

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.

Seguro Colectivo de Gastos Médicos en colones

Código de producto: P20-64-A07-439

Fecha registro: 21-may-13

Oficio solicitud registro: ADISA-228-2013

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 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 sus Anexos de Definiciones Específicas, de Coberturas, de Exclusiones, 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 haya 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 GENERALES:

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones, las que se complementarán con las Definiciones Específicas que expresamente aparecen en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de DEFINICIONES y según se establezcan las coberturas con el Tomador de la Póliza:

- a. Asegurado: Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos que se individualizan expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados Individuales de Cobertura.
- b. 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 involucre al Asegurado Principal, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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 “DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA” del presente contrato.
- f. Edad: Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- g. 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 será acordado entre las Partes y establecido de común acuerdo en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- h. 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.

- i. Forma de Pago de la Prima: Es el método aceptado entre las Partes para el pago de la prima. Todo pago de la Prima deberá hacerse dentro del Plazo de Gracia que se establece en la presente Póliza.
- j. Grupo Asegurable: Es aquel constituido por un número limitado de personas de cualquier género que de alguna forma se agrupan en forma homogénea con un propósito distinto al de contratar el presente seguro, que son representados ante la Aseguradora por el Tomador y que se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- k. 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 la Póliza.
- l. Grupo Familiar: Se entenderá que para efectos de esta Póliza el Grupo Familiar lo integran aquellos que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- m. Las Partes: Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- n. Periodicidad del Pago de la Prima: Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima según se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- o. 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 y sus Anexos, 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.
- p. 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.
- q. Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto, 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.
- r. Suma Asegurada: Es el valor que se define en las Condiciones Particulares para cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
- s. 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

El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por la Compañía con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que la Compañía y el Tomador, de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial. Las posibles coberturas y beneficios, según se indique en las Condiciones Particulares, podrá contratarlas exclusivamente el Tomador 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. COBERTURAS

En caso que ocurra un siniestro amparado bajo la presente Póliza, la Compañía le pagará al Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, la Suma Asegurada de la o las Coberturas y Beneficios que se hayan pactado expresamente entre el Tomador y la Compañía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de COBERTURAS y se detallen como cubiertas en los Certificados Individuales de Cobertura.

Cláusula 6. SUMA ASEGURADA

Las Sumas Aseguradas para las diferentes Coberturas y Beneficios serán definidas por el Tomador y se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y en los Certificados Individuales de Cobertura. Dichas Sumas Aseguradas deberán ser aceptadas por la Compañía, e incluidas en el Registro de Asegurados, los cuales forman parte integral de la presente Póliza.

Todo valor asegurado en esta póliza se reduce al cincuenta por ciento (50%) de la suma original asegurada cuando el Asegurado alcanza los sesenta y cinco (65) años.

Cláusula 7. TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares, y estará sujeta a las Coberturas y Beneficios que libremente elija el Tomador.

Cláusula 8. COMISIÓN DE COBRO

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

Cláusula 9. 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, o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, 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, 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 10. 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 11. 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 con la Periodicidad de Pago acordada previamente entre la Aseguradora y el Tomador en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Todo pago deberá ser realizado dentro del Periodo de Gracia según se indica adelante. Según sea la Periodicidad de Pago de la Prima que acuerden las Partes, la Compañía aplicará descuentos, cuyos montos también se reflejarán 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 12. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Contratante un Período de Gracia que no podrá ser inferior a quince (15) días naturales, el cual estará establecido de forma definitiva en las Condiciones Particulares. Dicho período 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 escrito según se establece en la Cláusula de "ACEPTACIÓN DEL RIESGO".

Si durante el Período de Gracia llegan 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 13. 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 14. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que reúnan como mínimo los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza, (ii) que su Edad se encuentre en el Rango de Aceptación según se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, y (iii) que cumplan los demás requisitos que se establezcan en las Condiciones Particulares según las Coberturas y Beneficios que elija el Tomador.

Cláusula 15. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad antes indicados y presentar, debidamente diligenciado por medio del Tomador, la declaración individual de salud y 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.

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 establecidos en las Condiciones Particulares.

Cláusula 16. 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 17. 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 periodos 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 indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. 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 18. 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 19. PERIODO DE CARENIA

Según lo que acuerden las Partes en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, podrá definirse un Período de Carencia para las Coberturas y Beneficios que correspondan.

Cláusula 20. EXCLUSIONES

Las diferentes Coberturas y Beneficios tendrán las exclusiones que se establecerán de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en el ANEXO de EXCLUSIONES correspondiente.

Cláusula 21. 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", "Declaración Individual de salud" y "Solicitud de Inclusión como Asegurado".

Cláusula 22. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será el acordado entre el Tomador y la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la Póliza con un máximo 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 23. 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 24. 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 25. 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 las Condiciones Particulares de la presente 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 Período 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 26. 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.

Los requisitos que se le deberán presentar a la Compañía en caso de reclamación o siniestro, se establecen de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía, en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y en el ANEXO de RECLAMACIÓN, según el tipo de Cobertura y de servicios acordados entre las partes.

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.

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 27. 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 28. PLAZO DE RESOLUCIÓN

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

Cláusula 29. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en Colones y toda indemnización se realizará en dicha moneda.

Cláusula 30. 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 31. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 32. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 33. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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 34. 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 35. 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 36. 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 37. 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° _____ de fecha ____ de _____ de ____.

RESUMEN DE COBERTURAS SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS EN COLONES

COBERTURA Y SERVICIOS

El Resumen de Coberturas se presentará incluyendo aquellas Coberturas y Servicios acordadas entre el tomador y la Aseguradora.

A manera de Ejemplo a continuación incluimos un resumen tipo de lo que se entregaría a los asegurados con algunos de los Beneficios que pueden ser acordados entre el Tomador y la Aseguradora:

SERVICIOS CUBIERTOS

1. **Reclusión Hospitalaria**, considerado como los gastos por internamiento del Asegurado en un Hospital, y que incluye los siguientes rubros:
 - a. **Cuarto Diario, Privado o Semi-privado**: según la categoría de habitación: cuarto, alimentos y cuidados generales de enfermería, recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios.
 - b. **Unidad de Cuidados Intensivos**: cuidados intensivos recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios. **De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intensivos.**
 - c. **Unidad de Cuidados Intermedios**: cuidados intermedios recibidos durante la hospitalización del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Beneficios. **De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intermedios.**
La Aseguradora no reconocerá el costo del Cuarto Diario y Unidad de Cuidados Intensivos y/o Unidad de Cuidados Intermedios en un mismo día.
 - d. **Gasto Misceláneos**: Incluyen sala de operaciones, sala de recuperación, material de cirugía, anestésicos, exámenes de Rayos X y diagnósticos por imágenes, exámenes de laboratorio clínico y patológico, medicamentos, oxígeno, insumos y todos los demás servicios requeridos de acuerdo al diagnóstico del Asegurado.
 - e. **Equipo Especial**: corresponde a los equipos de alta tecnología para video cirugía, radiofrecuencia, navegación virtual y láser. El costo por el uso de estos equipos en un procedimiento, cirugía u hospitalización del Asegurado deberá ser autorizado previamente por la Compañía para su cobertura, la que se extenderá hasta el límite máximo definido en la autorización.
No se cubre ningún cargo administrativo cobrado por el Hospital y relacionado con el uso de cualquier equipo hospitalario utilizado por un anestesiólogo o por cualquier otro especialista que no forme parte del personal de planta del hospital, pertenezca o no a la Red de Proveedores.

Para el pago de cualquier período de hospitalización se considerará el día vencido, es decir, un período de veinticuatro (24) horas cumplidas.

2. **Atención en la Sala de Emergencia**

Considerados como los gastos por atención de emergencia derivada de enfermedades o accidentes, por los servicios prestados en la sala de urgencias o emergencia de un hospital, que incluyen materiales, insumos, equipo médico básico y los medicamentos básicos necesarios para la estabilización del paciente cuya enfermedad o lesión accidental no esté excluida en la Póliza.

Incluyen los honorarios del médico general y enfermera en turno en la sala de emergencia. Por esta póliza **NO se pagarán medicamentos recibidos en el cuarto de urgencias para iniciar o continuar un tratamiento en casa. Solo se reconocerá una dosis suficiente para cubrir el período de 6 horas inmediatamente después de la atención en la sala de emergencia.**

- a. **Emergencias por Accidente**: Si a consecuencia de una lesión corporal accidental de un Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el hospital en la sala de emergencia, la Compañía pagará al Asegurado Principal los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados de acuerdo al Cuadro de Beneficios y/o a lo negociado con el proveedor por tales servicios sin exceder el máximo establecido, siempre que la atención se reciba dentro de las primeras setenta y dos (72) horas después de ocurrido el accidente.

Se consideran accidentes para efectos de esta Póliza, las siguientes condiciones: esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, mordeduras o lesiones causadas por animales, heridas cortantes, penetrantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, cuerpo extraño en cualquier órgano o cavidad natural, así como cualquier lesión accidental definida como emergencia médica o urgencia.

- b. **Emergencias por Enfermedad:** si a consecuencia de una enfermedad un Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el Hospital en la Sala de Emergencia, la Compañía pagará al Asegurado Principal los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados de acuerdo al Cuadro de Beneficios y/o a lo negociado con el proveedor por tales servicios sin exceder el máximo establecido.

Bajo esta cobertura se reconocerán los gastos médicos por atención en la Sala de Emergencia de un hospital, únicamente por las siguientes enfermedades: crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento, obnubilación, dolor abdominal agudo, cólico biliar, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas, deshidratación, intoxicación aguda, cólico nefrouretral, trombosis, vómito o diarreas severas, convulsiones, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, coma, así como cualquier otra enfermedad definida como emergencia médica o urgencia.

En caso que el Asegurado utilice la Sala de Emergencia por un accidente o enfermedad no incluida en el listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para cobertura en la Sala de Emergencia, el Asegurado deberá pagar el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos y luego deberá presentar a la Compañía su reclamo para su correspondiente reembolso, que se realizará de acuerdo a las tarifas de la Red para consulta externa, laboratorio, imagenología, medicamentos y cualquier otro servicio ambulatorio.

3. **Cirugía:** considerado como los gastos en que incurre el Asegurado con ocasión de una operación quirúrgica diagnosticada por un Médico a la que deba someterse él o uno de los Asegurados Dependientes; cuyo valor máximo a reconocer por la Compañía se establece en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y que para todos los efectos estarán siempre sujetos a las siguientes disposiciones:

- a. El pago será el menor valor que se establezca entre el Usual, Razonable y Acostumbrado para este procedimiento, después de aplicar el Deducible y el Co-Aseguro, y la cantidad cobrada por el Asegurado que esté amparada por esta cobertura.
- b. Cuando existan procedimientos quirúrgicos múltiples en diferentes áreas del cuerpo, los cuales añaden complejidad, o tiempo significativo al cuidado del paciente y sean ejecutados en la misma sesión operatoria, el pago será la cantidad pagadera por el procedimiento mayor, más el cincuenta (50) por ciento del valor por el segundo procedimiento y el veinticinco (25) por ciento del valor por el tercer procedimiento y cada procedimiento subsiguiente.
- c. Cuando un procedimiento incidental sea practicado a través de la misma incisión, no tendrá cobertura y el pago será únicamente por el procedimiento principal.
- d. El porcentaje o unidad de valor establecido en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, incluirá la consulta normal pre-operatoria, investigación y preparación del paciente Asegurado, el procedimiento quirúrgico, el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano mientras el paciente Asegurado está en el hospital y el de convalecencia siguiente a la salida del hospital.
- e. Cuando una operación quirúrgica no esté especificada dentro de los procedimientos quirúrgicos designados, la Compañía determinará el pago basado en un procedimiento semejante en su valor relativo y/o antecedentes de casos efectuados con anterioridad según archivos de la Compañía.
- f. El Cirujano principal debe ser especialista acreditado y en caso de requerir y ser aprobado por la Compañía un asistente de cirugía, éste debe tener especialidad afín al procedimiento realizado.
- g. En los casos de intervenciones quirúrgicas electivas, la Compañía podrá requerir que el Asegurado obtenga una segunda opinión de un médico especialista y acreditado de la Red de Proveedores de la Compañía. Los gastos de dicha consulta y concepto serán asumidos por la Compañía. De no cumplir con este requisito los gastos elegibles Hospitalización, Médicos y otros, serán limitados al cincuenta (50) por cien de los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados por todos los servicios cubiertos que requieran o no internamiento hospitalario. **La Compañía no reconocerá ninguna complicación, latrogenia o accidente derivado de la atención que no cumple con el requisito expuesto.**

4. **Quirúrgico designado para pacientes ambulatorios:** considerado como los gastos en que pueda incurrir el Asegurado con ocasión de las siguientes cirugías y procedimientos considerados para realizarse en forma ambulatoria, a menos que para un caso particular, después de realizarse el procedimiento quirúrgico y pasado el plazo de observación que el mismo requiere, el médico considere que es médicamente necesario el servicio de hospitalización, para lo cual el Asegurado o su representante deberá solicitar la autorización respectiva a la Compañía, cambiando este servicio a la modalidad de servicio de Hospitalización o reclusión hospitalaria, y solamente en casos de: cataratas, pterigión, dilatación y curetaje, endoscopias y cistoscopias,

hemorroidectomía externa, hemiorrafía umbilical e inguinal, artroscopia, broncoscopia (con o sin biopsia), incisión y drenaje de quiste pilonidal, biopsia de mama, laparoscopia, circuncisión, cauterización cervical, colposcopia, quiste de bartolino, túnel carpal, reducción de luxaciones, laringoscopia, polipectomía, varicoceleotomía, resección de tumores superficiales, colonoscopia, biopsia de la próstata. Si se efectúan procedimientos quirúrgicos designados como ambulatorios en base a paciente hospitalizado, el pago de los beneficios se limitará al que resulte el menor entre el cincuenta (50%) por ciento de los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados hechos por todos los servicios cubiertos incluyendo hospital, médico y cualquier otro tipo de servicio médico ofrecidos o por suministros, los cuales estén relacionados con la cirugía efectuada, y el valor que se hubiera pagado si el procedimiento fuera realizado de forma ambulatoria.

PERIODO DE CARENCIA

Según lo que acuerden las Partes en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, podrá definirse un Período de Carencia para las Coberturas y Beneficios que correspondan.

EXCLUSIONES

A manera de Ejemplo a continuación incluimos un resumen tipo de lo que se entregaría a los asegurados con algunas de las Exclusiones que pueden ser acordadas entre el Tomador y la Aseguradora:

Para la cobertura de Gastos Médicos se establecen como exclusiones las reclamaciones de o por exámenes, consultas, terapias, tratamientos médicos u ortopédicos, procedimientos quirúrgicos, cirugías, aparatos, prótesis o medicinas, o cualquier otro tipo de gastos cuando el siniestro fuere causado por, durante o relacionado con:

- a. Actos de Automutilación, intento de suicidio 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, a menos que se estipule lo contrario de manera específica en las condiciones particulares de la Póliza y se haya definido entre las partes el correspondiente sublímite de valor asegurado para este riesgo específico, que deberá aparecer claramente en el cuadro de beneficios.**
- c. Epidemia, endemia, pandemia, contagio o peste declarada oficialmente como de carácter catastrófico.**
- d. 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.**
- e. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva o guerra bacteriológica.**
- f. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos.**
- g. Medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia;**
- h. El cambio o modificación del género o sexo o reversión del mismo.**
 - i. La reversión de la esterilización masculina o femenina, la impotencia sexual, frigidez, infertilidad, concepción, control de la natalidad, o inseminación por medios artificiales, implantación de embriones in vitro y/o transferencia de embriones, terapia de hormonas, inductores de la evaluación o cualquier otra sustancia, aunque estos sean recetados con fines terapéuticos, así como todo aquello que esté relacionado con sus consecuencias o secuelas directas o indirectas tales como hemorragias, pérdidas o abortos.**
- j. El embarazo, complicaciones y secuelas derivadas del embarazo de las hijas, hijastras o hijas adoptadas del Asegurado Principal, aunque hayan sido incluidas como Aseguradas Dependientes en la Póliza.**

- k. El alcoholismo o la adicción a las drogas, somníferos, barbitúricos, alucinógenos o estupefacientes.**
- l. Enfermedades mentales, trastornos nerviosos, trastornos del sueño, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo.**
- m. El control o la reducción de peso, obesidad, trastornos alimenticios, reducción gástrica, cirugía bariátrica o consultas al nutricionista.**
- n. El Acné, las alergias, la sensibilidad en cualquier parte del cuerpo, la calvicie o alopecia genética, senil o nerviosa.**
- o. La visión o la audición, el suministro de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos.**
- p. Psicología o terapia ocupacional.**
- q. La cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente.**
- r. Las curas de reposo, de rejuvenecimiento, de crecimiento, convalecencia o curas en custodia, períodos de cuarentena o aislamiento;**
- s. Manejo del dolor.**
- t. La aplicación de cualquier tipo de Vacuna.**
- u. Los dientes, molares o maxilares, excepto los remplazos de dientes naturales o la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada, siempre que hayan sido originados en un Accidente y que hayan sido realizados por un cirujano dentista autorizado dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.**
- v. Los servicios médicos u hospitalarios suministrados por un Hospital de Estado o por la Caja Costarricense del Seguro Social o por cualquier otro servicio de atención médica gratuita;**
- w. El acompañante del paciente asegurado, ya sea en el Hospital o fuera de este.**
- x. El Servicio o suministro de aparatos de uso común tales como pero no limitados a: bicicletas estacionarias, purificadores de agua, aire acondicionado, equipo de diálisis o para la toma de presión arterial, camas ortopédicas, colchones o almohadas ortopédicas o antialérgicas, bastones, muletas o equipos de inhaloterapia.**
- y. El remplazo total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.**
- z. 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.**

SI EL ASEGURADO RECLAMA A LA ASEGURADORA POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, O DE AQUELLAS QUE DECLARAN LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS TOTAL O PARCIALMENTE EN LA LEY DE SEGUROS N°8956 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2011Y SUS CORRESPONDIENTES Y POSTERIORES REFORMAS, 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.

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.

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 las Condiciones Particulares de la presente 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 Período 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.

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.

Los requisitos que se le deberán presentar a la Compañía en caso de reclamación o siniestro, se establecen de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía, en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y en el ANEXO de RECLAMACIÓN, según el tipo de Cobertura y de servicios acordados entre las partes.

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.

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.

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.

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 <input type="checkbox"/> | Fax <input type="checkbox"/> | Correo Electrónico <input type="checkbox"/> | |

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: Al Asegurado Principal: Contributiva <input type="checkbox"/> % _____ No Contributiva <input type="checkbox"/> | |
| Asegurado Dependiente Contributiva <input type="checkbox"/> % _____ No Contributiva <input type="checkbox"/> | |
| Elegibilidad: Los nuevos Empleados de tiempo completo serán elegibles: | |

4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

| Coberturas | Suma Asegurada | Coberturas | Suma Asegurada |
|--|----------------|---|----------------|
| Reclusión Hospitalaria | | Consulta Externa | |
| Atención en sala de Emergencia | | Ambulancia | |
| Cirugía | | Radiografías, imagenología, laboratorios clínicos y de patología para diagnóstico | |
| Quirúrgico Ambulatorios | | Equipo médico duradero | |
| Servicios Dentales | | Marcapasos, válvulas, prótesis o implantes | |
| Cirugía Reconstructiva | | Atención suministrada en el hogar | |
| Anestesia | | Drogas o medicamentos | |
| Maternidad como cualquier otra incapacidad | | Terapia Física Mio-neuroreconstructiva | |
| Atención al Recién Nacido | | Trastornos Mentales | |
| Honorarios Médicos Intrahospitalarios | | Trasplantes de Órganos | |

5. GASTOS MÉDICOS SUPLEMENTARIOS

| Coberturas | Monto | Coberturas | Monto |
|--------------------------|-------|---|-------|
| Máximo Vitalicio | | Coaseguro (Porcentaje de Rembolso) | |
| Deducible año calendario | | Cargo diario de hospital por cuarto y alimentos | |

5. DATOS DE LA PRIMA Y COBRO

Periodicidad de Cobro:

Forma para recibir Recibo: e-mail Fax Apartado

Nº Tarjeta/Cuenta:

Prima Póliza:

Prima según Periodicidad de Cobro:

Canal de Cobro:

Tarjeta/Banco:

Vencimiento Tarjeta:

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° _____ de fecha __ de ____ de ____.

Solicitud N° _____

En relación a la presente solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado en la Póliza N° _____, correspondiente al Grupo Asegurable _____ y para ese fin proporciono la siguiente información:

1. DATOS DEL ASEGURADO

| | | |
|------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nombre Completo: | Tipo de Identificación: | No. De Identificación: |
| Ocupación: | Estado Civil: | Sexo: |
| Nacionalidad: | Fecha Nacimiento: | Ocupación /Profesión /Oficio/: |

2. DIRECCIÓN

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| País: | Provincia: | Cantón: | Distrito: |
| Dirección: | | | |
| Teléfono: | Correo Electrónico: | Fax: | |
| Medio para Recibir Notificaciones: | Dirección <input type="checkbox"/> | Fax <input type="checkbox"/> | Correo Electrónico <input type="checkbox"/> |

3. DATOS DE COBERTURAS Y ASEGURADOS DEPENDIENTES

Asegurados Dependientes (Nombre y Parentesco):

| COBERTURA MÉDICA PARA ASEGURADOS DEPENDIENTES | | | | |
|---|------|------------|-------------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO | SEXO | PARENTESCO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 de Seguro. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa sobre hechos o circunstancias que conocidos por esta Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, eximirá a Aseguradora del Istmo (ADISA), S.A. del pago de reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en los artículos 31 y 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley 8956 de Junio de 2011.

Este documento sólo constituye Solicitud de Seguro, por 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.

Yo el firmante, por medio de la presente, 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, 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.

Firma del Solicitante

Fecha

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