su juicio o el de una persona adulta, si no es atendido clínicamente en forma inmediata, corre peligro su vida o la función de alguno de sus órganos.
- u. Enfermedad: Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, patología, incapacidad, lesión o dolencia cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuado por un Médico.
- v. Institución Educativa o Centro Educativo: Es todo centro de enseñanza de cualquier nivel debidamente reconocido por las instituciones correspondientes de la República de Costa Rica; que para efectos de esta Póliza están limitados a: universidades estatales así como las reconocidas por el Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada ("CONESUP"), así como los centros de preescolar, educación de primer o segundo ciclo, tercer ciclo o educación diversificada o educación técnica, debidamente reconocidos por el Ministerio de Educación Pública ("MEP").
- w. Estudiante: Toda persona física que se encuentre matriculada y asistiendo regularmente a clases en alguna Institución Educativa o Centro Educativo.
- x. Evento: La ocurrencia de un hecho accidental generador del fallecimiento, el Desmembramiento, la atención médica de forma Ambulatoria o con Hospitalización del Asegurado en razón de un Accidente, o el diagnóstico de Cáncer Terminal, Leucemia o Poliomieltitis por primera vez durante la vigencia de esta Póliza.
- y. Equipo Médico Duradero: Son equipos y suministros recetados por un Médico, médicamente necesarios, usados únicamente para propósitos médicos, diseñados para uso prolongado y que sirven con un fin terapéutico específico en el tratamiento de una lesión.
- z. 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.
- aa. 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 haber sido debidamente acreditado en la cuenta de la Compañía.
- bb. Gastos Elegibles: Son los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado para el tratamiento, servicios o suministros médicamente necesarios, que han sido debidamente diagnosticados por un Médico, que cuenten con las aprobaciones requeridas por la Compañía y que estén cubiertos por la Póliza.
- cc. Gastos Funerarios: La suma que en caso de fallecimiento del Asegurado 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 los siguientes: 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 hasta el lugar de sepultura o cremación, y el valor del transporte de los deudos en vehículo colectivo alquilado desde el centro religioso hasta el lugar de sepultura el día en que se preste el servicio funerario.
- dd. Grupo Asegurable: Se entenderá que el Grupo Asegurable está constituido únicamente por Estudiantes que pertenezcan al grupo que representa el Tomador o Contratante, que en su conjunto forman un grupo de personas con un propósito distinto al de contratar la presente Póliza y que a su vez reúnen individualmente los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- ee. Grupo Asegurado: Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, hayan pagado la primera Prima dentro del Período de Gracia y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de esta Póliza.
- ff. Hospital, Clínica o Centro Médico: Es todo establecimiento público o privado legalmente autorizado y en capacidad y funcionamiento para la Hospitalización y el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que cuenta con un Médico residente y asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día, cuyas instalaciones y facilidades son aptas y aprobadas para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas en su quirófano y con su equipo de rayos X propio. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, sanatorio de recuperación, instalación o casa de salud para convalecientes, para rehabilitación, de cuidado extendido, instituto hidroterápico, clínica de métodos curativos naturales, o Institución Mental.
- gg. Hospitalización: Es el internamiento del Asegurado como paciente de cama, ordenado por un Médico en un Hospital o Clínica, por un período continuo mínimo de veinticuatro (24) horas, para el

- tratamiento de lesiones originadas en un Accidente cubierto. Todo paciente Asegurado que se ingrese por un tiempo menor es considerado como de carácter ambulatorio.
- hh. Institución Mental: Todo establecimiento público o privado en capacidad y funcionamiento para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o de subnormalidad psíquica, psiquiátrica o mental, así como el departamento psiquiátrico de un hospital, una unidad especial de un Hospital o cualquier lugar utilizado para el tratamiento de personas adictas a las drogas o al alcohol.
- ii. Las Partes: Para efectos de la presente Póliza se consideran la Compañía y el Tomador.
- jj. Medicamento: Es un fármaco de uso clínico y utilización en personas, que se distribuye comercialmente en farmacias en diferentes presentaciones según su forma de administración, y cuyo propósito es el de prevenir o mejorar enfermedades, o aliviar o modificar el estado fisiológico del paciente. Para efectos de la presente Póliza, cualquier Medicamento debe ser recetado por un Médico y NO puede encontrarse en etapa de ensayo, prueba o investigación.
- kk. Médico: Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica y deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Sin perjuicio de lo anterior, el Médico en ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primero o segundo grado de consanguinidad o afinidad según lo establece la Ley.
- ll. 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.
- mm. Prima: Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra el riesgo contratado mediante la presente Póliza
- nn. Periodicidad del Pago de la Prima: Es el momento o frecuencia con la que el Tomador se obliga 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, dependiendo del período lectivo del Estudiante Asegurado. La Periodicidad del Pago de la Prima la determina el Tomador y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- oo. Período de Espera: Es el tiempo durante el cual esta Póliza no ampara al Asegurado para una Cobertura o Servicio determinado.
- pp. Poliomieltitis: Enfermedad causada por cualquiera de los tres serotipos de poliovirus, asociada con una enfermedad grave del Sistema Nervioso Central (SNC), en la que los músculos se debilitan tornándose hipotónicos y con movimientos paralizados. Para efectos de esta póliza, la enfermedad debe haber alcanzado el estado paralítico permanente en la totalidad de al menos uno de los miembros inferiores del Estudiante Asegurado.
- qq. 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 Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. 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.
- rr. Prima: Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro en contraprestación por la cobertura de riesgo para cada Asegurado objeto del presente contrato.
- ss. Proveedor de Servicios Médicos: Es cualquiera de los siguientes: Médico, Médico cirujano, cirujano odontólogo, paramédico, enfermera, Hospital, Clínica o Centro Médico, Laboratorio, Farmacia o Ambulancia.
- tt. Red de Proveedores: Está conformada por el grupo de Proveedores de Servicios Médicos que en su conjunto han suscrito un contrato con la Compañía para suministrar a sus Asegurados servicios médicos de la mejor calidad. La información correspondiente a los miembros de este grupo se encuentra a disposición de los Asegurados en la página web de la Compañía.
- uu. Registro de Asegurados: Archivo magnético o base de datos de la Compañía donde se registra la siguiente información: Nombre de la Entidad o Centro Educativo a la que pertenece el Asegurado, nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, número y tipo y número de identificación, año de escolaridad de cada Asegurado, así como cada una de las modificaciones a este archivo y la fecha en que se realizó cada modificación.
- vv. Padres, Representante o Tutor del Asegurado: Es la persona física que está jurídicamente capacitada para actuar en nombre y representación del Asegurado cuando este sea un menor de edad; para efectos de esta Póliza será cualquiera de sus padres que ejerza la patria potestad, quien lo represente legalmente o quien tenga su tutela debidamente otorgada.

- ww. Servicios Médicos: Aquellos que ofrece un Médico, Médico cirujano, cirujano odontólogo, paramédico, enfermera, Hospital, Clínica o Centro Médico laboratorio, farmacia o Ambulancia, para la prevención, mantenimiento o recuperación de la salud de una persona.
- xx. 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.
- yy. Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto, ajeno a la voluntad del Asegurado, Representante, Tutor o Mentor, que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- zz. Suicidio: Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- aaa. Suma Asegurada: Es el valor que define el Tomador en las Condiciones Particulares para cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
- bbb. Tomador o Contratante: Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.
- ccc. Urgencia o Emergencia Médica: Situación en la que una persona, en razón a un Accidente o a una Enfermedad se encuentra repentinamente en estado grave de salud, de manera que, a su juicio o el de una persona adulta, si no es atendido clínicamente en forma inmediata, corre peligro su vida o la función de alguno de sus órganos.

Cláusula 4. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN Y TIPO DE CONTRATO

La presente Póliza es un Contrato Colectivo de Adhesión el cual podrá contratarse exclusivamente por el Tomador bajo las siguientes modalidades:

- a) Contributiva: Es la modalidad en la que el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor contribuyen 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.
- La modalidad de contratación se define para cada caso en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 5. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL

En caso que un Estudiante Asegurado fallezca por o en un Accidente, la Compañía pagará a los Beneficiarios, una vez comprobada la procedencia del siniestro, el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza para la Cobertura Básica de Muerte Accidental, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares como Límite Máximo Individual. La Cobertura Básica de Muerte Accidental se pagará siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el evento generador del fallecimiento del Asegurado haya sido en forma directa un Accidente, que el Accidente ocurra durante la vigencia de la Póliza, que la Muerte Accidental ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente generador del fallecimiento, que el Siniestro no sea producto de un evento excluido y que ocurra de conformidad con los términos y limitaciones que establece esta Póliza.

En todo caso, la Aseguradora descontará de la suma a pagar por esta Cobertura cualquier adelanto relacionado con una Cobertura o Beneficio Adicional contratado que se haya realizado al Asegurado como resultado del mismo Accidente. Una vez que ocurra el fallecimiento del Asegurado, terminarán automáticamente todas las coberturas para el Asegurado.

Cláusula 6. COBERTURAS ADICIONALES

El Tomador del Seguro podrá solicitar la inclusión a la Póliza de cualquiera de las Coberturas Adicionales a la Cobertura Básica de Muerte Accidental, las cuales se detallan a continuación, y estarán amparadas exclusivamente aquellas que se detallan como cubiertas en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura, considerando que por cada Cobertura el Tomador o Contratante deberá pagar dentro del Período de Gracia la Prima correspondiente establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

- A. Cobertura de Gastos Médicos por Accidente.

- B. Cobertura de Diagnóstico de Cáncer Terminal, leucemia o Poliomiелitis.
- C. Desmembramiento por Causa Accidental.

Estas Coberturas son de libre elección para el Tomador de la Póliza y se especifican en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura correspondientes. Las Coberturas entrarán en vigencia una vez la Compañía haya aceptado el riesgo para cada una de ellas y se haya pagado la Prima establecida en las Condiciones Particulares dentro del período de gracia. Los beneficio objeto de estas Coberturas se pagarán siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Cláusula 7. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

La contratación de esta cobertura por el Tomador de la Póliza cubrirá a la totalidad de los Asegurados que conforman el Grupo Asegurado.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente cubierto por esta Póliza, la Aseguradora le reembolsará los gastos Médicos u Hospitalarios en que incurra y cuyo diagnóstico haya sido realizado por un Médico, indicando que perentoriamente requiere atención médica, quirúrgica u hospitalaria, siempre dentro de los términos y condiciones de esta Póliza. El Asegurado está en libertad de contratar los servicios profesionales del Médico, Hospital o clínica de su preferencia, bien sea personalmente o por medio de sus Padres, Representante o Tutor, utilizando o no la Red de Proveedores de Servicios Médicos y hospitalarios que le ofrece la Compañía; en todo caso, los gastos en que éste incurra serán indemnizados por la Compañía de acuerdo con el Costo Usual, Razonable y Acostumbrado para el servicio en el lugar donde le sea prestado.

Cuando el Asegurado sus Padres, Representante o Tutor determinen contratar los servicios profesionales de algún Proveedor de Servicios Médicos que no esté afiliado a la Red de Proveedores, la Compañía, reembolsará el valor de los Gastos Médicos cancelados por este, en la forma, con las limitaciones que se definen en la Póliza y hasta las sumas aseguradas establecidas en las condiciones particulares. Todo pago se hará al Asegurado sus Padres, Representante o Tutor, según corresponda, después de haber completado la suma o porcentaje pactado entre las partes como Deducible, y que hayan sido cancelados los montos correspondientes a Coaseguro por parte del Asegurado sus Padres, Representante o Tutor.

Los gastos o costos por concepto de atención médica, quirúrgica y hospitalaria reconocidos por la compañía se detallan a continuación:

Honorarios quirúrgicos: Están representados por los honorarios profesionales de los Médicos cirujanos, asistentes y anestelistas causados por una intervención quirúrgica que sea originada o requerida como consecuencia directa de un Accidente del Asegurado, hasta por la suma que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza. De igual forma, consisten en los honorarios profesionales de los odontólogos cirujanos por tratamientos quirúrgicos odontológicos que sean originados o requeridos como consecuencia directa de un Accidente. Estas sumas serán indemnizadas por la Compañía considerando los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados al momento del Accidente en la zona geográfica en que ocurrió. Para efectos de la presente Póliza, se excluyen los honorarios profesionales de los Médicos u Odontológicos que sean parientes del Estudiante Asegurado hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad.

Gastos de Hospitalización: Están representados por el costo de la habitación y Gastos Elegibles tales como alimentos y medicamentos, oxígeno, yesos, transfusiones de sangre, plasma y sueros que el Asegurado requiera durante su Hospitalización y que sean debidamente recetados o diagnosticados por un Médico.

Atención Médica Ambulatoria: Están representados por los Gastos Elegibles para la atención médica y los medicamentos necesarios recetados al Estudiante Asegurado por un Médico y adquiridos únicamente durante las veinticuatro (24) horas siguientes a la hora registrada como de primera atención médica posterior al Accidente que originó la reclamación, y por el cual no fue necesaria su Hospitalización.

Derechos y gastos en sala de operaciones o cirugía y curaciones: Están representados por el costo de alquiler de quirófano debidamente dotado, incluyendo implementos, instrumental y ropas esterilizadas, equipos de anestesia, agentes y gases anestésicos, y servicios de enfermería Usuales, Razonables y Acostumbrados para el tipo de lesión sufrida por el Asegurado. Se incluye sala de recuperación del paciente hasta por seis (6) horas contadas a partir del momento en que concluye la intervención.

Medicamentos: Están representados por el costo de aquellas medicinas adquiridas por el Asegurado fuera de hospital o clínica durante los siete (7) días siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente que ocasionó la Hospitalización, a un costo Usual, Razonable y Acostumbrado, siempre que sean prescritas por un Médico o cirujano con ocasión del Accidente del Asegurado y se acompañe el original de la factura de una Farmacia legamente establecida en Costa Rica.

Laboratorio: Están representados por el costo de los análisis de laboratorio e imagenología, y cualquier otro examen debidamente diagnosticado por un Médico por ser indispensable en el tratamiento originado en el Accidente del Asegurado.

Implementos Ortopédicos: Están representados por el valor del alquiler o arrendamiento de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermo, pulmón artificial u otros aparatos necesarios para la recuperación del Asegurado accidentado según lo estime el Médico tratante; pero en todo caso, sobre el valor del arrendamiento de estos elementos la Compañía aplicará un Coaseguro equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor de la factura de alquiler o arrendamiento.

Igualmente, la Compañía reconocerá al Asegurado el valor pagado por la compra de Aparatos Ortopédicos necesarios para su recuperación, de conformidad con los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para el tipo de lesión sufrida y el sitio donde sean adquiridos, y siempre que Médico tratante estime absolutamente necesaria la compra de los inmovilizadores o de los estabilizadores y así lo recete. La Compañía aplicará un Coaseguro equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor de compra de estos elementos establecido en la correspondiente factura.

Visitas Médicas, sesiones de Rehabilitación o Fisioterapia y Servicio de Ambulancia Terrestre: Están representados por el valor de los gastos en que incurra el Asegurado por concepto de las sesiones de rehabilitación o fisioterapias y el servicio de Ambulancia Terrestre, de conformidad con los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para este tipo de servicios, siempre y cuando estas sesiones sean recetadas por un Médico en razón o como consecuencia directa de un Accidente y cumpla con los siguientes parámetros:

- i. La Compañía reembolsará el costo de hasta dos (2) consultas médicas por Evento de conformidad con los Gastos Médicos Usuales, Razonables y Acostumbrados para el tipo de lesión sufrida por el Asegurado y el sitio donde sea atendido por el Médico. En todo caso, las consultas médicas deberán hacerse al Médico que atendió al Estudiante Asegurado con ocasión del Accidente en su consultorio habitual. De cualquier forma, a cada consulta médica la Compañía aplicará un Coaseguro del veinticinco por ciento (25%) del costo facturado.
- ii. La Compañía reembolsará al asegurado el costo de hasta cinco (5) sesiones de rehabilitación o fisioterapia por Evento, siempre de conformidad con los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para el tipo de lesión sufrida y el sitio donde se realicen estas. Cuando el Médico especialista tratante considere que en un mismo Evento son necesarias más de cinco (5) sesiones de rehabilitación o fisioterapia, el Asegurado deberá solicitar autorización escrita a la Compañía, quien se reserva el derecho de valorar al Asegurado, antes de brindar su consentimiento. De cualquier forma, el número máximo de sesiones de rehabilitación amparado por esta póliza para un año-póliza es de diez (10) sin importar el número de eventos presentados por el Asegurado. En todo caso, a cada sesión de rehabilitación o fisioterapia la Compañía aplicará un Coaseguro del veinticinco por ciento (25%) del costo facturado.
- iii. La Compañía reembolsará al Asegurado el costo de un (1) servicio de Ambulancia Terrestre siempre que la gravedad del Accidente ocasione una Emergencia o Urgencia y requiera su traslado inmediato a un centro hospitalario, hasta por el valor establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura. Lo anterior dentro de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para este tipo de servicio en el sitio donde ocurrió el Accidente.

Los cargos u honorarios profesionales cobrados por tratamientos o suministros inusuales o poco conocidos o que no estén disponibles en un área de servicio, serán determinados tomando en cuenta factores como la complejidad, grado de habilidad necesario del profesional de la salud, el tipo de especialista y cargos usualmente cobrados en otras zonas geográficas.

La Compañía podrá contratar los servicios de un Ajustador o Auditor Médico para la determinación del costo Usual, Razonable y Acostumbrado de los Servicios Médicos a los que hace referencia la presente cobertura. La Compañía utilizará el Costo Usual, Razonable y Acostumbrado para determinar el monto máximo a indemnizar por un Servicio Médico y después aplicará los Deducibles y Copagos correspondientes.

En todo caso la Compañía reconocerá al Asegurado o a sus Padres, Representante o Tutor los Gastos Médicos y de atención quirúrgica y hospitalaria, Usuales, Razonables y Acostumbrados e incurridos por él como resultado de un Accidente amparado por esta Póliza, siempre que el Accidente haya ocurrido dentro de la vigencia de este seguro, que el siniestro no sea producto de un evento excluido, y que el Asegurado haya pagado la prima dentro del Período de Gracia establecido para esta Póliza.

El Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor, deberán proceder como se indica a continuación:

- a. Cuando el Asegurado el Asegurado sufra un Accidente que requiera atención de Urgencia o Emergencia:

Inmediatamente ocurra el Accidente, el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor podrán trasladar al Asegurado accidentado hasta el Hospital, Clínica o Centro Médico que en su entender o parecer consideren apropiado para atender al Estudiante accidentado, de cualquier forma, antes de salir del Centro Médico o dentro de las seis (6) horas siguientes al Accidente, deberá comunicarse telefónicamente con el Administrador de Servicios Médicos de la Compañía al Número telefónico: 25200210 y seguir el procedimiento que se describe a continuación:

- i. El Administrador de Servicios Médicos solicitará el número de la Póliza y/o el número del documento de identificación del Asegurado.
- ii. El Administrador de Servicios Médicos le hará algunas preguntas básicas sobre el Evento, el estado de salud del Asegurado y la forma de su traslado e ingreso al Centro Médico.
- iii. El Administrador de Servicios Médicos le recordará las condiciones de la Póliza, los Coaseguros y Deducibles que deberán cancelar al Proveedor de Servicios Médicos que corresponda, las limitaciones de la Cobertura y demás información que considere necesaria. Igualmente, le indicará que todos los gastos en que incurra en Asegurado serán indemnizados por la Compañía conforme a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, aplicando primero el Deducible a los costos de atención médica, quirúrgica u hospitalaria, cuando así se haya establecido en las Condiciones Particulares de esta Póliza y posteriormente el porcentaje de Coaseguro pactado para cada uno de los beneficios cuando así se haya establecido en las Condiciones particulares de la Póliza.
- iv. El Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor deberán cancelar el respectivo Coaseguro cuando el beneficio así lo contemple en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En todo caso el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor deberán obtener de la Compañía o del Administrador de Servicios Médicos la pre-autorización para aquellos procedimientos médicos o quirúrgicos, o de las hospitalizaciones que contemplan este requisito en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Si al momento de la reclamación el Asegurado cuenta con coberturas de Gastos Médicos amparadas por otras aseguradoras, el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor deberán informar a la Compañía el nombre de las aseguradoras y el número de las pólizas que lo amparan, lo anterior con el propósito de establecer la participación de cada aseguradora en el pago de la reclamación.

Para solicitar el reembolso de los Gastos Médicos Elegibles, el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor deberán completar satisfactoriamente el procedimiento establecido en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza.

Cláusula 8. AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO, SUS PADRES, REPRESENTANTE O TUTOR Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES.

- a. El Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor, autorizan a la Compañía o al Administrador de Servicios Médicos a practicar una auditoría médica en cualquier momento del tratamiento médico prestado al Asegurado, lo anterior con el propósito específico de verificar el estado de la lesión y el tratamiento practicado, aclarar dudas técnicas sobre su desarrollo, y corroborar la calidad del servicio de los Proveedores de Servicios Médicos ya sean estos o no de la Red de Proveedores de la Compañía.
- b. El Asegurado autoriza expresamente a la Compañía o al Administrador de Servicios Médicos para solicitar a cualquier Médico, Proveedor de Servicios Médicos o Centro Médico su historial clínico y cualquier informe relacionado con las lesiones sufridas en el Accidente amparado por esta Póliza y su evolución, lo anterior, con el propósito expreso de comprobar el estado del Asegurado al momento del Accidente, los procedimientos médicos y hospitalarios realizados y la calidad de los mismos.

- c. En caso de reclamación por Desmembramiento, el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor autorizan expresamente a la Compañía para que, en cualquier momento, un Médico o Proveedor de Servicios Médicos de la Aseguradora le realice una evaluación de su incapacidad, lo anterior con el propósito expreso de corroborar el nivel de la misma y el concepto del Médico que la diagnosticó.
- d. El Tomador de la Póliza, el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor hacen constar que aceptan que la Aseguradora y el Administrador de Servicios Médicos se limitan a asumir las obligaciones establecidas en esta póliza y por ende los liberan de toda responsabilidad civil o penal originada en cualquier acto, mala praxis o inconveniente que algún Médico, odontólogo, paramédico, enfermera o Proveedor de Servicios Médicos, personal de salud o empleado de cualquier Centro Médico pueda causarle por su atención o suministro de bienes, aparatos o medicamentos relacionados o no con un Accidente cubierto por esta Póliza.

Cláusula 9. COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER TERMINAL, LEUCEMIA O POLIOMIELITIS.

Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados 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 la totalidad de Asegurados.

Si luego de haber transcurrido el Periodo de Espera le es diagnosticada por primera vez la presencia de un Cáncer Terminal, o leucemia o una Poliomiéлитis, la Compañía le pagará al Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental. El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando el Asegurado haya pagado la Prima dentro del Período de Gracia aquí establecido.

En caso de Siniestro, el Asegurado deberá completar satisfactoriamente el procedimiento establecido en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza.

PERÍODO DE ESPERA: Para la cobertura de Diagnóstico de Cáncer Terminal, leucemia o Poliomiéлитis a que refiere la presente cláusula se establece un Período de Espera de sesenta (60) días calendario.

Cláusula 10. COBERTURA DE DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL.

Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados 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 la totalidad de Asegurados.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause el Desmembramiento o la pérdida funcional total y definitiva de uno de los miembros o partes del cuerpo que se detallan en la Tabla que aparece en esta misma cláusula, que haya sido diagnosticado por un Médico especialista, la Compañía adelantará al Asegurado o a su representante el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura Básica de Muerte Accidental establecida para esta Póliza, únicamente en los casos que se detallan a continuación:

TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO:

- i. Por la fractura incurable de la columna vertebral del Asegurado: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- ii. Por entrar en estado absoluto e incurable de deficiencia mental: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- iii. Por la pérdida total y definitiva de la visión de los dos (2) ojos: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- iv. Por la pérdida total y definitiva de la visión de un ojo: cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada.
- v. Por la pérdida total y definitiva de la audición: el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada.
- vi. Por la extirpación de la mandíbula inferior: el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada.
- vii. Por la pérdida total y definitiva por amputación de uno de los dos miembros superiores del Asegurado a la altura del hombro: el sesenta por ciento (60%) de la Suma Asegurada.

- viii. Por la inmovilización total y definitiva de uno de los dos hombros: el treinta por ciento (30%) de la Suma Asegurada.
- ix. Por la pérdida total y definitiva por amputación de uno de los dos miembros superiores del Asegurado a la altura del codo: el cuarenta por ciento (40%) de la Suma Asegurada.
- x. Por la inmovilización total y definitiva de un codo: el veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada.
- xi. Por la pérdida total y definitiva por amputación de uno de los dos miembros superiores del Asegurado a la altura de la muñeca: el treinta por ciento (30%) de la Suma Asegurada.
- xii. Por la inmovilización total y definitiva de una mano a la altura de la muñeca: el quince por ciento (15%) de la Suma Asegurada.
- xiii. Por la pérdida total y definitiva por amputación de uno de los dos miembros inferiores del Asegurado a la altura de la cadera: el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada.
- xiv. Por la inmovilización total y definitiva de una cadera: el treinta por ciento (30%) de la Suma Asegurada.
- xv. Por la pérdida total y definitiva por amputación de uno de los dos miembros inferiores del Asegurado a la altura de la rodilla: el cuarenta por ciento (40%) de la Suma Asegurada.
- xvi. Por la inmovilización total y definitiva de la rodilla: el veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada.
- xvii. Por la pérdida total y definitiva por amputación de uno de los dos miembros inferiores del Asegurado a la altura del tobillo: el treinta por ciento (30%) de la Suma Asegurada.
- xviii. Por la inmovilización total y definitiva de un pie a la altura del tobillo: el diez por ciento (10%) de la Suma Asegurada.
- xix. Por la pérdida total y definitiva por amputación del dedo pulgar de cualquier mano: el quince por ciento (15%) de la Suma Asegurada.
- xx. Por la pérdida total y definitiva por amputación de cualquiera de los dedos índice o medio de cualquier mano: el diez por ciento (10%) de la Suma Asegurada.
- xxi. Por la pérdida total y definitiva por amputación del dedo anular o el meñique de cualquier mano: el cinco por ciento (5%) de la Suma Asegurada.
- xxii. Por la pérdida total y definitiva por amputación del dedo gordo de cualquiera de los dos pies: el cinco por ciento (5%) de la Suma Asegurada.

Para efectos de esta Póliza, en cuanto a los dedos, se entenderá por la amputación a la altura de la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma. Igualmente, en ningún caso se consideran los alcances de valoración de Incapacidad que establece el Código de Trabajo.

Si en el Accidente el Asegurado sufre varias lesiones simultáneamente, la Compañía pagará únicamente lo correspondiente al beneficio por el mayor Desmembramiento y hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental. Cuando se haya pagado el cien por ciento (100%) de esta cobertura, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado afectado.

La Aseguradora será responsable del pago de las prestaciones convenidas, siempre que el Desmembramiento se haya originado a consecuencia de un Accidente cubierto, y que dicho Desmembramiento haya sido diagnosticado por un Médico especialista dentro de los ciento ochenta días (180) siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.

En caso de Siniestro, el Asegurado o los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el procedimiento establecido en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza.

Cláusula 11. SUMA ASEGURADA

La Suma Máxima Asegurada para las diferentes Coberturas y Beneficios es definida por el Tomador o Contratante de la Póliza, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, Certificados Individuales de Cobertura y en el último listado de Asegurados incluidos por el Tomador, debidamente aceptados por la Compañía, e incluidos en el Registro de Asegurados que forma parte integral de la presente Póliza.

Cláusula 12. TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro para cada Cobertura que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y estará sujeta a la composición general del grupo según edad, sexo y Suma Asegurada.

En la fecha de vencimiento de la Póliza la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a esta Póliza, dando aviso escrito al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. 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 haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro.

Cláusula 13. COMISIÓN DE COBRO

En caso de haberse contratado el seguro bajo la Modalidad Contributiva para el pago de la Prima, la Compañía podrá reconocer al Tomador el porcentaje de comisión por gestión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Cláusula 14. ACEPTACIÓN DE RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, 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.
- 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.

Cláusula 15. PRIMAS

Las Primas cobradas serán calculadas y facturadas por la Compañía con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza y mediante una de las Formas de Pago aceptadas por la Compañía.

El valor de la Prima correspondiente a la totalidad de la Póliza será calculado y la correspondiente factura será entregada al Tomador por la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de recibo del Reporte de Asegurados. Para efectos del presente contrato, la fecha de la factura antes mencionada se considera como la fecha de aceptación de los riesgos a que esta corresponde.

Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta póliza se establece por las partes como de forma 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 de forma NO CONTRIBUTIVA, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la Modalidad de Pago, la responsabilidad del pago total de la Prima recae exclusivamente sobre el Tomador de la Póliza. 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.

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 de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

Cláusula 16. DEDUCIBLES Y COASEGUROS

Los Deducibles y Coaseguros establecidos en el Certificado Individual, según se definen en la Cláusula de "DEFINICIONES" de esta póliza, aplican sobre los montos de las reclamaciones relacionadas con la Cobertura de Gastos Médicos por Accidente cuyo pago autorice la Compañía. El valor de la Prima correspondiente a la totalidad de la Póliza contempla la aplicación de un Deducible y un Coaseguro sobre el total de los gastos o costos por concepto de atención médica, quirúrgica y hospitalaria reconocidos por la Compañía que en todo caso serán:

- i) Deducible de un cinco por ciento (5,0%) de la suma asegurada para la Cobertura de Gastos Médicos por Accidente, que deberá cubrir el Asegurado antes de que la Aseguradora comience a efectuar pagos en virtud de los gastos o costos ocasionados en atenciones médicas, quirúrgicas u hospitalarias de forma Ambulatoria o con Hospitalización originadas en Accidente(s) del Asegurado, y que en todo caso opera como un monto acumulado durante la vigencia de la Póliza.
- ii) Coaseguro de un quince por ciento (15,0%) del total del monto que la Aseguradora haya autorizado en cada evento para la atención médica, quirúrgica u hospitalaria de forma Ambulatoria o con Hospitalización originada en el Accidente del Asegurado, y que opera en todo caso después de haberse cubierto la totalidad del Deducible por parte del Asegurado.
- iii) Adicionalmente, se establecen Coaseguros específicos para los servicios de Implementos Ortopédicos, y de Visitas Médicas, sesiones de Rehabilitación o Fisioterapia y Ambulancia, los que se encuentra definidos en la Cláusula de "COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE".

Para efectos de la presente Póliza, no podrán contabilizarse como Deducible: 1) Las cantidades que sobrepasen los límites de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados; 2) Los Copagos o Coaseguros; 3) Los gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no estén cubiertos por esta Póliza; 4) Los cargos en exceso de los límites de beneficio estipulados en la Póliza; y/o 5) Cualquier suma de dinero que el Asegurado esté obligado a pagar debido a una reducción en los beneficios pagaderos bajo esta Póliza.

Cláusula 17. PAGO DE LA PRIMA Y DESCUENTO POR VOLUMEN DE ASEGURADOS

El pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador en un solo tracto una vez la Compañía le notifique su aceptación del riesgo y dentro del Periodo de Gracia acordado entre las partes; este pago se hará por la totalidad de la vigencia del seguro.

La Compañía podrá otorgar un descuento por volumen de Personas Aseguradas. Este descuento se establecerá en las Condiciones Particulares y afectarán al Asegurado o al Tomador, según sea quien pague la Prima, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula de "CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN".

Descuento por número de Asegurados	
De 0 a 50	0%
De 50 a 150	10%
De 151 a 400	20%
Más de 400	30%

Cláusula 18. RECARGOS EN LA PRIMA POR TIPO DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

Dependiendo del tipo de Entidad Educativa, sea esta un Jardín infantil, Escuela primaria, Colegio, Universidad (Bachiller o Licenciatura), Instituto técnico, Facultad de veterinaria, zootecnia, bacteriología u otras instituciones de educación superior que contemplen actividades de riesgo tales como, pero no limitadas a: Escuelas de Policía, Escuelas de Química con manejo de gases o sustancias explosivas, Escuelas de biología marina que contempla cursos de Buceo, Escuelas de geología que contempla el manejo de explosivos o inmersión en cuevas o cavernas, minería, espeleología, la Compañía podrá aplicar recargos a las primas, según se establece en las siguiente tabla:

Clase de Institución Estudiantil	TIPO INSTITUCIÓN ESTUDIANTIL	FACTOR de agravación
1	JARDÍN INFANTIL, ESCUELA PRIMARIA Y COLEGIO	1
2	UNIVERSIDAD (BACHILLER Y LICENCIATURA)	1.15
3	INSTITUTO TÉCNICO, FACULTADES DE VETERINARIA, ZOOTECNIA, BACTERIOLOGÍA.	1.30
4	OTRAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE RIESGO	HASTA UN MÁXIMO DE 1.40

Cláusula 19. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Contratante un Período de Gracia de quince (15) días naturales que empezará a contar a partir del momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrito según se establece en la Cláusula de "ACEPTACIÓN DEL RIESGO".

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 la totalidad de las Primas pendientes.

Cláusula 20. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso que proceda la devolución de Primas, la Compañía seguirá el procedimiento que se detalla a continuación, 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 treinta (30) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso que la devolución de Primas se deba a ajustes originados en modificaciones a la Póliza, dicha devolución la hará la Compañía en un plazo de diez (10) naturales después de presentada la solicitud.

Cláusula 21. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que sean Estudiantes, y que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 22. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Todo Estudiante que pertenezca al Grupo Asegurable y que en su nombre o por determinación de cualquiera de sus Padres, Representante, o Tutor desee formar parte del Grupo Asegurado, deberá presentar a la Aseguradora por medio del Tomador, el formulario de Solicitud de Inclusión como Asegurado completo con el consentimiento de conformidad con el artículo 5 del Reglamento sobre Seguros Colectivos, el cual además incluye la autorización indicando que en caso de su muerte, o que le sea declarado un Cáncer Terminal, Leucemia o Poliomielititis, o de la amputación o inmovilización de uno de sus miembros, autoriza a la Caja de Seguro Social, a cualquier Hospital, Clínica o Centro Médico o Proveedor de Servicios Médicos que aplique (médico, paramédico, laboratorio, etc.) para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre sus antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo la copia de su historial clínico.

La Compañía dentro de un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la solicitud de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud.

Si la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá al Asegurado en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. En todo caso, el Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente dentro del Período de Gracia antes indicado.

Cláusula 23. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador o Contratante, la Compañía llevará un registro de Asegurados en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, nivel de escolaridad, fechas de ingreso y egreso a la Póliza para cada Estudiante Asegurado, coberturas, sumas aseguradas por cobertura así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

El Contratante será responsable de enviar de forma inmediata cada vez que haya un cambio en el registro de Estudiantes Asegurados a la Compañía por escrito la siguiente documentación:

- a) La lista de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, fecha de nacimiento, nivel de escolaridad y Suma Asegurada.
- b) La lista de los Asegurados para los cuales el Contratante ha solicitado la baja definitiva del Grupo Asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados

Cláusula 24. BENEFICIARIOS

El beneficio de pago de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Muerte Accidental de esta Póliza, será pagada a favor de los beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- a) A los hijos, los padres y el consorte o el conviviente en unión de hecho. En caso que el conviviente esté separado legalmente o de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización. La indemnización se pagará de forma alícuota a todos los beneficiarios del Asegurado;
- b) A falta de los beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos;
- c) A falta de los beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos legítimos y los naturales por parte de madre;
- d) A falta de los beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos por parte de madre y los hijos de la hermana legítima o natural por parte de madre, los hermanos de los padres del Asegurado y los hermanos de la madre o del padre.
- e) En caso de no existir ninguno de los beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá modificar los Beneficiarios de esta póliza, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, utilizando el formulario "Solicitud de Modificación de Beneficiarios" establecido para tal fin y suministrado por la Compañía. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega del anterior formulario en las oficinas de la Compañía. En caso que ocurra un Evento que produzca el fallecimiento del Asegurado y que dicho Evento no esté excluido, la Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios registrados en esta Póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a la Compañía con anterioridad a la ocurrencia del Siniestro. La designación, revocación o sustitución de Beneficiarios será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho.

En caso que los beneficiarios deban determinarse mediante un proceso sucesorio, el reclamo se podrá presentar por medio de cualquier interesado debidamente demostrado, sin embargo, según los términos anteriores, el pago respectivo quedará en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

Advertencia: En caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se

nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado, o en caso que con posterioridad al evento, el Asegurado haya fallecido o no se encuentre en condiciones físicas o mentales para presentar la correspondiente reclamación, los Beneficiarios serán aquellos que haya designado el Asegurado.

Cláusula 25. VIGENCIA Y MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período igual al del calendario escolar del Estudiante Asegurado, que iniciará y terminará en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del período de Gracia. Todo Estudiante asegurado en esta Póliza estará cubierto los siete (7) días de la semana, durante las veinticuatro (24) horas del día.

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. En caso que el Tomador y la Compañía decidan de mutuo acuerdo terminar o modificar la Póliza, se deberá notificar al Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor con al menos un mes de anticipación a efectos de que puedan hacer valer sus derechos según consideren.

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.

Al menos sesenta (60) días previo a la terminación de la vigencia de la Póliza, la Compañía se compromete en enviarle al Tomador el reporte completo del registro de asegurados que conforman el Grupo Asegurado, con el fin de que el Tomador valide en un plazo aproximado de treinta días dicha información y se lo comunique a la Compañía.

Cláusula 26. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Los Estudiantes que ingresen a la Póliza 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 estos Asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la Póliza.

EN TODO CASO, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.

Cláusula 27. EXCLUSIONES

Para todas las Coberturas y Beneficios de la presente Póliza se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado por o durante:

- a. Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
- b. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.
- c. La participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor o cómplice;
- d. Castigos corporales impuestos al asegurado por cualquier persona que ejerza sobre él autoridad o mando.
- e. Por culpa grave de la Entidad Tomadora de éste seguro;
- f. Un ataque de epilepsia, trastorno del sueño, parasomnia, sonambulismo o noctambulismo.

- g. Un Accidente que califique al amparo del Régimen de Riesgos del Trabajo, con excepción de aquellos que ocurran al Asegurado como estudiante de una universidad o colegio técnico mientras realiza su práctica profesional.
- h. 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, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- i. La participación activa del Estudiante Asegurado en huelgas o riñas.
- j. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.
- k. La participación voluntaria del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos de testeo;
- l. La participación del Asegurado en competencias de apnea, estrangulamiento o ahorcamiento de cualquier tipo y de cualquier parte de su cuerpo, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
- m. Intoxicación o envenenamiento por ingesta de productos químicos, naturales o artificiales no medicados para el mantenimiento de desórdenes en la alimentación tales como pero no limitados a: bulimia, dibulimia, anorexia, ortorexia, vigorexia o megarexia.
- n. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.
- o. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
- p. Intervenciones quirúrgicas de orden estético.
- q. Parto o abortos de cualquier tipo.
- r. La realización o participación en una de las siguientes actividades: manejo de explosivos, minería subterránea, prácticas o trabajos realizados en altura o en líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto de aeronaves de cualquier tipo, paracaidismo, alas delta o parapente, alpinismo, montañismo, artes marciales, boxeo, lucha libre o grecoromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido, o tiro al blanco o cacería con arco;
- s. La participación en competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre olas marinas, esquí acuático o de nieve, a menos que el evento haya sido organizado por la Institución Tomadora del seguro.
- t. La práctica o participación del Asegurado en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.
- u. La Prestación de sus servicios a las fuerzas o escuelas de policía, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;
- v. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;
- w. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos o los de su Representante, y su capacidad de entendimiento o la de su Representante le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; 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 del Asegurado a la Póliza.

Igualmente, para todas las Coberturas de la presente Póliza se establecen como exclusiones los gastos incurridos por el Asegurado por o a consecuencia de:

- a. Tratamientos dentales, a menos que se hayan originado a causa de un Accidente cubierto por esta póliza, que correspondan a la segunda dentición del Asegurado y que hayan sido ordenados por el médico tratante inmediatamente después del Accidente o durante los siguientes treinta (30) días contados a partir de la fecha de ocurrencia del Accidente.
- b. Hernias inguinales u abdominales dictaminadas en cualquier momento.
- c. Tratamientos, preparaciones o medicinas naturistas u homeopáticas, tales como pero no limitados a: naturoterapias o fitoterapias (preparaciones a base de plantas o flores), dietoterapias, aeroterapias, hidroterapias, helioterapias, geoterapias, aromaterapias, musicoterapias, magnetoterapias, medicina alternativa, naturismo, hipnosis, *biofeedback* (retroalimentación) o acupuntura.

DE OCURRIR EL EVENTO QUE AFECTE AL ASEGURADO POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, O DE AQUELLAS QUE DECLARAN LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS TOTAL O PARCIALMENTE EN LA LEY REGULADORA DEL CONTRATO DE SEGUROS N° 8956 Y SUS CORRESPONDIENTES Y POSTERIORES REFORMAS, 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 28. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor están obligados en declarar a la Aseguradora de forma completa y veraz toda la información requerida en los formularios "Solicitud de Seguro" y "Solicitud de Inclusión como Asegurado".

Cláusula 29. OTROS SEGUROS VIGENTES

Cuando se trate de reclamaciones relacionadas con la Cobertura para Gastos Médicos por Accidente, en caso que el Estudiante Asegurado goce de otro u otros seguros expedidos por otras aseguradoras que cubran los mismos gastos, los importes a reembolsar por la Compañía, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el cien por ciento (100%) del gasto.

Cuando existan otros seguros concurrentes, las Coberturas objeto de esta Póliza operarán, excepto la de fallecimiento, en forma complementaria y contingente, en exceso de las coberturas otorgadas por los otros seguros obligatorios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas.

Cláusula 30. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El derecho de la 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 31. NULIDAD DE LA PÓLIZA

No obstante lo dispuesto en la cláusula anterior, esta Póliza será 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, el Contratante, o sus Tutores o Representantes, durante el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o en las condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o de 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, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado, el Contratante o sus Tutores o Representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas; si proviene del Asegurador o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de las Primas pagadas más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios. Cuando hubiere muto engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las Primas que haya pagado. 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 32. 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 Periodo de Gracia del pago vencido correspondiente.

En el caso que existan Primas no devengadas a la fecha de Terminación Anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

Cláusula 33. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura terminará 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 no pague la Prima de Seguro correspondiente al Asegurado en cuestión en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considera vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada, y 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;
4. El Contratante o Tomador solicite la baja del Asegurado.

En el caso que existan Primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, estas serán devueltas al Contratante en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura.

Cláusula 34. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.

El Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación. El Tomador, el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor y los Beneficiarios de esta Póliza deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL Y ADELANTO PARA GASTOS FUNERARIOS,

En caso de reclamación por fallecimiento por causa Accidental de uno de los Asegurados en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, los Beneficiarios, o sus Padres, Representante o Tutor 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 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, o bien, con el trámite de Apostillado respectivo;

3. Original y copia de las facturas emitidas por la funeraria o empresa prestadora de los servicios funerarios, así como de otros servicios relacionados con el evento y que estén amparados por esta cobertura.
4. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado y/o su relación con el Beneficiario o reclamante;
5. Copias de los documentos de identificación de los Beneficiarios.
6. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
7. 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.

Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Estudiante Asegurado, los Beneficiarios podrán solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la Cobertura para Gastos Funerarios y hasta por un máximo de quinientos mil Colones (¢500.000,00) con la sola presentación del Certificado de Defunción del Asegurado y una carta de solicitud del adelanto firmada por el Representante del Asegurado o un Beneficiario. La Compañía pagará a los Beneficiarios este adelanto dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la recepción de la solicitud de los Beneficiarios, siempre y cuando la Prima correspondiente a la cobertura para el Asegurado afectado se encuentre efectivamente pagada por el Tomador o que el evento haya ocurrido dentro del Período de Gracia establecido para el pago de la Prima. La suma restante será pagada por la Compañía a los Beneficiarios una vez hayan completado satisfactoriamente el procedimiento establecido en este literal.

b. PARA LA COBERTURA DE DESMEMBRAMIENTO

En caso de reclamación por Desmembramiento del Estudiante Asegurado, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado, sus Padres, Representantes o Tutor 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 que valoró la lesión del Estudiante Asegurado y determinó el Desmembramiento de la parte afectada, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado Principal;
3. Certificado 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 ocurrió el Accidente que originó el Desmembramiento o la pérdida funcional y definitiva de alguno de los miembros del Estudiante Asegurado.

c. PARA LA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER TERMINAL. LEUCEMIA O POLIOMIELITIS.

En caso de Reclamación por Diagnóstico de Cáncer Terminal, Leucemia o Poliomieltis 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 donde se indique claramente la enfermedad o padecimiento del Asegurado, la clase, nivel o estadio en que se encuentra la enfermedad y la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de la misma. ;
3. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Estudiante Asegurado.
4. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ingresó al hospital por el diagnóstico o donde se le determinó el Cáncer, la leucemia o la Poliomieltis.

d. PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

En caso de Reclamación por reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Asegurado, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor 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 de todas y cada una de las facturas canceladas correspondientes a los gastos relacionados con el Evento, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios suministrados al paciente Asegurado y su respectivo costo;
3. Original y copia de todas y cada una de las recetas de medicamentos, prescripciones de exámenes de laboratorio, radiológicos o cualquier otro examen para diagnóstico relacionados con el Evento.
4. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado y/o su relación con el Beneficiario o reclamante.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ingresó al hospital a causa del Accidente.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Estudiante Asegurado, su Tutor, su Representante o 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 cumpla con la totalidad de los requisitos que se establecen para cada Cobertura.

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.

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, sus Padres, Representante o Tutor, o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

Cláusula 35. 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 32. de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO".

Cláusula 36. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en Colones. El Tomador pagará la Prima en moneda nacional de la República de Costa Rica.

Cláusula 37. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

LA INFORMACIÓN QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA POR EL TOMADOR, EL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE, 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 38. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 39. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 40. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Cláusula 41. DOMICILIO

El domicilio que será efectivo para notificaciones será la dirección fijada en la Solicitud de Seguro por el Tomador o el Asegurado, o sus Padres, Representante o Tutor según sea el caso e indicadas en las Condiciones Particulares. Cuando existan modificaciones de domicilio, estas deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará la nueva dirección en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

Cláusula 42. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Para todos los efectos de la presente Póliza, el Contratante está obligado a comunicar a la Compañía por escrito sus cambios de domicilio. A falta de ello, todas las comunicaciones dirigidas al último domicilio conocido por la Compañía surtirán pleno efecto.

Las comunicaciones del Tomador, Contratante, Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor dirigidas a la Compañía y 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.

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Tomador, Contratante, Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado, este último dirigido a la dirección consignada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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. 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 45. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956, 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 _____.

1. DATOS DEL TOMADOR O CONTRATANTE	
Nombre de la Entidad Educativa:	
No. De Identificación:	Licencia Ministerio de Educación:
Tipo de Entidad: Pre-escolar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Liceo <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Especifique claramente el Tipo de Entidad Educativa:	
2. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES Y AVISOS	
Provincia:	Cantón: Distrito:
Dirección:	
Correo Electrónico	Teléfono: Fax:
Medio para Recibir Notificaciones: Dirección <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	
3. DATOS DE PÓLIZA	
Cantidad de Asegurados al Inicio de la Vigencia:	
Inicio de Vigencia Propuesto: / /	Plazo de la Vigencia en meses:
Intermediario de Seguros:	Licencia:
Modalidad de Contratación: Contributiva <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> No Contributiva <input type="checkbox"/>	
4. DATOS DE COBERTURAS	
Coberturas	Suma Asegurada Coberturas Suma Asegurada
Fallecimiento por causa Accidental	Gastos Médicos por causa Accidental
Desmembramiento por Causa Accidental	Cáncer incluyendo Leucemia y Poliomieltis
5. DATOS DE LA PRIMA Y COBRO	
Periodicidad de Cobro:	Canal de Cobro:
Tarjeta/Banco:	
Prima Póliza:	
Prima según Periodicidad de Cobro:	
6. MONEDA DE LA PÓLIZA	
El importe de la Prima y Suma Asegurada de la Póliza estará expresado en: COLONES	
7. DECLARACIÓN	
<p>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.</p> <p>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.</p>	

Fecha: / /

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 _____.