

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

Seguro Autoexpedible de Accidentes Estudiando Seguro en Colones

Código de producto: P19-57-A07-486

Fecha de registro: 05-nov-13

Oficio de solicitud de registro: ADISA-278-2013

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

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, El Tomador o el Asegurado podrán solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; si el Tomador o el Asegurado no solicitan la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que se presenten discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales. En caso que el Tomador o el Asegurado ejerzan 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 a 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 facturadas al Asegurado, determinando la calidad y el costo de los mismos, comparándolos y ajustándolos -para efectos de la indemnización a realizar bajo esta Póliza- a 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 contrata esta Póliza, y que como Estudiante asiste regularmente a una Institución Educativa.
- h. **Beneficiario(s):** Son las personas físicas predeterminadas o bien designadas por el Asegurado, su Tutor o su Representante 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 especialista, que se limitará exclusivamente a los enunciados a continuación: Adenocarcinoma de Páncreas, Carcinoma de células renales, Carcinoma Hepatocelular (CHC), Condrosarcoma, Cordoma, Fibrisarcoma, 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 Cromófolosel, 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 a causa de un 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 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 contratación del Asegurado de la Póliza. Para efectos de la presente Póliza también se considera Condición Pre-existente el embarazo normal o no de una Asegurada al momento de la contratación.
- 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.
- p. **Cuadro de Beneficios:** Es el compendio de beneficios que aparece en el Certificado Individual de Cobertura, en el cual se detallan las Coberturas, las Sumas Aseguradas, los Deducibles, los Coaseguros y los tiempos de Espera.
- 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 como consecuencia de un Accidente del Asegurado. Esa suma fija o porcentual será aplicable respecto de los gastos provenientes por cada Accidente que se declare a la Compañía. 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 determinados por el Ajustador; 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 Cobertura o beneficio estipulados en la Póliza; 5) Cualquier suma de dinero que el Asegurado esté obligado a pagar debido a una reducción en los beneficios pagaderos bajo esta póliza.
- r. **Desmembramiento:** Es la amputación o inhabilitación funcional total e irreparable de un órgano o miembro de una persona o parte de este, en forma tal que, 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. **Enfermedad:** Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuada por un Médico.
- u. **Institución Educativa:** Es todo centro de enseñanza de cualquier nivel debidamente reconocido por el Ministerio de Educación Pública de la República de Costa Rica; que para efectos de esta Póliza están limitados a: Universidades reconocidas por el Consejo Nacional de Educación Superior (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 MEP.

- v. Estudiante: Toda persona que se encuentre debidamente matriculada y asistiendo regularmente a una Institución Educativa.
- w. Evento: La ocurrencia de un hecho accidental generador del fallecimiento, el Desmembramiento, la atención médica de forma Ambulatoria o con Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, o el diagnóstico de Cáncer Terminal, Leucemia o Poliomiélitis por primera vez en el mismo.
- x. 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.
- y. 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.
- z. Forma de Pago de la Prima: Es el método aceptado por la Compañía y que puede utilizar el Asegurado o 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. 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.
- aa. Gastos Elegibles: Son los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado para el tratamiento, servicios o suministros médicamente necesarios, que han sido ordenados por un Médico, que cuenten con las aprobaciones requeridas por la Compañía y que estén cubiertos por la Póliza.
- bb. Hospital o Clínica: 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.
- cc. 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 por la presente Póliza. Todo paciente Asegurado que se ingrese por un tiempo menor es considerado como de carácter ambulatorio.
- dd. 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.
- ee. Las Partes: Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- ff. 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 debe ser recetado por un Médico y NO puede encontrarse en etapa de ensayo, prueba o investigación.
- gg. 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.
- hh. 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.
- ii. Prima: Es el precio que deberá pagar el Asegurado o el Tomador como contraprestación para que la Aseguradora cubra el riesgo contratado mediante la presente Póliza.
- jj. Periodicidad del Pago de la Prima: Es el momento o frecuencia con la que el Asegurado o Tomador se obligan a realizar el pago de la Prima. Para efectos de esta Póliza, el pago de la Prima debe hacerse de forma total contra entrega de la Póliza.
- kk. Período de Espera: Es el tiempo durante el cual esta Póliza no ampara al Asegurado para una Cobertura o Servicio determinado.
- ll. Poliomiélitis: 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.
- mm. 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, el Certificado 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 de la Póliza y el Certificado de Cobertura.

- nn. 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.
- oo. Proveedor de Servicios Médicos: Médico, Médico cirujano, Cirujano Odontólogo, paramédico, Enfermera, Hospital, Clínica, Laboratorio, Farmacia o Ambulancia.
- pp. Rango y Condición de Aceptación: Consiste en la condición física y médica del Tomador determinada estadísticamente según su Edad. Para efectos de la presente Póliza se establece como edad mínima de ingreso a esta Póliza para el Asegurado el día en que cumple los dos (2) años de edad,.
- qq. 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.
- rr. Padres, Representante o Tutor del Asegurado: Es la persona física que está jurídicamente autorizada 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 legalmente otorgada.
- ss. Servicios Médicos: Aquellos que ofrece un Médico, Médico cirujano, Cirujano Odontólogo, paramédico, Enfermera, Hospital, Clínica, Laboratorio, Farmacia o Ambulancia, para la prevención, mantenimiento o recuperación de la salud de una persona.
- tt. 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.
- uu. 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.
- vv. Suicidio: Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- ww. Suma Asegurada: Es el valor que define el Tomador en el Certificado de Cobertura según el Plan contratado, cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
- xx. Tomador o Contratante: Es la persona física que suscribe la Póliza con la Compañía ya sea a título personal o en representación del Asegurado y que está jurídicamente capacitada para actuar en nombre y representación del Asegurado cuando este sea un menor de edad; para efectos de esta Póliza serán sus Padres, Representante o Tutor del Asegurado.
- yy. 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 cercana, 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

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

Cláusula 5. SUMA ASEGURADA

Es el monto de cobertura determinada por el Tomador según el Plan Contratado, que la Aseguradora se obliga a pagar en caso de Siniestro, según se indica en el Certificado de Cobertura.

En ningún caso, el monto asegurado de todas las pólizas autoexpedibles de Accidentes para Estudiantes o similares adquiridas por un mismo Asegurado con ADISA y vigentes simultáneamente podrá exceder de tres millones de Colones (C\$3.000.000.00) para la cobertura de Muerte Accidental y Coberturas Adicionales. En caso que el Asegurado adquiera más de una Póliza de Accidentes para Estudiantes o bien una Póliza con coberturas similares con la Compañía, se considerará que esa persona está asegurada con arreglo a la Póliza que provee la cantidad mayor de Beneficio. Cuando el Beneficio con arreglo a cada una de tales Pólizas es idéntico, la Compañía considerará que esa persona está asegurada únicamente con arreglo a la primera Póliza emitida; en tal caso, la Compañía devolverá al

Asegurado el cien por ciento de la Prima(s) pagada(s) por la(s) Póliza(s) que ocasionen el excedente del límite mencionado en este párrafo, lo anterior, en un plazo no mayor a quince (15) días naturales.

Cláusula 6. COBERTURAS

La Aseguradora indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las Coberturas que adelante se detallan siempre dentro de los límites y condiciones que se establecen en este documento. Esta Póliza está conformada por todas las coberturas, asistencias y servicios que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado.

Cláusula 7. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

En caso que un Estudiante Asegurado fallezca por o en un Accidente, una vez comprobada la procedencia del siniestro, la Compañía pagará a los Beneficiarios, el valor estipulado en el Certificado de Cobertura para la Cobertura de Muerte Accidental. La Cobertura 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 Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado cumpla al momento de la muerte con el Rango y Condición de Aceptación de la presente Póliza y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Para efectos de la presente Póliza, se entenderá como Muerte Accidental aquella que ocurra durante la vigencia de la Póliza y a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente generador del fallecimiento y siempre que el Accidente haya ocurrido dentro de la vigencia de la presente 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 durante la vigencia de la Póliza o como resultado del mismo Accidente. Una vez que ocurra el fallecimiento del Asegurado, terminarán automáticamente todas las demás coberturas para el Asegurado.

Esta Cobertura será reconocida por la Compañía siempre que el Estudiante Asegurado fallezca por o en un Accidente sin importar la hora, el día o el lugar de su fallecimiento, y de conformidad con los términos y limitaciones de esta Póliza.

Cláusula 8. OTRAS COBERTURAS BÁSICAS

Se entienden por Otras Coberturas Básicas de esta Póliza las siguientes:

- A. Cobertura para Gastos Médicos por Accidente.
- B. Cobertura de Diagnóstico de Cáncer Terminal o Poliomieltitis.
- C. Desmembramiento por Causa Accidental;

Estas Coberturas entrarán en vigencia una vez se haya completado la información solicitada en el Certificado de Cobertura y pagado la Prima establecida según el Plan seleccionado por el Tomador de la Póliza. El beneficio objeto de estas Coberturas se pagará siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado cumpla al momento del accidente con el Rango y Condición de Aceptación de la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Cláusula 9. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

En caso que el Asegurado sufra un Accidente cubierto por esta Póliza, la Aseguradora le pagará los Gastos Elegibles cuyo diagnóstico haya sido realizado por un Médico especialista, indicando que urgentemente requiere atención médica, quirúrgica u hospitalaria, siempre dentro de los términos y condiciones de esta Póliza y hasta por la suma máxima establecida para esta Cobertura en el correspondiente Certificado de Cobertura.

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 directamente los servicios profesionales de un Médico, Hospital o Clínica que no esté afiliado a la Red de Proveedores de la Aseguradora, la

Compañía, reembolsará el valor de los Gastos Médicos cancelados por este, en la forma y con las limitaciones que se definen en la presente Póliza y sin exceder las Sumas Aseguradas establecidas en las Condiciones Particulares. Todo pago se hará al Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor, según corresponda, después de haber pagado el Deducible y/o Coaseguro.

Los Gastos Elegibles por concepto de atención médica, quirúrgica y hospitalaria reconocidos por la Compañía se detallan a continuación:

Honorarios quirúrgicos: Están representados por los Honorarios de los Médicos cirujanos, asistentes y anestelistas causados por una Cirugía que sea 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 requeridos como consecuencia directa de un Accidente. Estas sumas serán indemnizadas por la Compañía considerando los Gastos Médicos de conformidad con el Costo Usual, Razonable y Acostumbrado al momento del Accidente. Para efectos de esta Póliza se excluyen los honorarios profesionales de Médicos u Odontólogos que sean parientes del Estudiante Asegurado en primero o segundo grado de consanguinidad o afinidad.

Gastos de Hospitalización: Están representados por el costo de la habitación, 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 siempre que sean prescritas por un Médico con ocasión del Accidente del 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 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 inmovilizadores, estabilizadores y otros implementos 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 accidentado 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 como consecuencia directa de un Accidente y cumpla con los siguientes parámetros:

- i. La Compañía reembolsará al Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor 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 Asegurado con ocasión del

Accidente en su consultorio habitual. 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, durante la vigencia de esta Póliza, reconocerá al Asegurado o a su Representante el costo de hasta dos (2) servicio de Ambulancia Terrestre utilizados para el traslado del Estudiante desde el sitio del Accidente hasta el centro hospitalario más cercano, siempre que la gravedad del Accidente ocasione una Emergencia o Urgencia, y hasta por el valor establecido en el Certificado Individual de Cobertura.

Los cargos u honorarios 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, 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 Asegurado cumpla al momento del accidente con el Rango y Condición de Aceptación de la presente Póliza, que el siniestro no sea producto de un evento excluido, y que el Asegurado haya pagado la Prima establecida para esta Póliza.

Cláusula 10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO.

En caso de Accidente del Estudiante Asegurado, el Asegurado, su Tutor o su Representante, deberán proceder como se indica a continuación:

- a. Cuando 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.

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 11. 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 en caso que decidan contratar directamente los servicios profesionales de un Médico, Hospital o Clínica que NO esté afiliado a la Red de Proveedores de la Aseguradora, 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 ajeno a la Red de Proveedores de la Aseguradora pueda causarle por su atención o suministro de bienes, aparatos o medicamentos relacionados o no con un Accidente cubierto por esta Póliza.

Cláusula 12. COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER TERMINAL O POLIOMIELITIS.

Si luego de haber transcurrido el Periodo de Espera le es diagnosticada por primera vez la presencia de un Cáncer Terminal 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 Periodo 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 o Poliomiéлитis a que refiere la presente cláusula se establece un Periodo de Espera de sesenta (60) días calendario.

Cláusula 13. COBERTURA DE DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL.

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 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 de Fallecimiento. Cuando se haya adelantado el cien por ciento (100%) de la Suma asegurada de esta cobertura, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado.

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 EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza.

Cláusula 14. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Por ser este un Seguro Autoexpedible, la vigencia de la Póliza será como máximo de un año que inicia a partir del momento en que se da la simple aceptación del Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor, la cual estará indicada

en el Certificado de Cobertura, siempre y cuando se haya pagado la Prima correspondiente.

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

Cláusula 15. PRIMAS

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

Cláusula 16. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la totalidad de la Prima de la presente Póliza ocurrirá al momento mismo de la contratación del seguro con cargo automático en una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque. Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente.

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

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

Cláusula 17. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios por medio de sus Padres, Representante o Tutor para la cobertura de esta Póliza. En caso que el Asegurado fallezca, la indemnización correspondiente a la cobertura de Muerte por Accidente será pagada a favor de los Beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- a) A los hijos legítimos y debidamente reconocidos, 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 alicuota a todos los Beneficiarios del Asegurado;
- b) A falta de los Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alicuota a los abuelos;
- c) A falta de los Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alicuota 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 alicuota a los hijos de los hermanos legítimos o naturales por parte de madre y los hijos de la hermana legítima o natural por parte de madre, los hermanos legítimos de los padres legítimos del Asegurado y los hermanos uterinos no legítimos de la madre o del padre legítimo.
- 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, sus Padres, Representante o Tutor, según corresponda, podrán 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 la muerte del Asegurado y la Compañía pague la indemnización a los Beneficiarios antes indicados o bien los que se encuentren registrados en esta Póliza, 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 en sede Judicial o Notarial, 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 Principal, 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 Principal.

Cláusula 18. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

1. Cumplir con el Rango y Condición de Aceptación en todo momento durante la vigencia de la Póliza.
2. Al momento de suscribir la Póliza **NO TENER CONOCIMIENTO QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES:** Parkinson, apoplejía, epilepsia, osteoporosis o descalcificación de los huesos, paraplejia o artrosis con limitaciones de la funcionalidad de una o más articulaciones de cadera, rodilla o de las articulaciones del tobillo.
3. Completar el Certificado de Cobertura.

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

Cláusula 19. 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. 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.
- b. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.
- c. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.
- d. 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.

- e. La participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor o cómplice;
- f. Castigos corporales impuestos al asegurado por cualquier persona que ejerza sobre él autoridad o mando.
- g. Un ataque de epilepsia, trastorno del sueño, parasomnia, sonambulismo o noctambulismo.
- h. 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.
- i. La participación activa del Estudiante Asegurado en huelgas o riñas.
- j. La participación voluntaria del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos de testeo;
- k. 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.
- l. Intoxicación o envenenamiento por ingesta de productos químicos, naturales o artificiales para el mantenimiento de desórdenes en la alimentación tales como pero no limitados a: bulimia, dibulimia, anorexia, ortorexia, vigorexia o megarexia.
- m. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.
- n. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
- o. Intervenciones quirúrgicas de orden estético.
- p. Parto o abortos de cualquier tipo.
- q. 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 grecorromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido, o tiro al blanco o cacería con arco;
- r. 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.
- s. La práctica o participación del Asegurado en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.
- t. 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;
- u. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;
- v. 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.

Adicionalmente, para la Cobertura de Gastos Médicos por accidente relacionados con la presente Póliza se establecen como exclusiones los gastos incurridos por el Asegurado o su Representante 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.

Cláusula 20. NULIDAD DE LA PÓLIZA

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

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

Cláusula 21. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

- a) Finalice la vigencia de la Póliza.
- b) Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- c) Fallezca el Asegurado.

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

Cláusula 22. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

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

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

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

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

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

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.

Los documentos que el Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor, o los Beneficiarios de esta Póliza, según sea el caso, deberán presentar en el domicilio de la Compañía son los siguientes:

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL

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. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado y/o su relación con sus Padres, Representante o Tutor;
4. Copias de los documentos de identificación de los Beneficiarios.
5. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
6. 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.

b. PARA LA COBERTURA DE DESMEMBRAMIENTO

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 O POLIOMIELITIS.

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 o la Poliomiélitis.

d. PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

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 sus Padres, Representante o Tutor.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ingresó al hospital a causa del Accidente.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. En caso de indemnización por la cobertura de esta Póliza. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas

necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

Cláusula 23. 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 de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de este documento.

Cláusula 24. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

Revisión: El Asegurado, sus Padres, Representante o Tutor podrán solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía o ante el Operador de Seguros Autoexpedibles. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso que la reciba el Operador de Seguros Autoexpedibles, éste la remitirá a la Compañía a la mayor brevedad posible; en todo caso, la Compañía deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha de recepción de dicha solicitud por el Operador de Seguros Autoexpedibles. Cuando el Asegurado o su Representante estén en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrá solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado o su Representante. En caso que no haya interés o no exista acuerdo entre las partes para realizar la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución de controversias establecido en la presente Póliza.

Cláusula 25. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

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

Cláusula 26. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

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

Cláusula 27. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Cláusula 28. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 29. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 30. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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

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

Cláusula 31. DOMICILIO

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

Cláusula 32. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

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

Cláusula 33. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

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

Cláusula 34. CONTROVERSIAS

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

Cláusula 35. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

Certificado de Cobertura

Plan elegido

Póliza No.

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

Datos del Asegurado

Nombre Completo		Sexo	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Documento de Identificación	<input type="text"/>	No. del Documento	<input type="text"/>
Curso o Año Lectivo:	<input type="text"/>		
Dirección Completa:	<input type="text"/>		
Provincia	<input type="text"/>	Cantón	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Distrito	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>

Datos de la Institución o Centro Educativo

Nombre completo					
<input type="text"/>					
Tipo de Entidad:	Escuela <input type="checkbox"/>	Colegio <input type="checkbox"/>	Instituto Técnico <input type="checkbox"/>	Universidad <input type="checkbox"/>	Otro <input type="text"/>
Dirección Completa:	<input type="text"/>				
Provincia	<input type="text"/>	Cantón	<input type="text"/>	Distrito	<input type="text"/>

Datos del Tomador, Padre, Representante o Tutor (cuando el Asegurado es menor de edad)

Nombre Completo		Sexo	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. de Cédula	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>
Dirección Completa	<input type="text"/>		
Provincia	<input type="text"/>	Cantón	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Distrito	<input type="text"/>

CUADRO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

COBERTURAS		PLAN A	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Muerte por causa Accidental		U.M.	U.M.	U.M.	U.M.
Adelanto por Desmembramiento por causa Accidental.	Valor Máximo del adelanto (ver Tabla en las Condiciones Generales de esta Póliza)	U.M.	U.M.	U.M.	U.M.
Gastos Médicos por Accidente.	Valor Máximo asegurado durante la vigencia de esta Póliza.	U.M.	U.M.	U.M.	U.M.
	Deducible específico para esta cobertura	%			
	COASEGURO para esta cobertura	%			
Primer Diagnóstico de Cáncer Terminal, Leucemia o Poliomieltis.	Valor Asegurado para la Cobertura	U.M.	U.M.	U.M.	U.M.
	Período de Espera para esta Cobertura	<i>n</i> días calendario			
Servicio de AMBULANCIA PARA EL ALUMNO en caso de accidente		<i>m</i> servicios durante la vigencia, Hasta x U.M. C/U			
Prima Única para la Vigencia		U.M.	U.M.	U.M.	U.M.

Declaraciones y Advertencias:

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

El abajo firmante, en caso de mi muerte, la muerte de mi hijo o la de mi Representado, autorizo por este medio, a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico,

paramédico o laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo, (ADISA) S.A. información sobre antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de mis historias clínicas, las historias clínicas de mi hijo o de mi representado. Lo anterior con el único propósito de corroborar mi estado de salud, el estado de salud de mi hijo o el de mi representado al momento de diligenciar y al momento de mi reclamación, o las circunstancias de mi fallecimiento, el fallecimiento de mi hijo o el de mi representado..

Declaro haber recibido las Condiciones Generales de esta Póliza.

Para los efectos de lo dispuesto en los artículos 5 inciso 2) de la Ley 8968 de Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales y 196 bis del Código Penal, expresamente autorizo a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. y a cualquier subsidiaria o empresa relacionada para que directamente o indirectamente consulten bases de datos privadas y públicas y tengan acceso a mis datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, con el propósito de verificar o confirmar la información brindada en esta oportunidad y cualquier otra necesaria para la tramitación de diversos productos de seguros y servicios proveídos por estas compañías. Esta autorización comprende también los estudios correspondientes de las sociedades donde yo figure como representante legal. La presente autorización se concede en el entendido que toda la información recopilada será administrada por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. con el carácter confidencial que la Constitución Política y la Ley se lo reconocen.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), S.A.

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

En caso de siniestro comunicarse al: