SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE SALDO DEUDOR TC PLUS.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMO POR
COBERTURA BASICA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

Incapacidad Total Temporal: Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.

Cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente:
En caso que el Asegurado en su condición de Trabajador Independiente sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, impidiéndole ejercer su trabajo u ocupación habitual, la Aseguradora abonará a la Tarjeta de Crédito del Asegurado el monto mensual estipulado según el Plan elegido, por un período de hasta seis (6) meses consecutivos, siempre y cuando el Asegurado se encuentre en dicha condición de Incapacidad Total Temporal, la cual deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista, el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS. Esta cobertura aplicará únicamente para Asegurados que sean Trabajadores Independientes. Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Incapacidad Total Temporal, deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio en su estado de salud, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades. En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Incapacidad y no le notifique dicho cambio en su estado de salud a la Compañía, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere, la devolución de los pagos que hizo a la Tarjeta de Crédito sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha cobertura.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN.
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 se 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 o al número de teléfono (506) 2228-4850 con copia al correo electrónico: reclamos@adisa.cr.
El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado o Beneficiario deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.
El Operador de Seguros Autoexpedibles revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Compañía, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Para el trámite de reclamos, el Asegurado o el Beneficiario deberá(n) presentar los requisitos que se establecen a continuación:

1) **Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora;**
2) **Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;**
3) **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.**

4) **Certificación de la CCSS en la que se indique la fecha de inclusión y exclusión del Empleado en la planilla del patrono.**

En caso de Incapacidad Total Temporal por Accidente deberá presentar adicionalmente:

4) **Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Total Temporal del Asegurado, donde se indique claramente, la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;**
5) **Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que se originó la Incapacidad Total Temporal.**

✓**El Tomador y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo el fallecimiento del Asegurado.**

✓**No se tramitará ninguna solicitud con requisitos incompletos.**

✓ **Si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima de esta póliza cuya vigencia es de un (1) año.**

✓**Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.**