

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

Seguro Autoexpedible de Renta Diaria por Hospitalización AE en Colones

Código de producto: P20-67-A07-481

Fecha de registro: 28-oct-13

Oficio de solicitud de registro: ADISA -255-2013

"SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN COLONES"



CONDICIONES GENERALES

Cláusula 1. CONTRATO

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

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

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

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado 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 se presenten discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales. En caso que el Tomador ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

Cláusula 3. DEFINICIONES:

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

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente lo siguiente: La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. Igualmente y para efectos de la presente Póliza, NO se considera Accidente el Suicidio o el SIDA.
- b. **Ambulancia Terrestre:** Vehículo de transporte terrestre de emergencia, especializado, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades graves.
- c. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya integridad la Compañía asume el riesgo de su Hospitalización por cualquier causa, el cual se individualiza expresamente en el Certificado de Cobertura de la misma.
- d. **Cobertura:** Para efectos del presente Contrato, es el riesgo que está cubierto por la Póliza contratada con todas sus limitaciones y exclusiones, por el cual el Asegurado paga una Prima a la Aseguradora.
- e. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE"), y es quien suscribe con el Asegurado y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- f. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.
- g. **Carencia (Período de):** Número de Días Completos, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, durante los cuales el Asegurado no tiene derecho a recibir la Renta Diaria por Hospitalización objeto de esta Póliza, que aparece en el Certificado de Cobertura.
- h. **Día Completo:** Veinticuatro (24) horas continuas.
- i. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- j. **Enfermedad:** Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, patología, incapacidad, lesión o dolencia cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuado por un Médico.
- k. **Enfermedades Preexistentes o Anteriores:** Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia que afecte o haya afectado al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de expedición de esta Póliza.

- i. Espera (Período de) Número de Días Completos, contados a partir de la fecha y hora de ingreso al Hospital, Clínica o Centro Médico, durante los cuales el Asegurado no tiene derecho a recibir el beneficio de la Renta Diaria por Hospitalización objeto de esta Póliza, y que se establecen en el Certificado de Cobertura. Aplica para toda y cada Hospitalización del Asegurado.
- m. Hospital, Clínica o Centro Médico: Es todo establecimiento público o privado legalmente autorizado y en capacidad y funcionamiento para la Hospitalización y el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que cuenta con un Médico residente y asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día, cuyas instalaciones y facilidades son aptas y aprobadas para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas en su quirófano y con su equipo de rayos X propio. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, sanatorio de recuperación, instalación o casa de salud para convalecientes, para rehabilitación, de cuidado extendido, instituto hidroterápico, clínica de métodos curativos naturales, o Institución Mental.
- n. Hospitalización: Utilización durante al menos un (1) Día Completo de los servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en un Hospital, Clínica o Centro Médico por un Asegurado que se registre como paciente por prescripción de un Médico.
- o. Hospitalizaciones Recurrentes: Son aquellas originadas en el mismo Accidente o Enfermedad, resultantes de causas iguales o que estén relacionadas directamente con las de una Hospitalización por la cual el Asegurado ya recibió un pago por concepto de Renta Diaria por Hospitalización parte de la Compañía con arreglo a su Plan, que comienzan dentro de los doce (12) meses siguiente a la Hospitalización original y durante la vigencia definida en el correspondiente Certificado de Cobertura. Por aclaración, se considerará como Hospitalización Recurrente aquella que ha ocurrido a causa de una misma Enfermedad, o que ha resultado del mismo Accidente, en un período no mayor a doce (12) meses, que para la determinación del Período Máximo de Beneficio y del Valor Máximo pagadero con arreglo a esta Póliza se considera parte de la Hospitalización original. Se considerarán como Hospitalizaciones No-Recurrentes o Separadas las Hospitalizaciones que no se encuentran dentro de un mismo período de doce (12) meses o más, y no se considerará que éstas han ocurrido durante el mismo período de Enfermedad o que han resultado de un mismo Accidente con el propósito de determinar el Período de Beneficios pertinentes y el Valor Máximo pagadero con arreglo a esta Póliza.
- p. Institución Mental: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado y en capacidad y funcionamiento para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o de subnormalidad psíquica, psiquiátrica o mental, así como el departamento psiquiátrico de un hospital, una unidad especial de un Hospital o cualquier lugar utilizado para el tratamiento de personas adictas a las drogas o al alcohol.
- q. Médico: Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica el cual deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Sin perjuicio de lo anterior, el Médico en ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- r. Operador de Seguros Autoexpedibles: Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la distribución de productos de seguros autoexpedibles convenidos que se encuentren registrados ante la SUGESE como tales.
- s. Plan Contratado: Alternativa seleccionada por el Tomador en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura, la Prima a pagar por dicho Plan, el Período de Deducible y el Período de Espera.
- t. Póliza o Contrato de Seguro: Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales y el Certificado de Cobertura o Condiciones Particulares.
- u. Prima: Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra el riesgo contratado mediante la presente Póliza.
- v. Prima No Devengada: Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- w. SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en sus 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 con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o variantes que incluyan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H. y el Complejo Relacionado con SIDA (CRS), en cualquiera de sus estados incluyendo la etapa de portador del virus.
- x. Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.

- y. Urgencia o Emergencia Médica: Situación en la que una persona, en razón a un Accidente o a una Enfermedad se encuentra repentinamente en estado grave de salud, de manera que, a su juicio o el de una persona adulta, si no es atendido clínicamente en forma inmediata, corre peligro su vida o la función de alguno de sus órganos.

Cláusula 4. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

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

Cláusula 5. SUMA ASEGURADA

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

En ningún caso, la sumatoria de las Sumas Aseguradas de las coberturas de seguros autoexpedibles de Renta Diaria por Hospitalización adquiridas por un mismo Asegurado con ADISA podrá exceder de ciento cincuenta mil colones (₡150.000.00) por día de Hospitalización. En caso que el Asegurado adquiera más de una Póliza de Renta Diaria por Hospitalización o similar con la Compañía, ésta 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 el cien por ciento de la Prima(s) pagada(s) por la(s) Póliza(s) que ocasionen el excedente del límite mencionado en este párrafo, lo anterior, en un plazo no mayor a quince (15) días naturales.

Cláusula 6. COBERTURAS

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

- a. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización: Una vez cumplido el Período de Espera definido para esta Póliza en la Cláusula "PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODOS DE ESPERA", cuando el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de una Enfermedad amparada por esta Póliza y diagnosticada por primera vez dentro del período de vigencia que aparece en el Certificado de Cobertura, la Aseguradora le pagará a él o a quien él autorice, la Suma Asegurada para esta Cobertura que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días. De igual manera, cuando el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de un Accidente amparado por esta Póliza de forma inmediata o bien dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo Accidente, la Aseguradora le pagará a él o a quien él autorice, la Suma Asegurada para esta cobertura que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de ciento ochenta (180) días. En cualquier caso, sea Hospitalización por Enfermedad o por Accidente, ésta debe haber sido diagnosticada por un Médico y durante el tiempo de la Hospitalización el Asegurado debe haber permanecido bajo el cuidado y asistencia constante de un Médico. El Período de Espera se aplica para cada Hospitalización.

Para determinar la indemnización, se multiplicará el valor establecido como Renta Diaria por Hospitalización según el Plan Contratado, por el número de Días Completos que permanezca hospitalizado el Asegurado, restándose el número de días correspondientes al Período de Espera definido en el Certificado de Cobertura.

- b. Cobertura de Asistencias: Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado contará con los siguientes servicios de asistencia que aplicarán únicamente en el territorio costarricense y con las limitaciones territoriales que en ésta Póliza establecen, siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación de los mismos:

1. Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas:

- a. Servicio de Orientación Médica Telefónica: Este servicio es ilimitado y aplica durante las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, para que el Asegurado pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia, malestar físico o enfermedad. Queda entendido que el servicio se prestará únicamente como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Todos los gastos en que incurra el Asegurado por servicios médicos de cualquier tipo relacionados con esta orientación correrán por cuenta del Asegurado.

- b. Traslado Médico en Ambulancia Terrestre por Accidente o Emergencia Médica: En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran

Hospitalización, o se enfrente a una Emergencia Médica derivada de una Enfermedad de índole grave y repentina, la Compañía -previa autorización- por medio de la Empresa de Asistencias gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en Ambulancia Terrestre hasta el Hospital, Clínica o Centro Médico más cercano, dentro del territorio costarricense, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita; en caso de no existir, la Compañía o la Empresa de Asistencias coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio se limitará a dos (2) servicios de traslado médico en Ambulancia terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

2. Indicación, consulta y localización de mejores precios de medicamentos y farmacias:

Prevía solicitud telefónica del Asegurado, la Compañía por medio de la Empresa de Asistencias, realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del Asegurado y le transmitirá ésta información vía telefónica. Queda entendido que este servicio es meramente informativo sobre y se prestará únicamente como una orientación sobre el mejor precio de un medicamento y en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. De igual forma no hace referencia a la calidad de los puntos de venta o de los medicamentos que dichos puntos vendan. El costo de cualquier tratamiento y los gastos de adquisición relacionados con los medicamentos correrán por cuenta y responsabilidad del Asegurado. Este servicio de indicación, consulta y localización de mejores precios se prestará al Asegurado sin costo alguno y sin límite de eventos por año.

3. Información y orientación nutricional vía telefónica.

Prevía solicitud telefónica del Asegurado, cuando éste requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia de alimentación, la Compañía por medio de la Empresa de Asistencias lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en nutrición, exclusivamente con el fin de brindarle consejos básicos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, y alimentos que se deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a lactosa. El costo de los alimentos así como de cualquier tratamiento relacionado con nutrición o desordenes en la alimentación correrán por cuenta y responsabilidad del Asegurado. Este servicio se prestará al Asegurado sin costo y sin límite de eventos por año.

4. Agenda y avisos para la ingesta puntual de medicamentos después de la Hospitalización

Prevía solicitud telefónica del Asegurado, la Compañía por intermedio de la Empresa de Asistencias, luego de una Hospitalización del Asegurado superior a cuarenta y ocho horas (48), registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del Asegurado, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos. El presente servicio se prestará al Asegurado sin costo y sin límite de eventos. Queda claro que el Asegurado será el responsable de indicarle a la Empresa de Asistencias las fechas y horas para la agenda y que dicho servicio será únicamente como orientación y ayuda al Asegurado. Ni la Empresa de Asistencia de la Compañía asumen responsabilidad alguna en caso que el Asegurado haga caso omiso a la ingesta del medicamento o que bien éste no sea localizable debido a problemas de comunicación, notificación, ubicación u otros ajenos a la Empresa de Asistencias.

Cláusula 7. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

Cláusula 8. PRIMAS

La Prima que se establece para esta Póliza es la que se detalla en el Certificado de Cobertura según el Plan Contratado por el Asegurado. La prima para cada Plan es la que corresponde a la edad alcanzada por el Asegurado al momento del inicio de la vigencia de la Póliza.

Cláusula 9. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la Prima de la presente Póliza será de pago fraccionado debiendo hacerse los pagos mensualmente por adelantado con cargo automático en una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante

cheque. Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente.

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

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

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

Cláusula 10. PERIODO DE GRACIA

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

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

Cláusula 11. PERÍODO DE CARENIA Y PERÍODOS DE ESPERA

Para obtener los beneficios que otorga la presente Cobertura, el Asegurado deberá completar el Período de Carencia según sea que la Hospitalización haya sido originada en una Enfermedad o en un Accidente. Para efecto de la presente póliza se establece un Período de Carencia de treinta (30) días calendario para la primera Hospitalización del Asegurado originada en una Enfermedad. En caso de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, el Período de Carencia no aplica. En todo caso, para cualquier Hospitalización del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, la Aseguradora aplicará un Período de Espera de un Día Completo. Es decir, el pago de la Renta Diaria por Hospitalización empezará a cubrir a partir del momento en que haya estado más de las veinticuatro (24) horas en el Hospital, Clínica o Centro Médico.

De igual manera, para obtener los beneficios que otorga la presente Cobertura el Asegurado deberá completar un período de Espera según sea que la Hospitalización haya sido originada en una Enfermedad o en un Accidente. Para efecto de la presente póliza se establece un Período de Espera de un día (1) días calendario para la cualquier Hospitalización del Asegurado sin importar el origen de la misma.

Cláusula 12. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios para la cobertura de esta Póliza. En caso que el Asegurado fallezca antes del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza, la indemnización será pagada a favor de los Beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

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

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá modificar los Beneficiarios de esta Póliza, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, utilizando el formulario "Solicitud de Modificación de Beneficiarios" establecido para tal fin y suministrado por la Compañía. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega del anterior formulario en las oficinas de la Compañía. En caso que ocurra la muerte del Asegurado y la Compañía pague la indemnización a los Beneficiarios antes indicados o bien los

que se encuentren registrados en esta Póliza, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a la Compañía con anterioridad a la ocurrencia del Siniestro. La designación, revocación o sustitución de Beneficiarios será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho.

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

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

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

Cláusula 13. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

1. Completar el Certificado de Cobertura.

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

Cláusula 14. EXCLUSIONES

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

- a. Enfermedades Preexistentes o Anteriores;
- b. SIDA o S.I.D.A.

(1) Para efectos de esta exclusión, se consideran también las Infecciones oportunistas que incluyan, pero que no estén limitadas a pulmonía, virus de enteritis crónica o bacteriana, neoplasma maligno, tumores, linfomas del Sistema Nervioso Central, y/u otras condiciones malignas no conocidas o que se determinen como causantes de la Hospitalización o muerte en presencia del Síndrome de Inmundo Deficiencia Adquirida.

(2) Para efectos de esta exclusión, el término Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida debe contener los significados asignados por la Organización Mundial de la Salud, a la fecha de la hospitalización del Asegurado.

- c. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- d. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, radiación, reacción atómica, guerra bacteriológica, y sus complicaciones.
- e. Una Enfermedad diagnosticada por primera vez fuera del período de vigencia de la Póliza, o por un Accidente ocurrido fuera de la vigencia de la Póliza o cuando la primera atención médica con posterioridad a un Accidente se realice después de los primeros treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.
- f. Una Accidente ocurrido durante la prestación de sus servicios como miembro de cualquier cuerpo militar, de policía o de seguridad o vigilancia pública o privada.
- g. Participación activa o como promotor de un motín, rebelión, insurrección civil o militar, revolución o alborotos populares, huelgas, riñas o actos delictivos.
- h. Inmersión submarina de cualquier tipo.
- i. Intervenciones quirúrgicas por complicación derivada de un tratamiento médico o quirúrgico practicado en cualquier momento.
- j. Un Accidente de cualquier tipo sufrido en estado alcohólico, o bajo los efectos del alcohol, o de estupefacientes o psicotrópicos.
- k. Encontrarse realizando o practicando alguna de las siguientes actividades, o actuando como:
 - I. Paracaidismo, alpinismo, equitación, esquí, toreo, vuelo en ala delta, parapente, boxeo, lucha libre, lucha grecoromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky o cualquier deporte aéreo.
 - II. Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave.
 - III. Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea o taxi aéreo.
 - IV. Pasajero de un taxi aéreo, o de cualquier avión o aeronave que no sea de línea comercial autorizada para el transporte regular de pasajeros.
 - V. Conductor o pasajero de un vehículo a motor de cualquier tipo que esté participando en competencias o entrenamientos de velocidad, resistencia o seguridad, sean estas legales o no, incluyendo pero no limitados a automóviles, camiones, lanchas o botes, motos, tricimotos, cuatrimotos o vehículos similares de motor, sobre superficie terrestre, acuática o de nieve.
 - VI. Profesional de cualquier deporte.
- l. Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.
- m. Tratamientos de Medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.
- n. Reclusión o tratamiento en Institución Mental.
- o. Embarazo, complicaciones del embarazo, parto de cualquier tipo, pérdidas, aborto o cesárea;
- p. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.
- q. Crisis de Alcoholismo o de adicción a las drogas, somníferos, barbitúricos, alucinógenos o estupefacientes.
- r. Reclusión o tratamientos derivados de trastornos o dietas alimenticias.
- s. Cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

- t. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.
- u. Períodos de cuarentena o aislamiento;
- v. Manejo del dolor.
- w. Urgencia o Emergencia para reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.

Cláusula 15. NULIDAD DE LA PÓLIZA

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

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

Cláusula 16. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

- a) Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma.
- b) A solicitud expresa del Asegurado.
- c) Si vencido el Período de Gracia el Asegurado no ha pagado la Prima correspondiente.
- d) La Aseguradora compruebe una declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- e) 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 17. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

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

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

El Operador de Seguros Autoexpedibles revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Compañía, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo. Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado y al Operador de Seguros Autoexpedibles en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

El Asegurado o 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 Asegurado o el Beneficiario deberá presentar:

1. El formulario de Reclamación suministrado por la Compañía completado.
2. Fotocopia de la cédula de identidad de Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.

3. Original y copia de la factura pagada a la Clínica u Hospital donde fue atendido el Asegurado, o del documento probatorio donde se indique claramente la fecha y hora de ingreso y la fecha y hora de salida del Hospital o Clínica;
4. Copia del historial médico donde se indique claramente la razón de la Hospitalización y el nombre del(los) Médico(s) que atendieron el evento. En caso que la Hospitalización inicial se extienda por más días, deberá aportar orden en la que se indique claramente la razón por la cual se extiende la Hospitalización y el nombre del Médico tratante;
5. Original y copia de la orden de Hospitalización del Médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre, el número de identificación del paciente y la razón de la Hospitalización, igualmente la fecha, el nombre, la dirección y el teléfono del Médico que la expidió.

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 las Coberturas de Servicio de Asistencia el Asegurado o su Representante deberán comunicarse telefónicamente con la Empresa de Asistencias al número telefónico que aparece en el Certificado de Cobertura 6040-4001 y solicitar el servicio requerido. En ningún caso el Asegurado podrá contratar el servicio por su cuenta y solicitar reembolso del mismo.

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 el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula 15. "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO".

Cláusula 19. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

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

Cuando el Asegurado o Beneficiario esté en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrá solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado. 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 el Tomador o Asegurado, con dolo o culpa grave, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de Prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las Primas no devengadas, tal y como se indica en Pago de Primas. 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 colones moneda de curso legal Costa Rica. Toda indemnización se realizará en colones moneda de curso legal de Costa Rica.

Cláusula 22. 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 23. TRASPASO O CESIÓN

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

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, el Asegurado se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Asegurado. Así mismo, el Asegurado se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

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

Cláusula 26. 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 27. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

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

Cláusula 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 del Asegurado.

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° _____ de fecha _____ 2011.

Seguro Autoexpedible de Renta Diaria por Hospitalización -AE en Colones



Certificado de Cobertura

Plan elegido

Póliza No.

Vigencia del al

Datos del Asegurado

Nombre Completo Sexo Fecha de Nacimiento

No. de Cédula Teléfono Correo Electrónico

Dirección Completa

Provincia Cantón Distrito

COBERTURAS		PLAN A	PLAN B	PLAN C
Renta Diaria por Hospitalización en caso de ENFERMEDAD	Valor Diario a pagar por la compañía	U.M.	U.M.	U.M.
	Período de Carencia en Días	30	30	30
	Número Máximo de días a Indemnizar durante la Vigencia	365	365	365
Renta Diaria por Hospitalización en caso de ACCIDENTE	Valor Diario a pagar por la compañía	U.M.	U.M.	U.M.
	Período de Carencia en Días	1	1	1
	Número Máximo de días a Indemnizar durante la Vigencia	180	180	180
PRIMA MENSUAL A PAGAR SEGÚN LA EDAD DEL ASEGURADO:	Entre 18 y 44 años	U.M.	U.M.	U.M.
	Entre 45 y 54 años	U.M.	U.M.	U.M.
	Entre 55 y 64 años	U.M.	U.M.	U.M.
Servicios Cubiertos por esta Póliza sin costo para el Asegurado	Orientación Médica Telefónica	Ilimitados	Ilimitados	Ilimitados
	Traslado Médico en Ambulancia Terrestre por Accidente o Emergencia	Dos (2) durante la vigencia de la Póliza.		
	Indicación, consulta y localización de mejores precios de medicamentos y farmacias	Ilimitados	Ilimitados	Ilimitados
	Información y orientación nutricional vía telefónica	Ilimitados	Ilimitados	Ilimitados
	Agenda y avisos para la ingesta puntual de medicamentos después de la internación hospitalaria	Ilimitados	Ilimitados	Ilimitados

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 y al momento de mi reclamación, 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 ____.

En caso de siniestro comunicarse al: