

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

**Seguro Autoexpedible Cáncer de Mama
en Dólares**

Código de producto: P20-62-A07-391

Fecha de registro: 20-set-12

Oficio de solicitud de registro: ADISA-134-2012

"SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE CÁNCER DE MAMA EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES

Cláusula 1. CONTRATO

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

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

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

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

Cláusula 3. DEFINICIONES:

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

- a. **Asegurada:** Es la persona física de género femenino, que en si misma está expuesta, y sobre quien la Compañía asume el riesgo de Diagnóstico de cáncer femenino específico de seno o de mama, el cual se individualiza expresamente en el Certificado de Cobertura.
- b. **Beneficiario:** el Beneficiario de esta Póliza será exclusivamente la misma Asegurada.
- c. **Cáncer de Mama o Seno:** Se entiende como la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas en el seno o mama de la mujer.
- d. **Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha en la que la Asegurada toma la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- e. **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 la Asegurada paga una Prima a la Aseguradora.
- f. **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 con la Asegurada y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- g. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.
- h. **Disputabilidad (período de):** Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores de la Asegurada y no declaradas por ella (reticencia o declaraciones inexactas). Transcurrido este plazo, la Compañía sólo tendrá esa facultad en el caso que la Asegurada hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad es de dos (2) años contados a partir de la fecha de expedición del Certificado de Cobertura.
- i. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por la Asegurada más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- j. **Edad Máxima de Cobertura:** Es la edad máxima que puede tener una Asegurada para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Luego de esta edad la cobertura se considera terminada para la Asegurada y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima por dicha Asegurada. Para efectos del presente documento la Edad Máxima de Cobertura es de setenta (70) años.

- k. Enfermedades Preexistentes o Anteriores:** Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte a la Asegurada, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la firma del Certificado de Cobertura; 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 adquisición de la Póliza.
- l. Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado por la Compañía y que puede utilizar la Asegurada 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.
- m. Médico:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y deberá demostrar una experiencia mínima de tres (3) años como Médico. Sin perjuicio de lo anterior el Médico en ningún caso podrá ser la Asegurada, su cónyuge o algún miembro cercano de su familia o persona que conviva con ella, independientemente de que sea un Médico especialista.
- n. Operador de Seguros Autoexpedibles:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros autoexpedibles convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) como tales.
- o. Plan Contratado:** Alternativa seleccionada por la Asegurada en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por dicho plan.
- p. Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales y el Certificado de Cobertura.
- q. Prima:** Es el precio que deberá pagar la Asegurada como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.
- r. Rango de Aceptación:** Edad comprendida entre la edad mínima y edad máxima que debe tener una persona física para poder tomar la póliza. Para efectos de la presente Póliza se establece como edad mínima de ingreso a esta Póliza para la Asegurada los diez y ocho (18) años de edad cumplidos, y la edad máxima de ingreso a esta Póliza para la Asegurada los sesenta y cuatro (64) años.
- s. 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.
- t. Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad de la Asegurada que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada seleccionada en el contrato.

Cláusula 4. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

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

Cláusula 5. SUMAS ASEGURADAS

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

Cláusula 6. COBERTURA

La Aseguradora pagará el monto asegurado contratado para esta cobertura, en un solo pago y una vez que se acredite la presencia de cáncer o neoplasia maligna en la Asegurada mediante primer diagnóstico de Cáncer de Mama o Seno en etapa médica IIA o superior.

Para efectos de la presente póliza se comprobará el diagnóstico positivo de cáncer o neoplasia maligna y su etapa médica, únicamente mediante evidencia de células malignas en material histológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada mediante

biopsia, cuyo resultado deberá ser certificado en original escrito y firmado por un Médico especialista en oncología. Igualmente, se consideran las etapas médicas para el Cáncer de Mama o Seno como se describe a continuación:

Etapa	DESCRIPCIÓN
I	Tumor localizado que presenta los cambios característicos de carcinoma "in situ", encapsulado o considerado por histología como premaligno.
IIA	Tumor con metástasis a ganglios solo axilares.
IIB	Tumor con metástasis a ganglios ipsolaterales
IIIA	Tumor con metástasis a ganglios y a otras estructuras.
IIIB	Tumor cualquier tamaño con metástasis distales.
IV	Tumor metástasis grado terminal.

Cláusula 7. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente el reclamo por un Siniestro acaecido, específicamente el diagnóstico de Cáncer de Seno o Mama, 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 a la Asegurada, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Cláusula 8. PRIMA

La Prima que se establece para esta Póliza es la que se detalla en el Certificado de Cobertura según el Plan elegido por la Asegurada dependiendo de su edad y del valor asegurado.

Cláusula 9. PAGO DE LA PRIMA

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

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud de la Asegurada durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si 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 la Asegurada 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 de la Asegurada.

Cláusula 10. PERIODO DE GRACIA

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



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

Cláusula 11. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD / ELEGIBILIDAD

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

1. Ser persona física de género femenino.
2. Tener entre dieciocho (18) y sesenta y cuatro (64) años de Edad.
3. **Al momento de suscribir la póliza NO TENER CONOCIMIENTO de padecer cualquier tipo de cáncer en cualquiera de sus etapas, o HIV o SIDA en cualquiera de sus etapas incluyendo la de "portadora del virus", o sufrir o haber sufrido ataques de delirium tremes o enajenación mental.**
4. Completar el Certificado de Cobertura.

Cláusula 12. BENEFICIARIOS

El beneficio de pago de la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura para Cáncer de Mama o Seno será pagado única y exclusivamente a la Asegurada, por lo que la Aseguradora no atenderá las reclamaciones que se presenten con posterioridad a la fecha de fallecimiento de la Asegurada. Se entiende por presentada la reclamación aquella que cumpla en su totalidad con los requerimientos establecidos en la Cláusula 17. PROCEDIMIENTO PARA LA RECLAMACIÓN del presente documento. Si la Asegurada fallece luego de haber dado cumplimiento a los requerimientos establecidos en la Cláusula de "PROCEDIMIENTO PARA LA RECLAMACIÓN", pero la Aseguradora no le ha realizado el pago correspondiente a este beneficio, el mismo será pagado a los herederos de la Asegurada según se indique mediante resolución por parte de un juez civil de conformidad con la legislación aplicable.

Para efecto de lo anterior, la Asegurada deberá informarle a la Compañía cualquier cambio de su domicilio a efecto de recibir las notificaciones aquí indicadas.

Cláusula 13. PERIODO DE CARENCIA

Si a la Asegurada le es diagnosticado Cáncer de Mama dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de inicio de la vigencia, la Aseguradora no amparará la reclamación.

Cláusula 14. EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los riesgos y por lo tanto la Compañía no será responsable del pago de la indemnización señalada cuando la enfermedad diagnosticada de que se trate, sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- a. **Sometimiento de la Asegurada a radiación permanente, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.**
- b. **Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.**
- c. **Cuando el Cáncer de Mama o Seno corresponda a alguna de las siguientes patologías:**
 - 1) **Tumor localizado que presenta los cambios característicos de carcinoma "in situ", encapsulado o considerado por histología como premaligno;**
 - 2) **Carcinoma de la piel, carcinoma basocelular, células escamosas, hiperqueratosis.**
- d. **Cuando el cáncer cuyo estudio diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la contratación de la póliza o durante el período de carencia.**

Cláusula 15. 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 de la Asegurada, 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 de la Asegurada, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere muto engaño, la Asegurada 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 a la Asegurada, 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 16. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. Finalice la vigencia de la Póliza.
2. A solicitud expresa de la Asegurada.
3. Si Vencido el Período de Gracia la Asegurada no ha pagado la Prima correspondiente.
4. La Asegurada al momento de la renovación, tenga sesenta y nueve (69) años cumplidos.
5. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
6. Fallezca la Asegurada o se pague la Cobertura objeto de la presente Póliza.

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

Cláusula 17. PROCEDIMIENTO PARA LA RECLAMACIÓN.

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, la Asegurada deberá 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 la Asegurada 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 a la Asegurada y al Operador de Seguros Autoexpedibles en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

La Asegurada 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 del reclamo, la Asegurada deberá presentar los requisitos que se establecen a continuación:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora;
2. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento de la Asegurada;
3. Fotocopia de la cédula de identidad de la Asegurada por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
4. Diagnóstico escrito firmado por el Médico tratante.
5. Original escrito y copia del resultado de la patología realizado a la biopsia localizada de la Asegurada firmado por un Médico especialista en oncología.

La Compañía tendrá el derecho a que un Médico especialista de su elección examine a la Asegurada y éste acepte o rechace el dictamen médico aportado por la Asegurada. Los honorarios de este Médico examinador serán pagados por la Compañía.

En caso que la Compañía rechace el reclamo como consecuencia de dicho examen, la Asegurada podrá ejercer las acciones correspondientes de conformidad con lo que se establece en la presente Póliza.

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 Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales a la Asegurada.

Cláusula 18. 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 la Asegurada presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula de "PROCEDIMIENTO PARA LA RECLAMACION".

Cláusula 19. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía le comunicará por escrito a la Asegurada cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: La Asegurada puede solicitar la revisión de su reclamo 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.

En caso que la Asegurada esté en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrán solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por la Asegurada. 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 20. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

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

Cláusula 21. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

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

Cláusula 22. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Cláusula 23. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 24. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 25. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De acuerdo con la Ley No. 8204, la Asegurada 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 la Asegurada. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

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

Cláusula 26. DOMICILIO

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

Cláusula 27. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza, serán remitidas por la Compañía directamente la Asegurada, 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.

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

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para la presentación de reclamos las demás comunicaciones de la Asegurada a la Compañía, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

Cláusula 28. 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 de la Asegurada.

Cláusula 29. 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 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 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° P20-62-A07-391 de fecha 20 de Septiembre de 2012.

Seguro Autoexpedible de Cáncer de Mama en Dólares

Certificado de Cobertura

Plan elegido Edad (en años) Póliza No.

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

Datos de la Asegurada

Nombre Completo Sexo Fecha de Nacimiento

No. de Cédula Teléfono Correo Electrónico

Dirección Completa

Provincia Cantón Distrito

	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
SUMA ASEGURADA				
Prima MENSUAL para edad entre 18 y 29 años:				
Prima MENSUAL para edad entre 30 y 39 años:				
Prima MENSUAL para edad entre 40 y 49 años:				
Prima MENSUAL para edad entre 50 y 64 años:				

Declaraciones y Advertencias:

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

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

Declaro haber recibido las Condiciones Generales de esta Póliza.

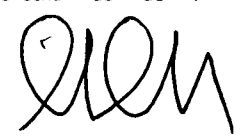
Lugar y fecha

Firma del Asegurado

ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), S.A.

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

En caso de siniestro comunicarse al





Cédula Jurídica: 3-101-619800 www.adisa.cr
 Teléfono: (506) 2228 -4850 info@adisa.cr
 400 mts oeste de Tony Romas de Escazú,
 Ed. Banco General - Stewart Title, 4to piso

RECIBO No.
RECIBO DE CAJA

Original: Cliente

Recibi de : _____ Fecha: _____ Hora: _____

La suma de: _____

Forma de Pago			Total
Tipo	Banco/Emisor	Nº. Documento	Moneda Valor

Facturas Canceladas					Total		
Nº. Factura	Producto.	Nº. Póliza	Intermediario	Fecha inicio vigencia Póliza	Fecha final vigencia Póliza	Moneda	Valor

NOTA: 1) ESTE RECIBO NO ES VALIDO SI NO ESTA FIRMADO Y SELLADO POR EL AGENTE O CAJERO
 2) LA ACEPTACIÓN DE ESTE PAGO NO IMPLICA RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA SI SU POLIZA ESTÁ CANCELADA O NO ESTA VIGENTE.
 *Autorizado mediante resolución Nº. 11-97 publicada en La Gaceta Nº. 171 del 5 de setiembre de 1997"

Cobrador



Cédula Jurídica: 3-101-619800 www.adisa.cr
 Teléfono: (506) 2228 -4850 info@adisa.cr
 400 mts oeste de Tony Romas de Escazú,
 Ed. Banco General - Stewart Title, 4to piso

RECIBO No.
RECIBO DE CAJA

Duplicado: Aseguradora

Recibi de : _____ Fecha: _____ Hora: _____

La suma de: _____

Forma de Pago			Total
Tipo	Banco/Emisor	Nº. Documento	Moneda Valor

Facturas Canceladas					Total		
Nº. Factura	Producto.	Nº. Póliza	Intermediario	Fecha inicio vigencia Póliza	Fecha final vigencia Póliza	Moneda	Valor

NOTA: 1) ESTE RECIBO NO ES VALIDO SI NO ESTA FIRMADO Y SELLADO POR EL AGENTE O CAJERO
 2) LA ACEPTACIÓN DE ESTE PAGO NO IMPLICA RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA SI SU POLIZA ESTÁ CANCELADA O NO ESTA VIGENTE.
 *Autorizado mediante resolución Nº. 11-97 publicada en La Gaceta Nº. 171 del 5 de setiembre de 1997"

Cobrador

[Handwritten signature]

FORMULARIO PARA RECLAMACIÓN POR CÁNCER DE MAMA O SENO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN: _____

Nº DE IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE RECLAMACIÓN: (DD MM AA): / /

NOMBRE DE LA ASEGURADA: _____

Nº DE IDENTIFICACIÓN DE LA ASEGURADA: _____

FECHA DE NACIMIENTO DE LA ASEGURADA: (DD MM AA): / /

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA: (DD MM AA): / /

FECHA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA O SENO: (DD MM AA): / /

NOMBRE DEL MÉDICO QUE DICTAMINO EL CÁNCER DE MAMA O SENO DE LA ASEGURADA: _____

CLÍNICA DONDE FUE ATENDIDA LA ASEGURADA POR CUALQUIER CAUSA EN LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS: _____

FECHA APROXIMADA DE INGRESO A UN HOSPITAL O CLÍNICA POR CUALQUIER CAUSA EN LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS (DD MM AA): / /

DOCUMENTOS APORTADOS:

FOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DE LA ASEGURADA (DOS CARAS) SI NO

CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN SI NO

DEL ASEGURADO:

COPIA CERTIFICADA DEL HISTORIAL CLÍNICO DEL ASEGURADO: SI NO

ORIGINAL Y COPIA DEL DIAGNÓSTICO MEDICO DE CÁNCER DE MAMA SI NO

ORIGINAL Y COPIA DEL RESULTADO DE PATOLOGÍA (BIOPSIA) FIRMADO SI NO

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RECLAMANTE

Nº DE IDENTIFICACIÓN

