

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

Seguro Autoexpedible Vida Platinum Dólares

***Código de producto: P14-23-A07-299
(Versión 2)***

Fecha de registro V2: 21-may-13

Oficio de solicitud de registro V2: ADISA-209-2013

Cláusula 1. OBJETO DEL 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 Siniestro cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: las Condiciones Generales del Contrato y el Certificado de Cobertura.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado podrá solicitar su rectificación o 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 tendrán por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que solicite la rectificación, se entiende que prevalecerá la Póliza sobre las condiciones ofrecidas. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

Cláusula 3. DEFINICIONES:

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

- a. **Accidente:** Toda lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada por la acción repentina de un agente externo en forma violenta, fortuita e imprevista.

Se considerará también como Accidente:

- i) La asfixia accidental producida por agua o por inhalación de vapores o gases.
- ii) Las consecuencias directas de mordeduras de animales y picaduras de insectos.
- iii) Descargas eléctricas o atmosféricas.
- iv) Quemaduras causadas por fuego, escapes de vapor imprevistos o el contacto accidental con ácidos y corrosivos.
- v) Infecciones 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.
- vi) Empleo de medios normales de locomoción, carruajes, autobuses de servicio público, tranvías, ferrocarriles, en buques o aviones de líneas comerciales regulares, siempre y cuando el Asegurado viaje en calidad de pasajero.
- vii) Los accidentes al usar o conducir automóviles, motocicletas, motonetas, scooter o vehículos de la misma similitud o motor, o carruajes de tracción animal, montar en bicicletas (sin motor) o a caballo.
- viii) Los accidentes en los deportes practicados en calidad de aficionados.

No se entenderá como Accidente el suicidio o tentativa de suicidio o sus consecuencias, estando el Asegurado cuerdo o demente.

- b. **Asegurado:** Es la Persona que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en el Certificado de Cobertura de la misma.
- c. **Beneficiario(s):** Persona (s) designada (s) por el Asegurado a quien(es) se le(s) reconoce el derecho de percibir el total o la proporción de la indemnización derivada en esta póliza, tal y como se indica en el Certificado de Cobertura.
- d. **Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- e. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A, y es quien suscribe la Póliza 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. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).

- h. **Edad Máxima de Cobertura:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Luego de esta edad la cobertura se considera terminada para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima por dicho Asegurado. La Edad Máxima de Cobertura en esta Póliza es de sesenta y cinco (65) años.
- i. **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 emisión de la Póliza; 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 inicio de vigencia de la Póliza.
- j. **Enfermedad Terminal:** Para todos los efectos del presente documento, es aquella enfermedad de carácter progresivo diagnosticada por un Médico especialista. Para efectos de la presente Póliza, las únicas Enfermedades Terminales cubiertas serán las que se especifican a continuación: Adenocarcinoma de Páncreas, Alteraciones glicosilación proteica, Amiloidosis, Aplasia medular grave (constitucional o adquirida), Carcinoma de células renales, Carcinoma Hepatocelular (CHC), Cardiopatías con disfunción cardíaca y clase funcional III-IV, Cardiopatías congénitas con hipertensión pulmonar, Condrodisplasia punctata, Condrosarcoma, Cordoma, Encefalitis límbica, Encefalomiélitis aguda diseminada, Encefalopatías epilépticas, Enfermedad de Dent, Enfermedad de Refsum, Esclerodermia sistémica, Esclerosis múltiple, Fibrisarcoma, Fibrosis quística, Hemagiosarcoma, Hemoglobinopatías constitucionales graves, Hemosiderosis pulmonar, Hepatitis B, Hepatopatía grave, Enfermedad tromboembólica crónica, Hipomagnesemia con hipercalciuria y nefrocalcinosis, Lesión medular severa, Leucemia aguda no linfoblástica, Leucemia linfoblástica aguda, Linfoma de Hodgkin, Lupus eritematoso sistémico, Nefrocalcinosis, Neutropenias constitucionales graves, Osteosarcoma, Polineuropatía crónica desmielinizante, Proteinosis alveolar, Sarcoidosis, Sarcoma de Ewings, Sarcomas de tejidos blandos, Síndrome de HiperIgE, Síndromes de disregulación inmune y linfoproliferación, Traumatismo craneoencefálico severo e irreversible, Tumor de Wilms, Tumores de células germinales en Estadio IV, Tumores renales Cromófobos.
- k. **Gastos Funerarios:** Son los gastos relacionados al proceso de entierro que se limitan exclusivamente a lo siguiente: el valor del cofre funerario, el valor del servicio de tanatología, el valor del servicio religioso, el valor del transporte del difunto dentro del perímetro urbano del sitio donde falleció, y el valor del transporte de los deudos en vehículo colectivo alquilado desde el centro religioso hasta el lugar de sepultura el día del servicio funerario.
- l. **Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), lo que le impide de manera permanente desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente póliza, por extensión y aclaración también se considera como Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS), o en su defecto por un médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS).
- m. **Infeción Oportunista:** Es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.
- n. **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.
- o. **Neoplasma Maligno:** Son las enfermedades en donde hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
- p. **Operador de Seguros Autoexpedibles:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se compromete frente a dicha entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.
- q. **Plan:** Alternativa seleccionada por el Asegurado en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar.

- r. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento que contiene las Condiciones Generales y el Certificado de Cobertura que rigen la materia.
- s. **Prima:** Precio pactado por el seguro contratado.
- t. **Prima No Devengada:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
- u. **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.
- v. **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.

Cláusula 4. SUMAS ASEGURADAS

Es el monto de seguro escogido por el Asegurado y que la Aseguradora pre-aprobó para la emisión de esta Póliza, según el Plan seleccionado por el Asegurado que se indica en el Certificado de Cobertura.

Cláusula 5. COBERTURAS

La Aseguradora indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan. Esta Póliza está conformada por todas las coberturas que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado.

- a. **Cobertura de Fallecimiento:** La Aseguradora pagará a los Beneficiarios que correspondan la suma asegurada contratada para esta cobertura según el Plan elegido, si el Asegurado fallece por cualquier causa a consecuencia de un evento cubierto y ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- b. **Cobertura de Muerte Accidental:** La Aseguradora pagará a los Beneficiarios que correspondan la suma asegurada contratada para esta cobertura según el Plan elegido, si el Asegurado fallece como consecuencia directa de un Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y cuya muerte se produzca dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente.
- c. **Beneficio por Incapacidad Total y Permanente por causa Accidental:** Si el Asegurado sufre un Accidente que le cause una Incapacidad Total y Permanente, debidamente diagnosticada por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Aseguradora le **ADELANTARÁ** la suma establecida para la Cobertura de Fallecimiento según el Plan elegido, mediante cuatro (4) pagos trimestrales (cada tres meses) iguales y consecutivos, debiendo realizarse el primer pago al cumplirse tres (3) meses de ocurrido el Accidente. Para que el pago de la presente cobertura proceda, el Asegurado deberá continuar en la misma condición de incapacidad en la fecha en que corresponda hacer el primer pago correspondiente a este Beneficio. Si el Asegurado fallece antes de haber recibido los cuatro (4) pagos, la Compañía pagará a los Beneficiarios en un solo pago la suma restante hasta completar el valor de la Cobertura de Fallecimiento.
- d. **Cobertura para Gastos Funerarios:** En caso que el Asegurado fallezca de forma natural o accidental, la Compañía pagará a los Beneficiarios que correspondan, en adición a la Cobertura de Fallecimiento, los Gastos Funerarios en que hayan incurrido los Beneficiarios, que se encuentren debidamente demostrados mediante la presentación de las correspondientes facturas originales y hasta la Suma Asegurada establecida según el Plan elegido.
- e. **Beneficio por Enfermedad Terminal:** En caso que un Médico especialista le diagnostique al Asegurado una Enfermedad Terminal, la Aseguradora le **ADELANTARÁ** al Asegurado el cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada para la Cobertura de Fallecimiento, mediante cinco (5) pagos bimensuales (cada dos meses) iguales y consecutivos. El cincuenta por ciento (50%) restante será pagado a los Beneficiarios que correspondan al momento del fallecimiento del Asegurado. Si el Asegurado fallece antes de haber recibido los cinco (5) pagos, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios en un solo pago la suma restante hasta completar la Suma Asegurada de la Cobertura de Fallecimiento.

Cláusula 6. MODALIDAD

Esta Póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Autoexpedible.

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 Tomador, 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 automática 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.

Cláusula 8. PRIMAS

La Prima que se establece para esta Póliza es la que se detalla en el Certificado de Cobertura según el Plan elegido por el 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 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. 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. Tener entre dieciocho (18) años y sesenta y cuatro (64) años de edad y trescientos sesenta y cuatro (364) días.
2. Al momento de emitir la Póliza **NO TENER CONOCIMIENTO QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES:** ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremens o de enajenación mental.
3. Completar el Certificado de Cobertura.

Si el Operador de Seguros Autoexpedibles emitiera pólizas para personas 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 cancelación.

Cláusula 12. BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá designar el (los) Beneficiario(s) al momento de adquirir la póliza. El beneficio de pago de esta Póliza, será pagado a los Beneficiarios expresamente señalados por el Asegurado en el Certificado de Cobertura.

En caso que no se hayan designado Beneficiarios, o estos no se encuentren con vida, o la designación se torne ineficaz, serán Beneficiarios los herederos del Asegurado según se indique mediante resolución por parte de un juez civil de conformidad con la legislación aplicable. Si se designare a dos o más Beneficiarios se entenderá que éstos tendrán derecho en partes iguales, salvo que el Asegurado haya indicado lo contrario.

El Asegurado podrá modificar su designación de Beneficiarios, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, 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.

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 13. PERIODO DE CARENCIA

El Período de Carencia aplica exclusivamente para la Cobertura de Fallecimiento, Beneficio por Enfermedad Terminal y Cobertura para Gastos Funerarios.

a. Suicidio

Si el Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Aseguradora no amparará la reclamación.

b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno

Si el Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, la Aseguradora no amparará la reclamación.

c. Enfermedades Preexistentes o Anteriores: Si el Asegurado fallece a causa de Enfermedades Preexistentes o Anteriores durante los dos (2) años posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, la Aseguradora no amparará la reclamación.

Cláusula 14. EXCLUSIONES

La Cobertura de Fallecimiento, Beneficio por Enfermedad Terminal y la Cobertura para Gastos Funerarios de esta Póliza de Seguro NO TIENEN exclusiones.

Para la Cobertura de Muerte Accidental, Beneficio por Incapacidad Total y Permanente por Causa Accidental no se cubrirán siniestros causados por o durante:

- a. **Infección bacteriales (excepto aquellas infecciones con progenia causadas por medio de una herida o cortadura accidental).**
- b. **Cualquier clase de enfermedad o como consecuencia de una enfermedad, o de ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremes o de enajenación mental.**
- c. **Que el Asegurado 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.**
- d. **Tratamiento Médico o quirúrgico, excepto aquellos que fueren necesarios exclusivamente a lesiones cubiertas por la Póliza y practicados dentro del límite de ciento ochenta (180) días posteriores al accidente.**
- e. **Lesiones producidas por los Rayos X, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos o similares, y las lesiones del radio o cualquier materia radioactiva.**
- f. **Lesiones corporales que resulten en hernias.**
- g. **Ninguna lesión fatal o no fatal sufrida por el Asegurado mientras se encuentre dentro o 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; en viaje de itinerario entre aeropuertos establecidos.**
- h. **Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán y fenómenos de la naturaleza declarados oficialmente como de carácter catastrófico.**
- i. **Lesiones debidas a actos intencionales del Asegurado.**
- j. **Por muerte o lesiones que pueda sufrir el Asegurado, causadas por arma cortante, cortopunzante o de fuego.**
- k. **La participación del Asegurado en carreras de velocidad o de resistencia, concursos, o por cualquier infracción grave de leyes, reglamentos y ordenanzas.**
- l. **La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, u organismo internacional en cualquier región del mundo.**
- m. **Práctica de deportes a nivel profesional, deporte extremos.**
- n. **La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, deportes submarinos o navegación en submarinos, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve;**
- o. **Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer.**
- p. **Fumigación agrícola: aérea o terrestre.**
- q. **Las 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) así como las consecuencias de operaciones quirúrgicas y las irradiaciones de cualquier clase que no hayan sido motivadas por el tratamiento de un accidente cubierto por la Póliza.

- r. Guerra Civil, Revolución, Insurrección, Usurpación Militar o del Poder, Sedición, Acción Atómica o de Energía Nuclear.**

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 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 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 Gracias el Asegurado no ha pagado la Prima correspondiente.
- d) El Asegurado al momento de la renovación, tenga sesenta y cinco (65) años cumplidos.
- e) La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- f) Fallezca el Asegurado o se cancele totalmente el equivalente al valor de la Cobertura de Fallecimiento.

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(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 Aseguradora;
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción. 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 de las facturas correspondientes a los Gastos Funerarios amparados por esta póliza.
6. En caso de Enfermedad Terminal presentar adicionalmente:
 - a. Original y copia del dictamen Médico donde se indique claramente la enfermedad o padecimiento del Asegurado, la clase, nivel o estadio en que se encuentra la enfermedad y la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de la misma.
7. En caso de Muerte Accidental presentar adicionalmente:
 - a. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
 - b. 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;
 - c. 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.
8. En caso de Incapacidad Total y Permanente por causa accidental deberá presentar adicionalmente:
 - a. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, donde se indique claramente que este dictamen de Incapacidad NO ESTA SUJETO A REVISION, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
 - b. Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por la medicatura forense del poder judicial; de no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un Médico nombrado por el Asegurado, un Médico nombrado por la Compañía y un tercer Médico especialista nombrado de común acuerdo entre el médico del Asegurado y el médico de la Compañía. Los Médicos de la mencionada junta deberán tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad y cumplir con la definición indicada en la Cláusula 3 "DEFINICIONES". Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al Médico de su escogencia, y los honorarios del tercer Médico designado serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
 - c. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

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 al Asegurado.

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(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.

En caso que el Asegurado o Beneficiarios estén 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 el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso. 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 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 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 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 CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Asegurado se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable.. Así mismo, el Asegurado se compromete a realizar la actualización de sus datos, 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 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. 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.

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 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.

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° P14-23-A07-299 de fecha 22 de diciembre de 2011.

Seguro Autoexpedible de Vida Platinum en Dólares Certificado de Cobertura



Póliza No.

Plan elegido _____ Vigencia del _____ al _____

Datos del Asegurado

Nombre Completo _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

No. de Cédula _____ Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Dirección Completa

Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____

Otras señas _____

Beneficiarios Designados

Nombres y apellidos	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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.

Planes	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
SUMA ASEGURADA					
Fallecimiento					
Muerte Accidental					
Incapacidad Total y Permanente por Accidente					
Gastos Funerarios					
Enfermedad Terminal					
PRIMA MENSUAL A COBBAR					

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 _____.

En caso de siniestro comunicarse al _____