Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

Seguro Colectivo de Vida Platinum en Dólares

Código de producto: P14-26-A07-245-VLRCS

Fecha de registro VLRCS: 23-Abr-12

Oficio de solicitud de registro VLRCS: ADISA-100-2012

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 Evento 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: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares del Contrato y el Certificado Individual de Cobertura.

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

Cláusula 3. 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: 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.
b. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos de Fallecimiento, Incapacidad Total y Permanente (ITP), Muerte Accidental, Desmembramiento por Causa Accidental, Muerte Accidental en Condiciones Especiales, Gastos Funerarios, Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental, Enfermedad Terminal, los cuales se individualizan expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados Individuales de Cobertura.
c. **Asegurado Principal:** Es aquel que siendo parte del Grupo Asegurable y elegible para ser incluido en el Grupo Asegurado es aceptado por la Compañía, y se individualiza expresamente en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Para que una persona física sea Asegurado Principal, su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía, se debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
d. **Asegurado Dependiente:** Es aquel que forma parte del Grupo Familiar de un Asegurado Principal en esta Póliza, y que para efectos de esta Póliza se entiende exclusivamente como el cónyuge o conviviente y los hijos biológicos o adoptivos que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos en la Cláusula 23. del presente contrato. Para que una persona física se considere Asegurado Dependiente su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía, se debe de haber pagado la Prima correspondiente dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
e. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas. En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado Principal, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal.
f. **Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
g. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General

de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador o Contratante y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.

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 del Asegurado no declaradas por él o declaradas de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo gozará de esa facultad en el caso que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en la Cláusula 32 del presente contrato.

i. **Desmembramiento:** Es la amputación o inhabilitación funcional total e irreparable de un órgano o miembro del Asegurado o parte de este, en forma tal que el Asegurado no puede volver a desarrollar ninguna de las funciones naturales del mismo.

j. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).

k. **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 setenta (70) años. Tratándose de los Asegurados Dependientes hijos del Asegurado que forman parte del Grupo Familiar, la edad máxima de Cobertura en esta Póliza es de veintitrés (23) años.

l. **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 la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.

m. **Enfermedad Terminal**: Es aquella enfermedad de carácter progresivo e incurable clínicamente, con pronóstico de vida para el paciente no mayor a un año (1) contado a partir de la fecha en que sea diagnosticada por un médico especialista.

n. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del fallecimiento, la Incapacidad Total y Permanente o Temporal, o el desmembramiento, o Enfermedad Terminal del Asegurado o de su Grupo Familiar.

o. **Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado por la Compañía y que puede utilizar el Tomador para el pago de la prima, que puede ser cualquiera de las siguientes formas: efectivo, cheque, transferencia bancaria, tarjeta débito, y tarjeta crédito. Todo pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador dentro del Plazo de Gracia que adelante se indica.

p. **Gastos Funerarios:** La suma que en caso de fallecimiento del Asegurado Principal deben cancelar los Beneficiarios de la Póliza por la prestación de los servicios funerarios del Asegurado Principal, y que para efectos de la presente Póliza incluyen exclusivamente: 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.

q. **Grupo Asegurable:** Se entenderá que el Grupo Asegurable está constituido por todas las personas físicas que pertenezcan al grupo que representa el Contratante, que en su conjunto formen un grupo de personas con un propósito distinto al de contratar el seguro de vida y que a su vez reúnan individualmente los requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza. Si el Tomador solicita la Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia, este grupo será ampliado al Grupo Familiar de cada Asegurado Principal.

r. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, hayan pagado la primera Prima dentro del Período de Gracia y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de esta póliza.

s. **Grupo Familiar:** Se entenderá que para efectos de esta Póliza el Grupo Familiar lo integran el conyugue, conviviente o compañera(o) permanente y los hijos del Asegurado Principal mayores de treinta días (30) y menores de veintitrés años (23) dependientes económicamente del Asegurado Principal.

t. **Incapacidad Total Temporal**: Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide 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 Principal, 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 Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado Principal. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS).

u. **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 Principal, 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 Principal. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.

v. **Infección Oportunista:** Es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.

w. **Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.

x. **Lesiones Calificadas**: Daño o detrimento en la morfología o estructura de una parte del cuerpo humano, producido por un Accidente, que para efecto de la presente póliza se encuentran relacionadas en la Cláusula 13 en la "TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO" de esta Póliza, y que debe ser determinado por un Doctor en Medicina autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión y calificado para diagnosticar y definir el tratamiento a seguir por el paciente.

y. **Neoplasma Maligno:** Son las enfermedades en donde hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

z. **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que el Tomador se obliga a realizar el pago de la Prima. Para efectos de esta Póliza, el pago de la Prima puede hacerse de forma total contra entrega de la Póliza, o bien de forma Mensual, Trimestral, Semestral o Anual. La Periodicidad del Pago de la Prima la determina el Tomador y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

aa. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.

bb. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro en contraprestación por la cobertura de riesgo para cada Asegurado objeto del presente contrato.

cc. **Rango de Aceptación:** Edad comprendida entre la edad mínima y edad máxima que debe tener una persona física para poder ingresar al Grupo Asegurado. Para efectos de la presente Póliza se establece como edad mínima de ingreso a esta Póliza para el Asegurado Principal y su cónyuge, conviviente o compañera(o) permanente como Asegurado Dependiente los dieciocho (18) años y para los hijos como Asegurados Dependientes treinta (30) días; y la edad máxima de ingreso a esta Póliza para el Asegurado Principal y su cónyuge, conviviente o compañera(o) permanente como Asegurado Dependiente los sesenta y cinco (65) años y para los hijos como Asegurados Dependientes veintitrés (23) años.

dd. **Salario Líquido**: Salario neto del trabajador después de deducir todas las cargas, deducciones e impuestos que por ley aplican.

ee. **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.

ff. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, 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.

gg. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.

hh. **Suma Asegurada:** Es el valor que define el Tomador en las Condiciones Particulares para cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.

ii. **Suma Máxima Asegurada:** Es el valor máximo que, en caso de un siniestro amparado, se obliga a pagar la Compañía al Asegurado o a los Beneficiarios de este por cada Cobertura. Este valor lo define el Tomador o Contratante y se establece en el Certificado Individual de Cobertura de la presente Póliza.

jj. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.

Cláusula 4. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo de vida, con posibles coberturas y beneficios adicionales, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

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

Cláusula 5. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

En caso que un Asegurado Principal fallezca, la Compañía pagará al Beneficiario que corresponda la Suma Asegurada de la cobertura, la cual se estipula en las Condiciones Particulares de esta Póliza. La Cobertura Básica de Fallecimiento se pagará siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que la Edad del Asegurado Principal no sobrepase al momento de la muerte la Edad Máxima de Cobertura, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido. Una vez que ocurra el fallecimiento del Asegurado Principal terminarán automáticamente todas las coberturas y beneficios tanto para el Asegurado Principal como para la totalidad de su respectivo Grupo Familiar.

Cláusula 6. COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES

El Tomador del seguro podrá solicitar la inclusión a la Póliza de cualquiera de las Coberturas y Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica de Fallecimiento los cuales se detallan a continuación, y estarán amparadas exclusivamente aquellas que se detallen como cubiertas en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura, considerando que por cada Cobertura el Tomador o Contratante deberá pagar dentro del Período de Gracia la Prima correspondiente establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. Los Beneficios que abajo se detallan (VI., VII., y VIII.) serán otorgados al Asegurado Principal sin costo alguno para él o el Tomador, según las condiciones que se establecen en este clausulado para cada uno de ellos:

I. Cobertura Adicional por Muerte Accidental;
II. Cobertura Adicional por Muerte Accidental en Condiciones Especiales;
III. Cobertura Adicional para Gastos Funerarios;
IV. Cobertura Adicional de Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental;
V. Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia;
VI. Beneficio por Incapacidad Total y Permanente;
VII. Beneficio por Desmembramiento por Causa Accidental;
VIII. Beneficio por Enfermedad Terminal;

Las Coberturas y Beneficios Adicionales son de libre elección para el Tomador de la Póliza y se especifican en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura de la misma. Las Coberturas y Beneficios Adicionales entrarán en vigencia una vez la Compañía haya aceptado el riesgo para cada una de una de las Coberturas y Beneficios Adicionales y se haya pagado la Prima establecida en las Condiciones Particulares dentro del período de gracia. Estas Coberturas y Beneficios Adicionales se pagarán siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que la Edad del Asegurado Principal no sobrepase al momento del siniestro la Edad Máxima de Cobertura, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Cláusula 7. COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL:

Esta cobertura es opcional por lo cual cubrirá a la totalidad de Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, según lo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, en caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente y fallezca dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente. El pago de esta cobertura es adicional al pago de la Suma Asegurada por concepto de la cobertura Básica de Fallecimiento. En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente Póliza.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 8. COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN CONDICIONES ESPECIALES:

Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.
La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, según lo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, en caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente y fallezca dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente; siempre y cuando el Accidente ocurra en las siguientes condiciones especiales: 1) Mientras viajaba por tierra como pasajero en cualquier vehículo a motor de transporte público de empresa legalmente establecida y en ruta regular, 2) Mientras hacía uso de un ascensor de pasajeros, 3) A causa de un incendio en cualquier teatro, cine, hotel o edificio público en el que se encontraba el Asegurado Principal al comienzo del incendio.

El pago de esta cobertura es adicional al pago de las Sumas Aseguradas por concepto de las coberturas Básica de Fallecimiento y Adicional por Muerte Accidental y de ser solicitada por Tomador, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente Póliza.

Cláusula 9. COBERTURA ADICIONAL PARA GASTOS FUNERARIOS:

Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro".

En caso que el Asegurado Principal fallezca de forma natural o accidental, la Compañía pagará a los Beneficiarios, en adición a la Cobertura Básica 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 para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente Póliza. Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Principal, los Beneficiarios podrán solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la Cobertura para Gastos Funerarios y hasta por un máximo de dos mil dólares (US$2.000) moneda de curso legal de los Estados Unidos o su equivalente en colones, para lo cual deberán seguir el dicho procedimiento de reclamación o siniestro.

Esta Cobertura, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en ningún caso la Suma Asegurada podrá ser mayor a cuatro mil dólares (US$ 4,000.00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

Cláusula 10. COBERTURA ADICIONAL DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR CAUSA ACCIDENTAL:

Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales. La Suma Asegurada de esta Cobertura será el cincuenta por ciento (50%) de la Cobertura Básica de Fallecimiento.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal debidamente diagnosticada por un médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le pagará al Asegurado Principal o a su representante en forma mensual y consecutiva una suma igual a su Salario Líquido Mensual vigente a la fecha del Accidente que le causó la Incapacidad Total Temporal, hasta agotar la suma asegurada para esta cobertura, fallezca o tenga conocimiento de la terminación de su incapacidad, lo que ocurra primero. En caso que el Asegurado no perciba un Salario Mensual de forma regular, la Compañía pagará al Asegurado en forma mensual, consecutiva una suma equivalente a cinco (5) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes en Costa Rica establecidos para la categoría de "Trabajadores Calificados" a la fecha del Accidente que le causó la Incapacidad Total Temporal, hasta agotar la suma asegurada, fallezca o tenga conocimiento de la terminación de su incapacidad, lo que ocurra primero.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente Póliza, para el caso específico de Cobertura de Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental.

Una vez que la Incapacidad Total Temporal termine ya sea porque los efectos o dolencias han desaparecido o bien porque un médico así lo determina, el Asegurado deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio de su estado de salud y terminación de la incapacidad; simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 11. COBERTURA ADICIONAL DE FALLECIMIENTO EXTENDIDA A LA FAMILIA:

Esta cobertura es opcional y cubrirá únicamente a los Miembros del Grupo Familiar de la totalidad del Grupo Asegurado en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para cada Asegurado Principal.

En caso que fallezca uno de los Miembros del Grupo Familiar del Asegurado Principal, establecidos como tales en el Registro de Asegurados, la Compañía le pagará al Asegurado Principal, una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la Cobertura Básica de Fallecimiento establecida en las Condiciones Particulares de Póliza. Esta cobertura se limita a un solo Siniestro, y con posterioridad inmediata al pago de esta Suma Asegurada, la presente Cobertura Extendida a la Familia se tendrá por terminada de forma automática.

Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Dependiente, el Asegurado Principal podrá solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada para esta Cobertura, para lo cual deberán presentar el original del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente fallecido.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente Póliza, para el caso específico de Cobertura Extendida a La Familia.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 12. BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio es opcional y sólo será otorgado por la Compañía si el Tomador lo ha contratado junto con la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado Principal sufra 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 Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado Principal o a su representante la Suma Asegurada establecida para la Cobertura Básica de Fallecimiento, definida en las Condiciones Particulares de la Póliza, mediante cuatro (4) pagos trimestrales iguales y consecutivas, 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 Principal deberá continuar en la misma condición de incapacidad en la fecha en que se haga efectivo el primer pago correspondiente a este Beneficio.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente Póliza, para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente, y siempre que el Asegurador Principal permanezca vivo e incapacitado total y permanentemente durante el período en el que procede el pago de los cuatro (4) pagos. Si el Asegurado Principal fallece durante el período de pago de las mencionadas cuotas trimestrales, la Compañía procederá al pago de la cuota o cuotas restantes de la suma correspondiente a la Cobertura Básica de Fallecimiento a los Beneficiarios, luego de haber cumplido satisfactoriamente las condiciones establecidas en el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente póliza y definido para el caso de fallecimiento.

Por tratarse de un Beneficio, la suma adelantada siempre será descontada de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Cuando la Compañía haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal afectado y sus Asegurados Dependientes.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 13. BENEFICIO POR DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL:

Este beneficio es opcional y sólo será otorgado por la Compañía si el Tomador lo ha contratado junto con la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente que le cause un Desmembramiento debidamente diagnosticado por un médico especialista, el cual deberá utilizar los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado Principal el porcentaje de la Suma Asegurada de la Cobertura Adicional por Muerte Accidental, únicamente en los casos de Desmembramiento establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO que se detalla a continuación:

TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO:

i. Por la Pérdida Total y Definitiva de la visión de los dos (2) ojos: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
ii. Por la Pérdida de ambas manos: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
iii. Por la Pérdida de ambos pies: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
iv. Por la Pérdida de una mano y un pié: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
v. Por la Pérdida de una mano o un pié: el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada.
vi. Por la Pérdida Total y Definitiva de la audición o del habla: el treinta y cinco por ciento (35%) de la Suma Asegurada.
vii. Por la Pérdida total y definitiva de la visión de un (1) ojo: el treinta y cinco por ciento (35%) de la Suma Asegurada.

viii. Por la Pérdida de los dedos índice y pulgar de una misma mano: el veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada.

Para efectos de esta Póliza, la pérdida con relación a las manos y los pies se entenderá como la amputación o pérdida funcional total a la altura de la muñeca y del tobillo respectivamente, o arriba de los mismos. En cuanto a los dedos se entenderá por la amputación a la altura de la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma. Igualmente, en ningún caso se consideran los alcances de valoración de Incapacidad que establece el Código de Trabajo.

Si en el Accidente el Asegurado Principal sufre varias lesiones simultáneamente, la Compañía adelantará únicamente lo correspondiente al beneficio por el mayor Desmembramiento y hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento. Cuando se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal afectado y sus Asegurados Dependientes.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente Póliza.

Cláusula 14. BENEFICIO POR ENFERMEDAD TERMINAL:

Este beneficio es opcional y sólo será otorgado por la Compañía si el Tomador lo ha contratado junto con la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que al Asegurado Principal se le diagnostique una Enfermedad Terminal la Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado Principal el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento, definida en las Condiciones Particulares de la Póliza, mediante cinco (5) pagos o cuotas bimensuales (cada dos meses) iguales y consecutivas, siempre que el Asegurador permanezca vivo durante el período en el que procede el pago de los cinco (5) pagos. Si el Asegurado Principal fallece durante el período de pago de las cuotas, la Compañía procederá al pago de la suma restante para este beneficio conjuntamente con el otro cincuenta por ciento (50%) y hasta completar el valor total de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 36. de la presente Póliza, para el caso específico de Beneficio por Enfermedad Terminal, o bien el de fallecimiento en caso que proceda.

Por tratarse de un Beneficio, la suma adelantada será descontada de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento, establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Cuando se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal afectado y sus Asegurados Dependientes.

El Asegurado gozará de este Beneficio siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que la Enfermedad Terminal haya sido diagnosticada durante la vigencia de la Póliza, que la Edad del Asegurado no sobrepase al momento de diagnosticársele la Enfermedad Terminal la Edad Máxima de Cobertura, y que la Enfermedad Terminal no sea producto de un evento excluido.

Cláusula 15. SUMA ASEGURADA

La Suma Máxima Asegurada para las diferentes Coberturas y Beneficios es definida por el Tomador o Contratante de la póliza, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, Certificados Individuales de Cobertura y en el último listado de Asegurados incluidos por el Tomador, debidamente aceptados por la Compañía, e incluidos en el Registro de Asegurados que forma parte integral de la presente Póliza. Los aumentos o disminuciones en las Sumas Aseguradas deberán ser solicitados por el Tomador del Seguro a la Compañía conforme a lo establecido en la cláusula de Elegibilidad Individual de esta Póliza.

Cláusula 16. TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro para cada Cobertura que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares, y estará sujeta a la composición

general del grupo según la edad, sexo, Suma Asegurada y ocupación.

En la fecha de vencimiento de la Póliza la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a esta Póliza, dando aviso escrito al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro.

La Compañía podrá otorgar un descuento por volumen de Personas Aseguradas. Este descuento se establecerá en las Condiciones Particulares y afectarán al Asegurado o al Tomador, según sea quien pague la Prima, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula 4. de "CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN".

Descuento por número de Asegurados	
De 0 a 50	0%
De 50 a 100	10%
De 100 a 400	20%
Más de 400	30%

Cláusula 17. COMISIÓN DE COBRO

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

Cláusula 18. ACEPTACIÓN DE RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, de igual forma:

a) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros, que actúe por nombre y cuenta de la Compañía acepte el riesgo en forma expresa y por escrito o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, se entenderá por aceptado por parte de la Aseguradora, momento en el que dará inicio la vigencia de la Póliza.
b) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.
c) Cuando un Corredor de Seguros o una Sociedad Corredora de Seguros actúe como intermediario, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

Cláusula 19. PRIMAS

La responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Contratante de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la Periodicidad de Pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el

inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía

Cláusula 20. PAGO DE LA PRIMA Y DESCUENTOS

El pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador mediante un pago anual al momento en que la Compañía le notifique su aceptación del riesgo o bien mediante pagos mensuales, trimestrales o semestrales, según se indique en las Condiciones Particulares. Todo pago deberá ser realizado dentro del Periodo de Gracia según se indica adelante. Según sea la Periodicidad de Pago de la Prima que elija el Contratante e indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía aplicará descuentos, cuyos montos también se reflejará en las Condiciones Particulares con en base a la siguiente tabla:

Descuento por Pronto Pago	
12 pagos	0%
4 pagos	1.5%
2 pagos	2%
1 pago	3%

Cláusula 21. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Contratante un Período de Gracia de quince (15) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrita según se establece en la Cláusula 18. "ACEPTACIÓN DEL RIESGO".

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 previa cancelación por parte del Tomador del seguro de las Primas pendientes.

Cláusula 22. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

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

a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador y al Asegurado Principal en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
b) No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de Primas, ya sea al Tomador o Asegurado según corresponda, deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

Cláusula 23. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza, y (ii) que su Edad se encuentre en el Rango de Aceptación según se define en esta Póliza. En el caso específico de la Cobertura Extendida a la Familia, son elegibles para ser Asegurados Dependientes el cónyuge o conviviente o compañera(o) del Asegurado cuya edad no sea menor a diez y ocho (18) años ni mayor a sesenta y cinco (65) años, y los hijos de los Asegurados Principales cuya edad no sea menor a treinta (30) días de nacido ni mayor a veintitrés (23) años y siempre que sean dependientes económicamente del Asegurado Principal.

Cláusula 24. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

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

La Compañía dentro de un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la Solicitud de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud.

Si la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá al Asegurado en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia antes indicado.

Cláusula 25. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador o Contratante, la Compañía llevará un registro de Asegurados Principales en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, Suma Asegurada, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas, sumas aseguradas por cobertura, beneficios, suma asegurada por beneficio en la Póliza así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

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

a) La lista de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada y Beneficiarios,
b) La lista de los Asegurados para los cuales el Contratante ha solicitado la baja definitiva del Grupo Asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados

Cláusula 26. BENEFICIARIOS

El beneficio de pago de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Fallecimiento de esta Póliza, así como el pago de la Suma Asegurada de las Coberturas Adicionales por Muerte Accidental y por Muerte Accidental en Condiciones Especiales, será pagado a los Beneficiarios expresamente señalados por el Asegurado que hayan sido registrados en la Póliza antes de la fecha de fallecimiento. En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado Principal o en el caso del fallecimiento de un Asegurado Dependiente que esté cubierto, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal, o en caso que con posterioridad al evento, el Asegurado Principal 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.

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 Principal 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 una participación alícuota, salvo que el Asegurado Principal haya indicado lo contrario. En caso de que, en una póliza con varios Beneficiarios, quede sin efecto la designación de uno o varios de ellos, acrecerá la proporción determinada a favor de las demás personas beneficiarias.

El Asegurado Principal 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 Principal haga entrega del anterior formulario en las oficinas de la Compañía. En caso que ocurra un Evento que produzca el fallecimiento del Asegurado y que dicho Evento no esté excluido, la Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios registrados en esta Póliza, y 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 Principal, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho.

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 27. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

La Compañía podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la renovación de la misma, las cuales se deberán informar al Tomador con total claridad y con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Tomador o Contratante dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que la Compañía informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la Prima, esta Póliza se tendrá por renovada automática e indefinidamente por un período igual, caso contrario, se tendrá por no renovada.

De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un Addendum, de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso que la modificación genere la obligación de pagar una Prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia antes indicado.

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza, previa comunicación por escrito de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

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

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

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 28. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Las personas que ingresen a la Póliza en un momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza, podrán ser incorporadas, cubriendo la Compañía el riesgo objeto de cobertura, únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Compañía de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza así como el pago de la Prima correspondiente dentro del Período de Gracia. La fecha en la que termina la cobertura para estos Asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la Póliza.

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

Cláusula 29. PERIODO DE CARENCIA

El Período de Carencia aplica exclusivamente para la Cobertura Básica de Fallecimiento, Cobertura Adicional para Gastos Funerarios y Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia.

a. Suicidio

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

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

Cláusula 30. EXCLUSIONES

La Cobertura Básica de Fallecimiento, la Cobertura Adicional para Gastos Funerarios y la Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia de esta Póliza de Seguro NO TIENEN exclusiones.

Para las siguientes coberturas de la presente Póliza: Cobertura Adicional por Muerte Accidental, Cobertura Adicional por Muerte Accidental en Condiciones Especiales, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado por o durante:

a. Suicido, o Intento de Suicidio, Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.

b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.

c. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.

d. Ejecución del Asegurado en cumplimiento de condena a pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor o cómplice;

e. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

f. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.
g. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;
h. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.
i. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
j. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.
k. 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, inmersión submarina, 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;
l. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;
m. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;
n. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte 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 la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.

Para las siguientes coberturas de la presente póliza: Cobertura Adicional De Renta Mensual Por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental, Beneficio Adicional por Incapacidad Total Y Permanente, Beneficio Adicional por Desmembramiento por Causa Accidental, Beneficio Adicional por Enfermedad Terminal, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro haya sido caudado por o durante:

a. **Intento de Suicidio, Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.**
b. **SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.**
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, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
d. **Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.**
e. **La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;**
f. **Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.**

g. **Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.**
h. **Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.**
i. **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, inmersión submarina, 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;**
j. **La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;**
k. **La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;**
l. **Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte 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 la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.**

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

Cláusula 31. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados en declarar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo, en los formularios "Solicitud de Seguro" y "Solicitud de Inclusión como Asegurado".

Cláusula 32. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

Cláusula 33. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta, hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, el Contratante, 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. De acuerdo a la naturaleza colectiva de la Póliza, la nulidad se podrá aplicar independientemente para cada Asegurado de la Póliza. Si la falsedad, inexactitud o reticencia es intencional, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo

conocimiento del vicio; si la falsedad, inexactitud o reticencia no son intencionales, se podrá proceder según lo que indica el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cláusula 34. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

a) A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del seguro con al menos un mes de anticipación.
b) Por Falta de Pago de la Prima total o parcial, según la Periodicidad de Pago de la Prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia del pago vencido correspondiente;

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de Terminación Anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

Cláusula 35. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura terminará para cada Asegurado automáticamente en el momento que:

1. Su edad sea mayor a la Edad Máxima de Cobertura definida en esta Póliza;
2. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable;
3. Fallezca dicho Asegurado
4. El Tomador no pague la Prima de Seguro correspondiente al Asegurado en cuestión en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considera vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada, en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Periodo de Gracia;
5. El Contratante o Tomador solicite la baja del Asegurado.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, estas serán devueltas al Contratante o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura.

Cláusula 36. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

El Asegurado Principal, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación, ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. El Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO, LA COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y LA COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL EN CONDICIONES ESPECIALES,

En caso de reclamación por Fallecimiento de uno de los Asegurados Principales en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, los Beneficiarios o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado Principal. 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 Principal;
4. Copias de los documentos de identificación de los Beneficiarios.

Si la Reclamación por Fallecimiento del Asegurado Principal se originó en un Accidente, el Beneficiario o su representante deberán presentar adicionalmente:

5. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
6. Si el Asegurado Principal no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del Historial Clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento.

b. PARA LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

En caso de Reclamación para Gastos Funerarios del Asegurado, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Beneficiario o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia de las facturas emitidas por la funeraria o empresa prestadora de los servicios funerarios, así como de otros servicios relacionados con el evento y que estén amparados por esta cobertura.
3. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente.
4. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.
5. Copias de los documentos de identificación de los Beneficiarios.

Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Principal, los Beneficiarios podrán solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la Cobertura para Gastos Funerarios y hasta por un máximo de dos mil dólares (US$ 2.000) moneda de curso legal de los Estados Unidos con la sola presentación del Certificado de Defunción del Asegurado Principal y una carta de solicitud del adelanto firmada por un Beneficiario. La Compañía pagará a los Beneficiarios este adelanto dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la recepción de la solicitud de los Beneficiarios siempre y cuando la Prima correspondiente a la cobertura para el Asegurado Principal se encuentra efectivamente pagada por el Tomador o que el evento ocurrió dentro del Período de Gracia establecido para el pago de la Prima. La suma restante será pagada por la Compañía a los Beneficiarios una vez hayan completado satisfactoriamente el procedimiento establecido en este literal.

c. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal, donde se indique claramente que la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
3. 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.
4. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado Principal desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal.

d. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO POR DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio por Desmembramiento del Asegurado Principal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico que valoró la lesión del Asegurado Principal y determinó el Desmembramiento de la parte afectada, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado Principal;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.

4. Copia certificada del Historial Clínico del Asegurado Principal desde el momento en que ocurrió dicho Accidente que originó el Desmembramiento del Asegurado Principal.

e. PARA LA OBTENCION DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD TERMINAL

En caso de Reclamación para obtener el Beneficio por Enfermedad Terminal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico donde se indique la enfermedad o padecimiento del Asegurado junto con su concepto profesional sobre la gravedad de la enfermedad y la experiencia médica que permita determinar que se trata de una Enfermedad Terminal, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado. Adicionalmente el médico tratante debe indicar allí mismo que su dictamen de Enfermedad Terminal.
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.

f. PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE FALLECIMIENTO EXTENDIDA A LA FAMILIA

En caso de reclamación por Fallecimiento de uno de los Asegurados Dependientes en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente. 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 Dependiente y su relación familiar con el Asegurado Principal.

Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Dependiente, el Asegurado Principal podrá solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada de esta Cobertura, para lo cual deberán presentar el original del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente fallecido. La Compañía pagará a los Beneficiarios este adelanto dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la recepción de la solicitud de los Beneficiarios con la presentación del Original y una copia del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente, siempre y cuando la Prima correspondiente a la cobertura para el Asegurado Principal se encuentra efectivamente pagada por el Tomador o si el evento ocurrió dentro del Período de Gracia establecido para el pago de la Prima. La suma restante será pagada por la Compañía a los Beneficiarios una vez hayan completado satisfactoriamente el procedimiento establecido en este literal.

g. PARA LA COBERTURA DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR CAUSA ACCIDENTAL

En caso de Reclamación por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental del Asegurado Principal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total Temporal del Asegurado Principal, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado Principal;
3. Original de la valoración del porcentaje de incapacidad emitido por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS);
4. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado Principal desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó la Incapacidad Total Temporal del Asegurado Principal.
6. Certificación de Salario Líquido mensual emitido por el empleador.

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. 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 los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio.

La Compañía tendrá el derecho a que un médico de su elección examine al Asegurado y acepte o rechace el dictamen médico aportado por el Asegurado y por consiguiente acepte o rechace el reclamo. Los honorarios de este médico examinador serán pagados por la Compañía. En caso que la Compañía rechace el reclamo como consecuencia de dicho examen, el Asegurado podrá ejercer las acciones correspondientes de conformidad con la cláusula arbitral establecida en la presente Póliza.

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 corresponda. 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.

Se conviene que en caso de Siniestro, de conformidad con la cobertura de esta Póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima total correspondiente al Asegurado fallecido, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, se deducirán de la liquidación correspondiente.

Cláusula 37. RECTIFICACIÓN DE EDAD

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

Cláusula 38. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado 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 36. "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO".

Cláusula 39. 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 40. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

LA INFORMACION QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA TANTO POR EL TOMADOR COMO 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 41. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 42. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 43. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador 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 Tomador. 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 el Tomador del seguro 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 del seguro o al Asegurado, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Cláusula 44. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro, según sea el caso, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

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

Las comunicaciones del Contratante o Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, 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 45. IMPUGNACION DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

En caso que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza.

Cláusula 46. CONTROVERSIAS

En caso de diferencias, conflictos o disputas relacionadas con la ejecución, incumplimiento, interpretación o cualquier otro aspecto derivado del presente contrato, Las Partes, Asegurado y/o Beneficiarios, serán sometidas a un arbitraje de derecho de conformidad con los Reglamentos de Conciliación y Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, a cuyas normas las partes se someten en forma voluntaria e incondicional. El proceso se dilucidará de acuerdo con la legislación costarricense, siendo el lugar del arbitraje el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. El arbitraje será resuelto por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. Cada parte designará un árbitro y estos dos árbitros designarán al tercero quien fungirá como Presidente del tribunal arbitral. El laudo arbitral se dictará por escrito, será definitivo y vinculante para las partes e inapelable, salvo recurso de revisión o de nulidad. Una vez que el laudo se haya dictado y haya adquirido firmeza, producirá los efectos de cosa juzgada material y las partes deberán cumplirlo sin demora. Los gastos relacionados con el proceso de arbitraje, incluyendo los honorarios de los árbitros, los asumirán las partes en igual proporción. Cada una de las partes cubrirá los honorarios de sus abogados y asesores. Los procesos y su contenido serán absolutamente confidenciales.

Cláusula 47. 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 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° P14-26-A07-245 de fecha 31 de marzo de 2011.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DOLARES
SOLICITUD DE SEGURO

Solicitud N°

1. DATOS DEL CONTRATANTE

Contratante: Tipo de Identificación: No. De Identificación:
Ocupación:
Nacionalidad: Sexo: Fecha Nacimiento:

2. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES Y AVISOS

País: Provincia: Cantón: Distrito:
Dirección:
Correo Electrónico Teléfono: Fax:
Medio para Recibir Notificaciones: Dirección ☐ Fax ☐ Correo Electónico ☐

3. DATOS DE PÓLIZA

Inicio de Vigencia Propuesto: / / Plazo:
Intermediario de Seguros: Licencia:
Grupo Asegurable:
Cantidad de Asegurados al Inicio Vigencia:
Detalle:
Modalidad de Contratación: Contributiva ☐ % ☐ No Contributiva ☐

4. DATOS DE COBERTURAS

Coberturas	*Suma Asegurada*	*Coberturas*	*Suma Asegurada*
Fallecimiento		Gastos Funerarios	
Muerte Accidental		Incapacidad Total y Permanente	
Fallecimiento extendida a la Familia		Desmembramiento por causa Accidental	
Muerte Accidental en Condiciones Especiales		Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal	
Enfermedad Terminal		por causa Accidental.	

5. DATOS DE LA PRIMA Y COBRO

Periodicidad de Cobro: Canal de Cobro:
Forma para recibir Recibo: e-mail ☐ Fax ☐ Apartado ☐ Tarjeta/Banco:
Nº Tarjeta/Cuenta: Vencimiento Tarjeta:
Prima Póliza:
Prima según Periodicidad de Cobro:

6. MONEDA DE LA PÓLIZA

El importe de la Prima y Suma Asegurada de la Póliza estará expresado en: **Colones** ☐ **Dólares** ☐

7. DECLARACIÓN

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

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

Fecha: / /

Contratante

ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), S.A.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P14-26-A07-245 de fecha 2 de mayo de 2011.