

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

**Seguro Autoexpedible Años Dorados
en Colones**

**Código de producto: P16-33-A07-296
(Versión 2)**

Fecha de registro V2: 03-jul-13

Oficio de solicitud de registro V2: ADISA-204-2013

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 afecte el organismo del Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes, ocasionada por la acción repentina de un agente externo en forma violenta, fortuita e imprevista, independientemente de su voluntad, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, que puedan ser determinadas por un médico de manera cierta, y que amerite tratamiento médico o quirúrgico, o que causen la muerte.

Adicionalmente, se considerarán Accidentes los siguientes:

i) La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.

ii) La alteración de la salud por electrocución involuntaria.

iii) Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos, siempre y cuando no le hayan sido suministrados por otra persona con el propósito de envenenarlo.

Todas las lesiones sufridas en un Accidente, aunque sean múltiples, se considerarán como un solo evento.

b. **Asegurado:** Es la Persona que cumple con las condiciones de asegurabilidad establecidas en esta Póliza que está expuesta a los riesgos objeto del mismo y se encuentra debidamente registrada en el Certificado de Cobertura. El Asegurado pueden ser Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, según se indique en el Certificado de Cobertura

i. **Asegurado Titular:** Persona física mayor de cincuenta (50) años de edad que reside en el territorio nacional y tiene derecho a recibir el pago de las indemnizaciones o reembolsos a que hubiere lugar por esta Póliza, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante la Compañía y quien podrá ser el Contratante de la Póliza.

ii. **Asegurado Dependiente:** Cónyuge o conviviente mayor de cincuenta (50) años de edad que dependa económicamente del Asegurado Titular, con residencia permanente en Costa Rica.

c. **Beneficiario(s) Designado(s):** Persona(s) designada(s) por el Asegurado Titular a quien(es) se le(s) reconoce el derecho de percibir la totalidad o una porción de la indemnización derivada en esta póliza, tal y como se indica en el Certificado de Cobertura.

d. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A, que 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.

e. **Contratante o Tomador:** Es la persona física a quien le corresponde la obligación de pagar las Primas estipuladas en ella, a su vez es el Asegurado de la Póliza.

f. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización de conformidad con los términos de la presente Póliza.

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 ochenta y nueve (89) años.

- i. **Enfermedad:** Es toda alteración en la salud del Asegurado de origen interno o externo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico. **Enfermedades Preexistentes:** 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 emisión de la Póliza.
- j. **Estado Alcohólico:** La presencia de un nivel mayor a ochenta (80) miligramos de alcohol, sobre cien (100) mililitros de sangre debidamente comprobado mediante prueba para tales efectos o examen de sangre.
- k. **Fractura:** Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea en la persona; discontinuidad de los huesos a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.
- l. **Lesión:** Significa cualquier traumatismo o herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un Accidente cubierto por esta Póliza. Como aclaración, se considera que la muerte es la máxima Lesión.
- m. **Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico, quien no puede ser el mismo Asegurado o Beneficiario o un familiar de éstos hasta un tercer grado de afinidad o consanguinidad.
- n. **Operador de Seguros Autoexpedibles:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Compañía, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros autoexpedibles convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como tales.
- o. **Plan:** Alternativa elegida por el Asegurado en el Certificado de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar.
- p. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales y el Certificado de Cobertura.
- q. **Prima:** Es el Precio que deberá pagar el Contratante o Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra el riesgo contratado mediante el presente contrato.
- r. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- s. **Quemadura:** Es la destrucción del tejido de la piel a causa de la exposición al fuego, altas temperaturas, ácidos u otras sustancias y agentes abrasivos. Se considera quemadura de segundo o tercer grado, aquella en la que la destrucción del tejido de la piel involucra los folículos pilocebaceos y las glándulas sudoríparas, comprometiendo la capacidad de regeneración cutánea, siendo necesarios los injertos de piel.
- t. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.

Cláusula 4. SUMAS ASEGURADAS

Es el monto de cobertura determinada por el Asegurado según el Plan elegido, que la Aseguradora se obliga a pagar en caso de Siniestro, según lo 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 por Muerte Accidental:** La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura según el Plan elegido, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del accidente.
- b. **Cobertura de Indemnización por Fracturas:** La Aseguradora pagará al Asegurado un porcentaje de la Suma Asegurada contratada, de acuerdo con el Plan elegido en el Certificado de Cobertura, si durante la vigencia de la Póliza y como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado sufra una Fractura, definida en la tabla que se detalla a continuación. Los porcentajes de la Suma Asegurada que cubrirá la Aseguradora serán los siguientes:

Fractura de:	Porcentaje de la Suma Asegurada Contratada para la Cobertura de Indemnización por Fracturas
Fémur	100%
Cadera	100%
Pelvis	100%

Espina	80%
Tibia	60%
Peroné	60%
Tobillos	60%
Cráneo	50%
Húmero	25%
Radio	25%
Cúbito	25%

Si en el mismo Accidente el Asegurado sufre simultáneamente varias fracturas que afecten diferentes huesos de los mencionados en la tabla anterior, la Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje correspondiente a cada hueso afectado y hasta un máximo equivalente al cien por ciento (100%) de la suma asegurada para la Cobertura de Indemnización por fractura establecida por el Asegurado según el Plan elegido.

- c. Cobertura de Indemnización por Quemaduras de Segundo y Tercer: La Aseguradora pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada, de acuerdo con el Plan elegido en el Certificado de Cobertura, si durante la vigencia de la Póliza y como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado sufra una Quemadura de Segundo o Tercer grado, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada, según el Plan elegido en el Certificado de Cobertura, siempre y cuando la quemadura de Segundo o Tercer grado involucre al menos un 20% de la superficie corporal.
- d. Cobertura de Referencia Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre por Accidente: Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado o su cónyuge o conviviente que viva permanentemente con el Asegurado, contarán con los siguientes servicios:
1. Servicio de Referencia Médica Telefónica: en caso que el Asegurado requiera información de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales. Previa solicitud telefónica, la Compañía proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Compañía cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de citas y costos, correrán por cuenta propia del Asegurado, así mismo los honorarios del médico que atienda al Asegurado y cualesquiera otros gastos médicos en que el Asegurado incurra y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. La Compañía únicamente se limita a proporcionar al Asegurado las referencias de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados.
 2. Traslado Médico Terrestre Por Accidente: En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, la Compañía, gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en ambulancia terrestre desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario más cercano, dentro del territorio de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, la Compañía coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio se limita a dos (2) servicios de traslado médico terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

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, el perfeccionamiento y entrada en 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. RESIDENCIA

Para efectos de esta Póliza, solo estarán cubiertos los Asegurados que residan permanentemente en la República de Costa Rica.

Cláusula 9. 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 10. PAGO DE LA PRIMA

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

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho periodo 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 11. PERIODO DE GRACIA

Para llevar a cabo el pago mensual de la Prima, la Compañía le concede al Asegurado un Período de Gracia de noventa (90) 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 12. 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 cincuenta (50) años y setenta y cuatro (74) años de Edad.
2. Al momento de emitir la póliza **NO TIENE CONOCIMIENTO QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES:** Parkinson, apoplejía, epilepsia, Osteoporosis o descalsificación de los huesos, paraplejia o artrosis con limitaciones de la funcionalidad de una o más articulaciones, de cadera, rodilla o de las articulaciones del tobillo, amputación de una o más extremidades.
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 13. 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 14. EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre las lesiones, fracturas o quemaduras que sufra el Asegurado:

- a. En Accidentes donde la primera atención médica se realiza después de los primeros noventa (90) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el evento.
- b. Accidentes o enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado afectado, esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo de policía, militar, naval de seguridad o de vigilancia.
- c. Durante o por su participación activa en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar, revolución o alborotos populares, asonada, riñas o huelgas.
- d. A consecuencia de su participación en delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado.
- e. Como tripulante o pasajero en vehículos de navegación submarina.
- f. En Accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza.
- g. Por infección, envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un Accidente cubierto.
- h. Por Suicidio o intento de suicidio o lesiones auto infligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que las provoquen.
- i. Por Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- j. Bajo el efecto de alcohol, o estado alcohólico, de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales él sea responsable.
- k. Por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de un Accidente cubierto.
- l. Por participar en actividades como o de:
 1. Piloto, pasajero, tripulante, miembro de la tripulación o mecánico de vuelo, de cualquier avión o aeronave que no sean de línea comercial autorizada para el transporte regular de pasajeros.
 2. Piloto, copiloto o pasajero en contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 3. Fumigación agrícola, sea esta aérea o terrestre.
 4. Conductor, pasajero o acompañante en motocicletas o vehículos de motor similares, sobre superficie terrestre o acuática.
 5. Profesional de cualquier deporte.
 6. Profesional, aficionado, alumno o practicante de paracaidismo, buceo, alpinismo, actividades ecuestres, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, parapente, box, lucha libre, lucha grecoromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky y cualquier deporte aéreo.
- m. Por arma de fuego, sin importar la causa, motivo, circunstancia, ni tipo de arma.

- n. Como resultado de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas de bronceado o de cualquier tipo de rayos.
- o. Diagnostico a través de medicina alternativa.

Esta Póliza TAMPOCO CUBRE:

- p. Las afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente cubierto.
- q. Las deficiencia mentales o trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- r. Los estados de demencia o perturbaciones del conocimiento.
- s. 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.
- t. Para la Cobertura de Indemnización por Fracturas no cubre Fracturas como consecuencia de Parkinson, apoplejía, epilepsia, Osteoporosis o descalsificación de los huesos, paraplejia o artrosis con limitaciones de la funcionalidad de una o más articulaciones, de cadera, rodilla o de las articulaciones del tobillo, amputación de una o más extremidades.
- u. Para la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre por Accidente la presente Póliza No opera:
 - 1. Para consultas, interpretación de Exámenes, recomendación de tratamientos o definición de procedimientos no proporcionados por la Compañía.
 - 2. Durante situaciones de epidemia o circunstancias donde el Ministerio Salud Pública emita una declaración oficial de estado de emergencia.
 - 3. Durante los treinta (30) días naturales posteriores a un terremoto, inundación, desastre ocasionado por energía atómica, radiación o reacción nuclear, guerra (declarada o no), conmoción civil o revolución.
 - 4. Para el traslado del Asegurado de una clínica u hospital a otro centro de atención médica o bien por embarazo o por alta al domicilio.

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 mutuo 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 Gracia el Asegurado no haya pagado la Prima correspondiente.
- d) A partir del momento en que la Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

- e) El Asegurado al momento de la renovación, tenga ochenta y nueve (89) años cumplidos.
- f) Fallezca el Asegurado.
- g) Para el Asegurado Dependiente finalizará la cobertura cuando se separe legalmente del Asegurado Titular.

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

Cláusula 17. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o el(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 o el(los) Beneficiario(s) deberá(n) demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguros Autoexpedibles revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Compañía, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o Beneficiario y al Operador de Seguros Autoexpedibles en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

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

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

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. En el caso de reclamación por Muerte Accidental, adicionalmente deberá presentar:
 - a. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
 - b. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
 - c. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados 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.
 - d. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
 - e. 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;
 - f. 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.
4. En caso de reclamación por Fractura, adicionalmente deberá presentar original de la Certificación de un Médico ortopedista donde se indique claramente el hueso fracturado.
5. En caso de reclamación por Quemadura, adicionalmente deberá presentar original de la Certificación de un Médico indicando el grado y porcentaje de la superficie corporal del Asegurado afectado por la quemadura.

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

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

Cláusula 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 17. "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 colones moneda de curso legal Costa Rica. Toda indemnización se realizará en colones moneda de curso legal de Costa Rica.

Cláusula 22. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Cláusula 23. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 24. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 25. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Asegurado se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable.. 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° P16-33-A07-296 de fecha 2 de diciembre de 2011.

Certificado de Cobertura

87

Plan elegido Póliza No.

Vigencia (12:00 horas)

Datos del Asegurado Titular

Nombre Completo		Fecha de Nacimiento	Sexo
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. de Cédula	Teléfono	Correo Electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección Completa			
<input type="text"/>			
Provincia	Cantón	Distrito	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos del Asegurado Dependiente

Nombre Completo	No. de Cédula	Fecha de Nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beneficiarios Designados del Asegurado Titular

Nombres y apellidos	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beneficiarios Designados del Asegurado Dependiente

Nombres y apellidos	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
Suma Asegurado para la Cobertura de Muerte Accidental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valor Máximo de Indemnización por Fracturas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valor Máximo de Indemnización por Quemaduras de 2do y 3er Grado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Servicio de Referencia Médica Telefónica y Ambulancia Terrestre por Accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRIMA MENSUAL A COBRAR si la EDAD del Asegurado se encuentra entre los 50 y los 69 AÑOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRIMA MENSUAL A COBRAR si la EDAD del Asegurado se encuentra entre los 70 y los 89 AÑOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

En caso de siniestro comunicarse al 2211-6511

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 _____.