

# *Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.*

SEGURO COLECTIVO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL EN DÓLARES

**Código de producto: P19-57-A07-629**

Fecha registro: 05-may-15

# SEGURO COLECTIVO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL EN DÓLARES

---

## CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

### SEGURO COLECTIVO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL EN DÓLARES

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

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

**Javier Navarro Giraldo**  
Apodero General

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

**Teléfono: (506) 2228-0483**

[info@adisa.cr](mailto:info@adisa.cr)

## ÍNDICE

Cláusula 1. DEFINICIONES:.....	3	Cláusula 21. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA .....	11
Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO.....	4	Cláusula 22. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO.....	12
Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN .....	4	Cláusula 23. NULIDAD DE LA PÓLIZA .....	12
Cláusula 4. COBERTURAS .....	4	Cláusula 24. RECTIFICACIÓN DE EDAD ....	12
Cláusula 5. SUMA ASEGURADA.....	5	Cláusula 25. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	12
Cláusula 6. EXCLUSIONES .....	5	Cláusula 26. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	12
Cláusula 7. BENEFICIARIOS.....	7	Cláusula 27. TRASPASO O CESIÓN.....	13
Cláusula 8. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.....	8	Cláusula 28. PRESCRIPCIÓN.....	13
Cláusula 9. ACEPTACIÓN DE RIESGO .....	8	Cláusula 29. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	13
Cláusula 11. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	8	Cláusula 30. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	13
Cláusula 12. REGISTRO DE ASEGURADOS..	9	Cláusula 31. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA .	13
Cláusula 13. PRIMA O TARIFA DE SEGURO.....	9	Cláusula 32. CONTROVERSIAS.....	13
Cláusula 14. PAGO DE LA PRIMA.....	9	Cláusula 33. PLAZO DE RESOLUCIÓN .....	13
Cláusula 15. PERIODO DE GRACIA.....	10	Cláusula 34. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES .....	13
Cláusula 16. COMISIÓN DE COBRO.....	10	Cláusula 35. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	13
Cláusula 18. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	10	Cláusula 36. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	14
Cláusula 19. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO .....	10	Cláusula 37. DOMICILIO .....	14
Cláusula 20. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO.....	11	Cláusula 38. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES .....	14

# “SEGURO COLECTIVO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL EN DÓLARES”

## CONDICIONES GENERALES

### Cláusula 1. DEFINICIONES:

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

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera fallecimiento por Accidente aquel ocurrido como resultado de: homicidio culposo, asfixia o intoxicación por vapores o gases, intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, picadura o mordedura de ofidios, mordedura de animales y picaduras de insectos, descargas eléctricas o atmosféricas, quemaduras por fuego, vapor, ácidos o corrosivos, las infecciones virales respecto a las cuales quede comprobado que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la Póliza, o como consecuencia de fenómenos de la naturaleza. **Igualmente y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente el Suicidio o el SIDA.**  
Toda lesión o evento que no esté incluido bajo la anterior definición, no estará cubierto bajo esta Póliza.
- b. **Asegurado:** Es la Persona que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en el Certificado de Cobertura de la misma. Para todos los efectos, el Asegurado es a su vez el Tomador de la Póliza.
- c. **Beneficiario(s):** Persona(s) designada(s) por el Asegurado y/o en un todo de acuerdo con la presente Póliza, a quien(es) se le(s) reconoce el derecho de percibir la totalidad o una porción de la indemnización derivada en esta Póliza, tal y como se indica en el Certificado de Cobertura.
- d. **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.
- e. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización de conformidad con los términos de la presente Póliza.
- f. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- g. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del Fallecimiento por Accidente del Asegurado.
- h. **Factura:** Documento contable emitido por la Compañía donde se establece el valor de la Prima periódica correspondiente a la totalidad de la Póliza.
- i. **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.
- j. **Grupo Asegurable:** Se entenderá que está constituido por todas las personas físicas que reúnen individualmente los requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- k. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, se haya pagado su primera Prima dentro del Período de Gracia y que aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.
- l. **Operador de Seguros Autoexpedibles:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros autoexpedibles convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como tales.
- m. **Plan:** Es la alternativa elegida por el Asegurado en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar.
- n. **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. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro a la Compañía por cada Asegurado, en contraprestación por la cobertura de riesgo objeto de la presente Póliza.
- p. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- q. **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida decretado médicamente, cuyo agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la

inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.

- r. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- s. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria para terminar con su propia vida, que será determinada como tal por la autoridad judicial competente.
- t. **Tabla de Tarifas:** Resumen de las condiciones específicas de cada uno de los Planes que puede seleccionar el Tomador de la Póliza, cuyos costos para las Coberturas de Muerte por Accidente se establecen en función de los elementos estadísticos, actuariales e históricos de accidentes y salud de cada subgrupo etario que conforma el Grupo Asegurado, y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- u. **Tomador:** es la persona física que suscribe la Póliza con la Compañía, a su vez es el Asegurado de la 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. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**

Este contrato corresponde a un seguro colectivo de Accidentes, que podrá ser contratado exclusivamente por el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

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

## **Cláusula 4. COBERTURAS**

Esta Póliza está conformada por todas las coberturas que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado:

- a. **Cobertura por Muerte Accidental:** La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura según el Plan elegido, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de una Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del Accidente. En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" establecida en la presente Póliza.
- b. **Cobertura de Renta Alimenticia Mensual por Muerte Accidental:** La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura según el Plan elegido, por un período de cuarenta y ocho (48) meses consecutivos, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del Accidente. En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" establecida en la presente Póliza.
- c. **Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas:** Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado, su cónyuge e hijos dependientes menores de 21 años que vivan permanentemente con el Asegurado, contarán con los siguientes servicios:
  - 1. **Servicio de Orientación Médica Telefónica:** En caso que el Asegurado requiera información médica, la Compañía le dará este servicio de forma ilimitada durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, con el fin de que pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia o padecimiento. Queda entendido que el servicio se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Los gastos en que incurra el Asegurado producto del servicio correrán por cuenta exclusiva del Asegurado.
  - 2. **Servicio de Referencias Médicas:** En caso que el Asegurado requiera información de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica, la Compañía proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Compañía cuente con la

información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta exclusiva del Asegurado, así mismo los honorarios del médico que atienda al Asegurado y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el Asegurado con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. La Compañía únicamente se limita a proporcionar al Asegurado las referencias de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados.

3. **Servicio de Atención Médica:** En caso de Accidente o Emergencia Médica la Compañía gestionará uno de los siguientes servicios en caso que el Asegurado lo solicite:
  - i. Atención médica a domicilio por un Médico general. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) visitas médicas a domicilio durante el año de vigencia de la Póliza.
  - ii. Traslado Médico Terrestre Por Accidente o Emergencia Médica: En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, o tenga alguna emergencia médica derivada de una enfermedad grave y repentina, la Compañía previa autorización, gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, dentro del territorio de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, la Compañía coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) servicios de traslado médico terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

#### **Cláusula 5. SUMA ASEGURADA**

**La Suma Asegurada máxima para la Cobertura 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.**

En ningún caso, la sumatoria de las Sumas Aseguradas para la cobertura de Renta Alimenticia por Fallecimiento por causa Accidental adquiridas por un mismo Asegurado con la Compañía, bien sea en Pólizas colectivas o autoexpedibles, podrá exceder de treinta mil dólares americanos (US\$30,000.00). En caso que el Asegurado adquiera más de una Póliza de Renta Alimenticia por Fallecimiento por causa Accidental con la Compañía, ésta última considerará que esa persona únicamente está asegurada con arreglo a la Póliza que le provea al Asegurado el mayor beneficio. Cuando el Beneficio con arreglo a cada una de tales Pólizas sea 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 o a sus Beneficiarios 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.

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 Generales y Particulares de la Póliza.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el Contrato de Seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

#### **Cláusula 6. EXCLUSIONES**

**Esta Póliza no cubrirá el siniestro cuando fuere causado por o durante:**

- a. **Una infección bacteriana (excepto aquellas con progenia causadas por medio de una herida o cortadura accidental).**
- b. **Un tratamiento médico o quirúrgico, excepto en aquellos casos en que el tratamiento se haya realizado dentro de los noventa (90) días anteriores al Accidente y con el único propósito de prevenir el fallecimiento del Asegurado accidentado.**
- c. **Una enfermedad de cualquier tipo o clase.**
- d. **Una lesión producto de actos intencionales del Asegurado.**
- e. **El suicidio del Asegurado durante los primeros dos (2) años posteriores a la fecha de su primera inclusión en la Póliza o de cualquier cambio en el Plan que implique un incremento en la Suma Asegurada, sea que el Asegurado estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales.**

- f. Lesiones de arma cortante, cortopunzante o de fuego las que, por cualquier circunstancia sean portadas por el Asegurado al momento de producirse el Accidente mortal.**
- g. Lesiones que resulten de prácticas higiénicas o de otra índole realizadas por el propio Asegurado en su persona (como los actos de aseo, arreglo de las uñas, extirpación de callo).**
- h. Una lesión producida por los Rayos X, Gamma, alfa, beta, laser, radiactivos, catódicos o similares, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos.**
- i. Una lesión producida por alguno de los siguientes elementos químicos: Radio (Ra), Uranio (U), Francio (Fr), Plutonio (Pu), o cualquier materia radioactiva similar ó cuando el Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente, se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas, o bebidas alcohólicas, los efectos de malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, enfermedad del sueño, fiebre amarilla o similares; ni los efectos que sobrevengan al Asegurado debido a su perturbación mental o sonambulismo.**
- j. Un viaje en cualquier vehículo para navegación aérea o artefacto mecánico para los mismos fines, o al caerse del mismo o dentro del mismo o mientras estuviese operando o manejando tal vehículo o artefacto, a menos que, al ocurrir el Accidente, el Asegurado viajare como pasajero con boleto pagado, en avión de una compañía comercial debidamente autorizada y en viaje de itinerario entre aeropuertos establecidos.**
- k. Su participación como piloto o como pasajero en prácticas o carreras de velocidad o de resistencia, o concursos en vehículos a motor en tierra, mar o aire, sean estas legales o ilegales.**
- l. La práctica del paracaidismo, deportes submarinos o navegación en submarinos, o cualquier deporte a nivel profesional.**
- m. La comisión o el intento de cometer un acto ilícito, o mientras esté infringiendo una ley, reglamento u ordenanza.**
- n. Su realización de labores de fumigación agrícola aérea o terrestre.**
- o. Una situación de Guerra Civil o Internacional, Revolución, Insurrección, Usurpación Militar o del Poder, Sedición, Acción Atómica o de Energía Nuclear.**

**Por la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas, no se atenderán solicitudes:**

- a. Sobre conceptos emitidos en consultas médicas, análisis de resultados de exámenes clínicos o de laboratorio, o sobre tratamientos o procedimientos médicos de cualquier índole.**
- b. Sobre vacunas o ingesta de medicamentos o vitaminas.**
- c. Sobre la necesidad u oportunidad de curaciones de reposo, cuidado sanitario o períodos de cuarentena.**
- d. Durante época de epidemias o circunstancias donde el Ministerio Salud Pública determine una declaración oficial de estado de emergencia.**
- e. Durante situaciones de emergencia declarada oficialmente como tal con ocasión de un terremoto, inundación, desastre natural o evento de la naturaleza, radiación, reacción nuclear, guerra (declarada o no), conmoción civil o revolución.**
- f. Durante el traslado del Asegurado de una clínica u hospital a otro centro de atención médica o bien por embarazo o por alta al domicilio.**

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

**Cláusula 7. BENEFICIARIOS**

El Asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios para las coberturas de esta Póliza. En caso que el Asegurado fallezca antes del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza, el Asegurado expresamente acepta en el Certificado de Cobertura que en caso que no indique lo contrario, dicha indemnización será pagada a favor de los Beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- 1) Al 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;
- 2) A falta de Beneficiario establecido en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos del Asegurado;
- 3) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los padres del Asegurado;
- 4) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos y demás ascendientes legítimos del Asegurado;
- 5) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos del Asegurado;
- 6) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos;
- 7) 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 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.**



## **Cláusula 8. OBLIGACIONES DE LAS PARTES**

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

**Obligaciones del Tomador:** El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

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

**Obligaciones del Asegurado:** El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

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

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

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

## **Cláusula 9. 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, o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, de igual forma:

- a) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros, que actúe por nombre y cuenta de la Compañía acepte el riesgo en forma expresa y por escrito, se entenderá por aceptado por parte de la Aseguradora, momento en el que dará inicio la vigencia de la Póliza.
- b) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.
- 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 10. ELEGIBILIDAD**

Para efecto de esta Póliza, son elegibles para ser Asegurados, aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la misma, y que al momento de ingresar a la póliza **NO TENGA CONOCIMIENTO DE QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES:** ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremes o de enajenación mental.

## **Cláusula 11. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS**

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

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 en dicho plazo la Aseguradora no manifiesta por escrito su rechazo a la solicitud de inclusión, se entenderá que el solicitante ha sido aceptado como Asegurado en la Póliza, será incluido por la Compañía 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. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia antes indicado.

## **Cláusula 12. 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, Plan contratado, Suma Asegurada, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas y beneficios, así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

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

- 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, ocupación, fecha de nacimiento, Plan contratado 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 13. PRIMA O TARIFA DE SEGURO**

La Prima o Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y en Certificado de Cobertura según el Plan elegido por el Asegurado, y para su determinación se toma en cuenta la composición general del grupo según la edad, sexo, Suma Asegurada y ocupación, así como los elementos estadísticos, históricos de salud y actuariales de cada sub-grupo etario que conforma el Grupo Asegurado.

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la Póliza la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, 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 14. PAGO DE LA PRIMA**

La responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador o Contratante de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la forma y periodicidad de pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante 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, o bien por transferencia electrónica de dineros directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

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 solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo 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

Si la Póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, el Asegurado podrá realizar el pago de la Prima correspondiente mediante pagos realizados con la misma temporalidad acordada entre el Tomador y la Aseguradora, por adelantado con cargo automático en una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque. **Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente.**

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador o del Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que hayan 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 Tomador o 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 Tomador o del Asegurado.

#### **Cláusula 15. PERIODO DE GRACIA**

Para el pago de la Prima, la Compañía le concede al Tomador o Contratante un Período de Gracia de noventa (90) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrito según se establece en la Cláusula de "ACEPTACIÓN DEL RIESGO" de este documento. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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

#### **Cláusula 16. COMISIÓN DE COBRO**

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

#### **Cláusula 17. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS**

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

- a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva la 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 al Asegurado según corresponda, deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

#### **Cláusula 18. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

- a) Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma.
- b) A solicitud expresa del Asegurado.
- c) Si vencido el Período de Gracia el Asegurado no haya pagado la Prima correspondiente.
- d) A partir del momento en que la Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- e) 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 en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la finalización anticipada de la Póliza.

#### **Cláusula 19. 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 dicho Asegurado;
3. El Tomador no pague la Prima de Seguro en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considerará vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada. Con el fin de que aplique la anterior terminación, la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros;
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 o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura

#### **Cláusula 20. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO**

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite ante el Operador de Seguros Autoexpedibles con el cual adquirió la Póliza, o también podrá(n) presentarlo en las oficinas de la Compañía, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el Siniestro.

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

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

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

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
4. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
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;
7. Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

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

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

#### **Cláusula 21. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

La Compañía podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la renovación de la misma, las cuales se deberán informar al Tomador con total claridad y con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Tomador o Contratante dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que la Compañía informa sobre dichas modificaciones, para

manifiestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la Prima, esta Póliza se tendrá por renovada automática e indefinidamente por un período igual, caso contrario, se tendrá por no renovada.

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

En caso que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador bajo su entera responsabilidad, lo comunicará de inmediato a los Asegurados para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador para que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éste.

Una vez entrada en vigencia la Póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares de la Póliza deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador.

#### **Cláusula 22. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO**

Se podrán incluir o retirar Asegurados en esta Póliza en cualquier momento dentro de la vigencia de la misma, siempre que la fecha de terminación de la vigencia para el nuevo asegurado no sea superior a la fecha de expiración de la Póliza. En todo caso, la cobertura opera 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.

**EN CASO QUE LA PÓLIZA NO FUERE RENOVADA, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.**

#### **Cláusula 23. NULIDAD DE LA PÓLIZA**

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

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

#### **Cláusula 24. RECTIFICACIÓN DE EDAD**

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

#### **Cláusula 25. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO**

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

#### **Cláusula 26. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

LA INFORMACION QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA POR EL ASEGURADO SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO PODRÁ SER REVELADA A TERCEROS, SALVO AUTORIZACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL

ASEGURADO EN LO QUE REFIERE A SU INFORMACIÓN PERSONAL, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

**Cláusula 27. TRASPASO O CESIÓN**

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

**Cláusula 28. PRESCRIPCIÓN**

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

**Cláusula 29. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS**

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

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

**Cláusula 30. 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 de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

**Cláusula 31. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA**

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

**Cláusula 32. 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 33. 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".

**Cláusula 34. 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 35. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO**

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

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

**Cláusula 36. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD**

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

**Cláusula 37. 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 38. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES**

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

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

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 \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

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

Solicitud N°

Fecha de presentación:

Ciudad:

**1. DATOS DEL TOMADOR O CONTRATANTE**

Nombre del Contratante:

Tipo de Identificación:

No. De Identificación:

Labor que desarrolla el Contratante:

**2. DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES Y/O AVISOS AL TOMADOR O CONTRATANTE**

Dirección:

País:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Correo Electrónico

Teléfono:

Fax:

Medio para Recibir Notificaciones: Dirección

Fax

Correo Electrónico

**3. DATOS DE COBERTURAS Y SERVICIOS SOLICITADOS**

		Plan A	Plan B	Plan C	
<b>SUMA ASEGURADAS y PERÍODOS DE ESPERA</b>	Cobertura por FALLECIMIENTO por causa ACCIDENTAL	Indemnización al momento del fallecimiento por causa Accidental.			
		Adicionalmente, Renta Alimenticia MENSUAL durante cuarenta y ocho meses (48)			
		Período de Espera	NO	NO	NO
	Cobertura por FALLECIMIENTO por ENFERMEDAD	Indemnización al momento del fallecimiento por causa Accidental.			
		Adicionalmente, Renta Alimenticia MENSUAL durante cuarenta y ocho meses (48)			
		Período de Espera	días	días	días
Servicios	Ambulancia Terrestre para emergencias y Visitas de Médico General a Domicilio	dos (2) Servicios durante la vigencia			
	Servicio de Orientación Médica Telefónica	Ilimitado durante la vigencia del certificado			

**4. DATOS DE LA SOLICITUD**

Inicio de Vigencia Propuesto: / /

Terminación de Vigencia Propuesto: / /

Grupo Asegurable:

Cantidad de Asegurados al Inicio Vigencia:

Modalidad de Contratación: Contributiva

%

No Contributiva

**5. DATOS DE LA PRIMA Y COBRO**

Periodicidad de Cobro:

Canal de Cobro:

Forma para recibir Recibo:  e-mail  Fax  Apartado

Tarjeta/Banco:

Prima anual estimada para la Póliza:

**6. MONEDA DE LA PÓLIZA**

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

**7. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

Como Solicitante, declaro que la Aseguradora me ha notificado que el texto de las **CONDICIONES GENERALES** del producto: "Seguro Colectivo de Renta Alimenticia por Muerte Accidental en Dólares" se encuentran a mi disposición en la página web de la SUGESE, y que los puntos relevantes de dicho documento me han sido explicados con la claridad suficiente para tomar la mejor decisión en cuanto refiere a la contratación de este seguro. Igualmente declaro que la Aseguradora ha puesto a mi disposición las cifras y documentos públicos que he solicitado, y que considero necesarios para determinar la capacidad financiera de la Compañía, experiencia y respaldo que le permitirán atender las obligaciones adquiridas en el "Seguro Colectivo de Renta Alimenticia por Muerte Accidental" que pudiéramos suscribir en caso de ser aceptada esta solicitud por la Aseguradora.

**8. DECLARACIÓN**

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

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

\_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_.

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A  
Torre Banco General, Escazú, 4to. Piso

Teléfono: (506) 2228-4850

Línea Gratuita: 800-xxxxxxx  
mail: info@adisa.cr