

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE VIDA "ESTAR BIEN"

El cual se registrá por las cláusulas que aparecen después del correspondiente índice.

ÍNDICE

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES GENERALES	2	CLÁUSULA 7. RECARGOS Y DESCUENTOS	14
CLÁUSULA 2. BASES DEL CONTRATO	4	CLÁUSULA 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	14
CLÁUSULA 3. ÁMBITO DE COBERTURA	4	CLÁUSULA 9. VIGENCIA, POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	16
3.1. COBERTURAS BÁSICAS OPCIONALES	4	9.1. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	16
3.2. SERVICIO DE ASISTENCIA BÁSICA	6	9.2. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	17
3.3. COBERTURAS ADICIONALES	7	9.3. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO	17
3.4. SERVICIOS DE ASISTENCIA ADICIONALES	7	CLÁUSULA 10. CONDICIONES VARIAS	18
3.5. SUMA ASEGURADA	7	A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	18
3.6. EXCLUSIONES	8	B. ELEGIBILIDAD	18
3.7. PERÍODO DE CARENCIA	9	C. REGISTRO DE ASEGURADOS	18
3.8. LIMITE DEL VALOR Y COBERTURA ASEGURADA	10	D. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	18
3.9. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	10	E. CONTINUIDAD DE COBERTURA	18
3.10. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA Y SERVICIOS DE ASISTENCIA	10	F. OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA	19
CLÁUSULA 4. BENEFICIARIOS	10	G. TRASPASO O CESIÓN	19
CLÁUSULA 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES	11	H. PRESCRIPCIÓN	19
5.1. OBLIGACIONES DEL TOMADOR	11	I. LEGISLACIÓN APLICABLE	19
5.2. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	11	J. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA	19
5.3. OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS	12	K. EDADES DE ADMISIÓN	19
5.4. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO SOBRE EL SERVICIO DE ASISTENCIA	12	L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA	20
5.5. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO	12	M. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES	20
5.6. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	12	N. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	20
5.7. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS	12	CLÁUSULA 11. CONTROVERSIAS	20
CLÁUSULA 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA	12	CLÁUSULA 12. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	20
6.1. PRIMA O TARIFA DE SEGURO	12		
6.2. PAGO DE LA PRIMA	13		
6.3. PERÍODO DE GRACIA	13		
6.4. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	14		

COMPROMISO DE ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA) S.A.

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente hace constar que en caso que se produzca un evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza, la cual está conformada por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Anexos y el Certificado Individual de Seguro, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE").

Matilde Asturias Ekenberg
Apoderado General

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES GENERALES

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

- 1. ACCIDENTE:** Suceso involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico.
- 2. ASEGURADO:** Es la persona que está cubierta por esta Póliza y debidamente registrada en el Certificado Individual de Cobertura. Para los efectos de la presente Póliza, el Asegurado debe ser parte del Grupo Asegurable y elegible para ser incluido en el Grupo Asegurado aceptado por la Aseguradora y debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado.
- 3. 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 Asegurado y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente Seguro.
- 4. BENEFICIARIO:** Es la persona física 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.
- 5. CONDICIÓN PREEXISTENTE O ANTERIOR:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, Lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un Médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado; 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 adquisición de la Póliza.
- 6. EMERGENCIA:** Situación fortuita originada o suceso inesperado, que requiere atención inmediata. Para efecto de esta Póliza deberá ser reportada a la Aseguradora dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia del incidente; y no se considera así cuando la causa sea una Condición Preexistente o Anterior.
- 7. ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales, y ocurrida durante la vigencia de la Póliza.
- 8. FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CATASTROFICO:** Es la manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano.
- 9. FRACTURA:** Separación completa de la masa ósea de un Hueso causada por una rotura, la cual es diagnosticada por un Médico y soportada por estudios radiológicos. Para efectos de esta Póliza, se consideran fracturas cubiertas las descritas en la imagen "Fracturas Cubiertas" de la Cobertura Básica Opcional de Fractura de Huesos por Accidente.
- 10. GRUPO ASEGURABLE:** Grupo constituido por todas las personas físicas que reúnen individualmente los Requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.

Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,
 EDIFICIO STEWART TITLE,
 4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO
 (506) 4101-0000

EMAIL
 info@adisa.cr

WEB
 www.adisa.cr

- 11. GRUPO ASEGURADO:** Grupo integrado por las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Aseguradora, se haya pagado su primera Prima dentro del Período de Gracia y que aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.
- 12. HUESO:** Estructura orgánica y rígida del esqueleto, compuesta por tejido óseo formado por células y minerales.
- 13. LESIÓN:** Herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un Accidente cubierto por esta Póliza, y ocurrida durante la vigencia de esta.
- 14. MÉDICO:** Persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana en Costa Rica y calificada para efectuar el tratamiento y/o diagnóstico requerido. Para efectos de la Póliza se excluye al Médico cuando es el mismo Asegurado, agente de seguros, socio, empleado del Asegurado o familiar de este hasta tercer grado de afinidad o consanguinidad.
- 15. MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así al Seguro en donde el Asegurado participa al Tomador un porcentaje del pago de la Prima que éste debe hacer a la Aseguradora por concepto de la cobertura otorgada.
- 16. MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** Se denomina así al Seguro en donde el Tomador paga la totalidad de la Prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
- 17. OSTEOPOROSIS:** Enfermedad que disminuye la densidad del tejido óseo de los Huesos provocando que estos se vuelvan frágiles y vulnerables ante una Fractura.
- 18. PERÍODO DE CARENCIA:** Es el período con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación correspondiente a las coberturas o asistencias donde este período aplique.
- 19. PERÍODO DE DISPUTABILIDAD:** Es el período durante el cual la Aseguradora puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de declaraciones falsas o inexistentes del Asegurado. Transcurrido este plazo, la Aseguradora 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 las presentes condiciones.
- 20. PLAN:** Alternativa contratada y descrita en el Certificado Individual de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar.
- 21. 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, si hubiera, Anexos, la Solicitud de Seguro y el Certificado Individual de Cobertura. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo.
- 22. PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa de servicios auxiliares que prestará los servicios de asistencia de esta Póliza a través de su red de proveedores.
- 23. PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado y/o Tomador como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.
- 24. SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El agente infeccioso es el VIH y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente Póliza también se considera SIDA la encefalopatía, la demencia por VIH y el síndrome de desgaste por VIH decretados médicamente. Para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del VIH.
- 25. SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Aseguradora al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- 26. SUMA ASEGURADA:** Es el valor asegurado por cada cobertura definido en el Certificado Individual de Cobertura de acuerdo con el Plan contratado, cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Aseguradora en caso de Siniestro.
- 27. TERRORISMO:** Se define como terrorismo los actos de violencia y maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios convertidos en explosivos o en medios incendiarios de cualquier clase, incluyendo específicamente aviones u otros vehículos o personas, igual que la utilización de sustancias contaminantes, tóxicas o contagiosas de cualquier clase, cualesquiera que sean los resultados producidos, medios, lugares, espacios y circunstancias de los actos.
- 28. TOMADOR:** Persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Aseguradora y que es responsable ante la misma por el pago de la totalidad de las primas del Grupo Asegurado.

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, las Condiciones Particulares si hubiere, los Anexos, el Certificado Individual de Cobertura y la Solicitud de Seguro. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales, Particulares y/o Anexos de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares y/o Anexos sobre las Condiciones Generales.

Si al emitirse el Seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado 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 de que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Aseguradora devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Aseguradora deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Aseguradora no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Aseguradora deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

CLÁUSULA 3. ÁMBITO DE COBERTURA

La Aseguradora indemnizará al Asegurado o al Beneficiario, según corresponda, en caso de que el Asegurado, durante la vigencia de la Póliza, sufra un Siniestro amparado bajo alguna de las coberturas que conforman el Plan contratado y descrito en el Certificado Individual de Cobertura, siempre y cuando dicho Siniestro no sea causado por alguna de las exclusiones establecidas en las presentes Condiciones Generales o Anexos de la Póliza.

3.1. COBERTURAS BÁSICAS OPCIONALES

El Asegurado, dependiendo del Plan contratado, contará con al menos una de las Coberturas Básicas Opcionales que se detallan a continuación:

COBERTURA BÁSICA OPCIONAL DE FALLECIMIENTO

En caso de que esta cobertura haya sido contratada y el Asegurado fallezca, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en el Certificado Individual de Cobertura de acuerdo con el Plan contratado. Esta cobertura podrá ser indemnizada siempre y cuando el fallecimiento ocurra durante la vigencia de la Póliza y que no haya sido causado por alguna de las exclusiones establecidas en las presentes condiciones.

COBERTURA BÁSICA OPCIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

En caso de que esta cobertura haya sido contratada, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en el Certificado Individual de Cobertura de acuerdo con el Plan contratado, en caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia directa de las lesiones producidas por un Accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Es condición para el pago de la indemnización prevista en esta cobertura, que la muerte accidental suceda en un plazo no mayor a ciento ochenta (180) días corridos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del Accidente.

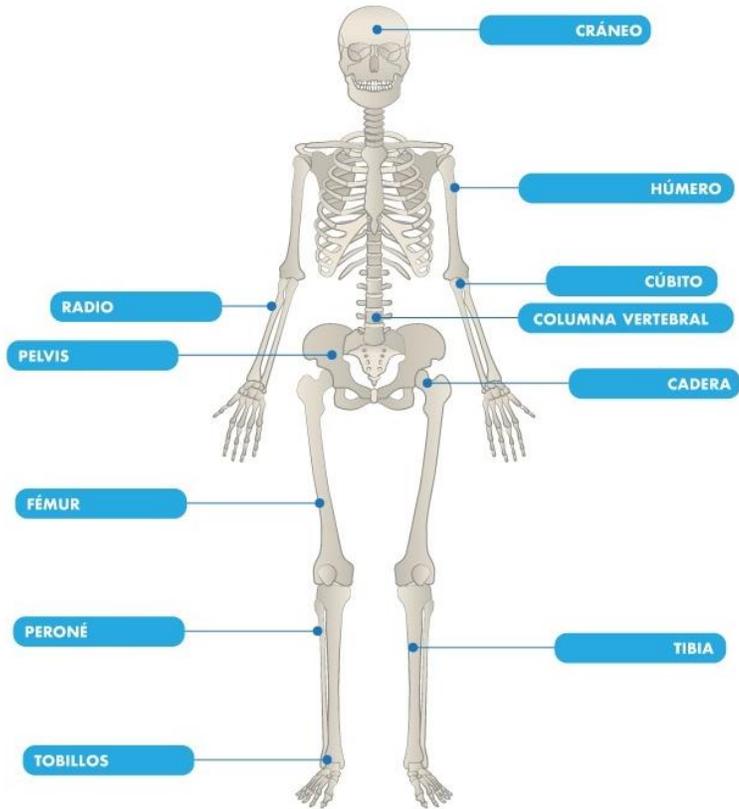
En caso de que se haya contratado esta cobertura y la Cobertura Básica Opcional de Fallecimiento, y el Asegurado fallezca a causa de las lesiones producidas por un Accidente, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios las Sumas Aseguradas de ambas coberturas.

COBERTURA BÁSICA OPCIONAL DE FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE

En caso de que esta cobertura haya sido contratada, la Aseguradora pagará al Asegurado la indemnización que corresponda, si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días corridos y seguidos al mismo, el Asegurado sufre una de las Fracturas descritas en la imagen "Fracturas Cubiertas" que se muestra a continuación.

FRACTURAS CUBIERTAS

HUESO	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA A INDEMNIZAR
FÉMUR	100%
CADERA	100%
PELVIS	100%
COLUMNA VERTEBRAL	80%
TIBIA	60%
PERONÉ	60%
TOBILLOS	60%
CRÁNEO	50%
HÚMERO	25%
RADIO	25%
CÚBITO	25%



Esta cobertura se encuentra sujeta a lo siguiente:

1. La Fractura debe ser diagnosticada por un Médico especialista.
2. Para el diagnóstico de la Fractura, el Médico especialista debe basarse en estudios radiológicos.
3. Si como consecuencia de un mismo Accidente, el Asegurado sufre más de una Fractura cubierta, la indemnización no excederá el monto de Suma Asegurada contratada para esta cobertura.
4. Si en el diagnóstico de la Fractura se determina que el Asegurado padece de Osteoporosis u otra Enfermedad y que esta haya causado que el Hueso se haya fracturado fácilmente, la cobertura tendrá efecto únicamente si el diagnóstico de estas es conocido por el Asegurado por primera vez al momento de la ocurrencia del Accidente.
5. Toda Fractura descrita en la imagen "Fracturas Cubiertas", será indemnizada una sola vez en la vida del Asegurado.

La indemnización correspondiente dependerá del Hueso que el Asegurado se haya fracturado y será calculada tomando como base el porcentaje indicado para tal Hueso en la imagen "Fracturas Cubiertas". El porcentaje correspondiente será aplicado a la Suma Asegurada descrita en el Certificado Individual de Cobertura.

Durante una misma vigencia el Asegurado podrá reclamar a la Aseguradora por las Fracturas que haya sufrido hasta agotar la Suma Asegurada contratada.

Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,
EDIFICIO STEWART TITLE,
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

3.2. SERVICIO DE ASISTENCIA BÁSICA

ASISTENCIA MÉDICA BÁSICA

Independientemente de la Cobertura Básica Opcional del Plan que se haya contratado, el Asegurado contará con el siguiente servicio de asistencia:

1. COORDINACIÓN CON EL BANCO DE EQUIPO MÉDICO AUXILIAR (BEMA)

Por solicitud del Asegurado, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto, vía telefónica, con el Banco de Equipo Médico Auxiliar de Coopenae R.L. para realizar las gestiones correspondientes.

2. TELEDOCTOR Y ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

El Asegurado se podrá poner en contacto con un Médico general a través de la aplicación tecnológica (*App*) llamada Teledocor Paciente; o bien, vía telefónica, para que, ante cualquier consulta médica, se le brinde orientación en la utilización de medicamentos para la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas en general, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, guardando un historial clínico bajo estrictas medidas de confidencialidad en la protección de los datos.

Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo cual el Médico no diagnosticará o recetará vía telefónica.

3. VISITA MÉDICA DOMICILIAR

Por solicitud del Asegurado a consecuencia de un Accidente o condición no preexistente, la Prestadora de Servicios enviará a su domicilio un Médico general, perteneciente a la red médica, para realizarle una evaluación clínica.

Esta asistencia está sujeto a un copago de cinco mil colones (₡ 5,000.00) por visita médica domiciliar, como también a la autorización de un Médico general perteneciente a la red médica, con el cual se realizará previamente una orientación médica telefónica.

Cualquier procedimiento Médico diferente a la evaluación clínica y medicamentos estarán excluidos de la visita médica domiciliar.

4. TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA

La Prestadora de Servicios brindará el traslado Médico terrestre en ambulancia en caso de que el Asegurado, a consecuencia de una Emergencia causada por un Accidente o Enfermedad, requiera y solicite ser trasladado al centro hospitalario más cercano, con previa evaluación y aprobación del Médico general o personal de cabina de la Prestadora de Servicios. En caso de que el afectado no se pueda comunicar, el servicio lo podrá solicitar cualquier persona que se encuentre con el afectado para brindar la información que se solicite.

El personal Médico de la Prestadora de Servicios orientará al solicitante vía telefónica sobre el protocolo a seguir, hasta el momento en que lo reciba la ambulancia.

Una vez finalizado el traslado en ambulancia, todo gasto incurrido a consecuencia de la atención médica será responsabilidad del Asegurado.

En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con ambulancia pública o de la Cruz Roja.

3.3. COBERTURAS ADICIONALES

Dependiendo del Plan que se haya contratado, el Asegurado podrá contar con Coberturas Adicionales a la(s) Coberturas Básicas Opcionales, las cuales se detallarán en el Certificado Individual de Cobertura y sus condiciones serán establecidas en los Anexos que se adjuntarán a las presentes condiciones.

Queda claramente establecido que esta Póliza incluye de forma obligatoria al menos una de las Coberturas Básicas Opcionales y adicionalmente, alguna o algunas de las Coberturas que se detallan a continuación:

- a. Cobertura Adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.
- b. Cobertura Adicional de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente y Enfermedad.
- c. Cobertura Adicional de Inclusión del Cónyuge e Hijos.

Las Coberturas Adicionales entrarán en vigencia una vez la Aseguradora haya aceptado el riesgo para cada una de ellas y así se haya establecido en el Certificado Individual de Cobertura. Estas Coberturas Adicionales se pagarán al Beneficiario correspondiente siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de una exclusión.

3.4. SERVICIOS DE ASISTENCIA ADICIONALES

Dependiendo del Plan que se haya contratado, el Asegurado podrá contar con Servicios de Asistencia Adicionales al Servicio de Asistencia Básica, los cuales se detallarán en el Certificado Individual de Cobertura y sus condiciones serán establecidas en los Anexos que se adjuntarán a las presentes condiciones.

Queda claramente establecido que esta Póliza incluye de forma obligatoria el Servicio de Asistencia Básica y adicionalmente, alguno o algunos de los Servicios de Asistencia que se detallan a continuación:

- a. Asistencia Adicional Médica Presencial.
- b. Asistencia Adicional de Exámenes de Laboratorio y Preventivos.
- c. Asistencia Adicional de Rayos X y Ultrasonido.
- d. Asistencia Adicional de Exámenes de Laboratorio Avanzados.
- e. Asistencia Adicional de Examen de Electrocardiograma.
- f. Asistencia Adicional de Descuentos Deportivos.
- g. Asistencia Adicional Cita Presencial Nutricional.
- h. Asistencia Adicional Nutricional Telefónica.
- i. Asistencia Adicional de Envío de Artículos de Aseo Personal por Hospitalización del Asegurado.
- j. Asistencia Adicional de Fisioterapeuta Presencial.
- k. Asistencia Adicional de Prueba de Esfuerzo.
- l. Asistencia Adicional de Psicología y Enfermería.
- m. Asistencia Adicional Senior.
- n. Asistencia Adicional Plus.

Los Servicios de Asistencia Adicionales entrarán en vigencia una vez la Aseguradora haya aceptado el riesgo para cada uno de ellos y así se haya establecido en el Certificado Individual de Cobertura.

3.5. SUMA ASEGURADA

Las Sumas Aseguradas para cada Cobertura son establecidas en el Certificado Individual de Cobertura de acuerdo con el Plan contratado.

3.6. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES

La Aseguradora no amparará bajo ninguna cobertura o servicio de asistencia y por consiguiente no será responsable de Siniestros que sufra el Asegurado cuando este resulte de, fuere causado por o durante:

1. Actos de guerra declarados o no, invasión, fusión y fisión nuclear, actos de Terrorismo, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no sean necesariamente nucleares, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares, riñas, actos delictivos o acciones dolosas o en hechos que las leyes califican como infracciones graves o delitos contra la seguridad interior del Estado.
2. Embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos, estimulantes y/ alucinantes.
3. Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial con itinerario fijo.
4. Catástrofes originadas por reacciones nucleares.
5. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LAS COBERTURAS BÁSICAS OPCIONALES DE MUERTE ACCIDENTAL Y FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE:

La Aseguradora no amparará y por consiguiente no será responsable de Siniestros que sufra el Asegurado cuando el Accidente, fuere causado por o durante:

1. Suicidio, tentativa de suicidio, automutilación o autolesión del Asegurado, solo o con apoyo de terceros, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
2. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
3. El Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos.
4. Todo Deporte practicado en forma profesional o amateur como paracaidismo, alpinismo, motociclismo, automovilismo, buceo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, grecorromana u otras luchas similares, tiro y tauromaquia.
5. Realización o participación en una actividad riesgosa, que constituyan una agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlas. A vía de ejemplo el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión.
6. Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen sustancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivas.
7. Participación como piloto o pasajero de algún vehículo automotor en carreras formales o informales, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
8. Ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los que se produzcan en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.
9. Homicidio doloso.
10. Una infección bacteriana, excepto aquellas causadas por medio de una herida o cortadura accidental.
11. Arma cortante, cortopunzante o de fuego que, por cualquier circunstancia sean portadas por el Asegurado al momento de producirse el Accidente.
12. Intoxicación o envenenamiento por ingesta accidental de productos químicos, naturales o artificiales para el mantenimiento de desórdenes en la alimentación.
13. Lesiones producidas por los Rayos X, Gamma, Alfa, Beta, láser, radiactivos, catódicos o similares, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos.
14. Lesiones producidas por alguno de los siguientes elementos químicos: Radio (Ra), Uranio (U), Francio (Fr), plutonio (Pu), o cualquier materia radioactiva similar.
15. Viaje como piloto o pasajero de motocicleta, moto, bicicleta a motor, tricimoto, o cuatrimoto, sea este vehículo terrestre, acuático o para nieve.

16. Su realización de labores de fumigación agrícola aérea o terrestre.
17. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
18. Condiciones Preexistentes o Anteriores.
19. Cualquier Enfermedad.
20. Anomalías congénitas, y los trastornos que se relacionen con ellas.
21. Trastornos mentales, nerviosos o de sueño.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE ASISTENCIA BÁSICA

Quedan excluidos de los servicios de asistencia, las reclamaciones o solicitudes por los siguientes conceptos:

1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
2. Los servicios que el Asegurado haya contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.
3. Los servicios originados, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
4. Los servicios derivados de padecimientos crónicos.
5. Bajo el servicio de Traslado Terrestre en Ambulancia, quedan excluidos:
 - 5.1. Traslados interhospitalarios.
 - 5.2. Traslados del hospital hacia el domicilio del Asegurado.
 - 5.3. Traslados del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.
6. A excepción de la exclusión "Cualquier Enfermedad", para los servicios de asistencia, aplicarán todas las exclusiones establecidas para las Coberturas Básicas Opcionales de Muerte Accidental y Fractura de Huesos por Accidente.

De ocurrir el evento que afecte al Asegurado por alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura, no existiendo obligación alguna por parte de la Aseguradora.

3.7. PERÍODO DE CARENCIA

Los Períodos de Carencia descritos a continuación aplican únicamente para la Cobertura Básica Opcional de Fallecimiento y en los casos siguientes.

a. SUICIDIO:

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

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

b. SIDA, INFECCIÓN OPORTUNISTA O NEOPLASMA MALIGNO:

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

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

c. ENFERMEDADES PREEXISTENTES:

Si un Asegurado fallece durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, por una Enfermedad preexistente al momento de adquirir la presente Póliza, la Aseguradora no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, por una Enfermedad preexistente, la Aseguradora no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,
EDIFICIO STEWART TITLE,
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

3.8. LIMITE DEL VALOR Y COBERTURA ASEGURADA

El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de las Pólizas de seguro que para él hayan sido contratadas en la Aseguradora, para que esta última se abstenga de expedir otro contrato similar. En caso de que el Asegurado se encuentre registrado como tal en más de una Póliza de Seguro Colectivo de Vida "Estar Bien" emitida por la Aseguradora, se considerará Asegurado únicamente por la Póliza que provea la Suma Asegurada más alta. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora, considerará que dicha persona está asegurada bajo la Póliza que se haya emitido primero. En cualquiera de las situaciones descritas en este párrafo, la Aseguradora se obliga a informar al Asegurado y devolver el cien por ciento (100%) de las Primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

3.9. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

El derecho de la Aseguradora 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.

3.10. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA Y SERVICIOS DE ASISTENCIA

Todas las Coberturas descritas en las presentes condiciones brindan protección al Asegurado en todo momento y lugar, a excepción de los Servicios de Asistencia, los cuales serán brindados únicamente dentro del territorio nacional de la República de Costa Rica.

Lo anterior se encuentra sujeto a que la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un Siniestro, tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en las presentes condiciones.

CLÁUSULA 4. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios para las Coberturas Básicas Opcionales de Fallecimiento y Muerte Accidental, los cuales se encontrarán descritos en el Certificado Individual de Cobertura, y en caso fallezca, el monto de la indemnización correspondiente se pagará a favor de dichos Beneficiarios. En caso de que el Asegurado fallezca sin haber realizado la designación de Beneficiarios, la indemnización será pagada a favor de los beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

1. Al conyugue o el conviviente en unión de hecho. En caso de que el conviviente esté separado legalmente o, de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización;
2. A falta de beneficiario establecido en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos del Asegurado;
3. A falta de beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los padres del Asegurado;
4. A falta de beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos y demás ascendientes legítimos del Asegurado;
5. A falta de beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos del Asegurado;
6. A falta de beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos del Asegurado;
7. En caso de no existir ninguno de los beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Cuando el Beneficiario deba determinarse en un proceso sucesorio, el reclamo podrá presentarlo cualquier interesado, según los términos anteriores, no obstante, el pago respectivo quedara en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá modificar los Beneficiarios de esta Póliza, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, utilizando el formulario "Solicitud de Modificación de Beneficiarios" establecido para tal fin y suministrado por la Aseguradora. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega del anterior formulario en las oficinas de la Aseguradora. En caso de que ocurra la muerte del Asegurado y la Aseguradora pague la indemnización a los Beneficiarios antes indicados o bien los que se encuentren registrados en esta Póliza, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a la Aseguradora con anterioridad a la ocurrencia del Siniestro. La designación, revocación o sustitución de Beneficiarios será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho.

Advertencia: En caso de 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.

En caso se presente un Siniestro que no sea el del fallecimiento del Asegurado, el mismo Asegurado será el Beneficiario de las indemnizaciones correspondientes.

CLÁUSULA 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador, Asegurado y Beneficiarios, tendrán las siguientes obligaciones:

5.1. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

- a. Recaudar y/o Pagar la Prima de la totalidad de Asegurados dentro de los plazos establecidos.
- b. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.
- c. Colaborar con la Aseguradora en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o Siniestro.
- d. El Tomador será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Registro de Asegurados con la siguiente información:
 - 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,
 - La lista de los Asegurados para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del Grupo Asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

5.2. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

- a. Pagar la Prima, cuando se establezca bajo la Modalidad Contributiva.
- b. Proporcionarle a la Aseguradora la información requerida de forma completa y veraz.
- c. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

5.3. OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

Sin perjuicio que se podría tratar de terceros relevantes para el presente contrato, en su momento todo Beneficiario tendrá las siguientes obligaciones:

- a. En caso de Siniestro, completar los requisitos establecidos en el Procedimiento en Caso de Reclamación o Siniestro descritos en las presentes condiciones.
- b. Colaborar con la Aseguradora en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o Siniestro.

5.4. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO SOBRE EL SERVICIO DE ASISTENCIA

Con el fin de que el Asegurado pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con la Prestadora de Servicios.
- b. Identificarse como Asegurado ante los empleados de la Prestadora de Servicios o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en las presentes condiciones.
- c. Ser Asegurado activo.

5.5. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

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

5.6. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

Si el Asegurado incurre en omisión o inexactitud en la declaración del riesgo, se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

5.7. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Aseguradora, 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 Aseguradora solicite la colaboración para tal efecto.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso de que el Tomador del Seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza.

CLÁUSULA 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

6.1. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Prima o Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica de acuerdo con el Plan contratado y descrito en el Certificado Individual de Cobertura de la misma y para su determinación inicial o al momento de cada renovación, serán calculadas según sea la probabilidad de ocurrencia de las coberturas que conforman la Póliza, teniendo en cuenta los historiales estadísticos y actuariales de la población costarricense y la experiencia propia de la Aseguradora. En caso el Grupo Asegurable cuente con experiencia histórica de siniestros, la Aseguradora podrá establecer la Prima o Tarifa de seguro de acuerdo a dicha experiencia tomando en cuenta cualquier tipo de recargos por gastos y recargos por ajustes estadísticos.

En caso de renovación de la Póliza, la Aseguradora podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito al Asegurado y/o Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Asegurado y/o Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la

Aseguradora. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro.

6.2. PAGO DE LA PRIMA

Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como Contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la Prima que cada uno ha de pagar; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Si la Modalidad del Pago se establece como No Contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la Modalidad de Pago de la Prima, la responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la forma y periodicidad de pago establecida en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza y mediante el medio de pago automático también indicado en el Certificado Individual de Cobertura. Todo pago lo hará el Tomador en la oficina principal de la Aseguradora y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe en nombre y por cuenta de la Aseguradora, 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, o bien por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

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 Aseguradora.

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 Aseguradora.

Si la Póliza se contrata de forma Contributiva, y la Aseguradora acuerda con el Tomador el pago de la Prima de forma fraccionada, el Asegurado podrá realizar el pago de la Prima correspondiente mediante pagos realizados con la misma temporalidad acordada entre el Tomador y la Aseguradora, por adelantado, con cargo automático al medio de pago acordado.

En caso de que el Seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado y/o Tomador durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que hayan pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el Seguro se está pagando de forma mensual, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más. Si se realizó el pago total de la Prima de forma adelantada y el Asegurado y/o Tomador 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 y/o Tomador.

6.3. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Aseguradora le concede al Tomador un Período de Gracia de sesenta (60) días naturales, que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en el Certificado Individual de Cobertura. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Aseguradora acepta el riesgo de forma expresa y por escrita.

Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Aseguradora pagará la indemnización correspondiente previa cancelación por parte del Asegurado y/o Tomador del Seguro de las Primas pendientes.

Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,
EDIFICIO STEWART TITLE,
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

6.4. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

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

- Contributiva: La devolución de Primas bajo la Modalidad Contributiva las realizará la Aseguradora al Tomador y al Asegurado en la misma proporcionalidad en la que pagaron la Prima.
- No Contributiva: La devolución de Primas bajo la Modalidad No Contributiva la realizará la Aseguradora únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de Primas deberá ser reclamada en las oficinas de la Aseguradora diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

CLÁUSULA 7. RECARGOS Y DESCUENTOS

Cuando el Asegurado alcance la edad estipulada en los cuadros descritos a continuación, la Aseguradora aplicará a la Prima los recargos establecidos de acuerdo con la cobertura contratada y el rango de edad en el que se encuentre el Asegurado.

Rango de Edad	Cobertura Básica Opcional de Fallecimiento	Cobertura Básica Opcional de Muerte Accidental	Cobertura Adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Cobertura Adicional de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente y Enfermedad
De 65 a 74 años	Hasta 800%	Hasta 500%	Hasta 500%	Hasta 600%
Mayor a 74 años	Hasta 8500%	Hasta 1200%	Hasta 1300%	Hasta 1600%

Rango de Edad	Cobertura Básica Opcional de Fractura de Huesos por Accidente
De 66 a 75 años	Hasta 10%
De 76 a 85 años	Hasta 21%
Mayor a 86 años	Hasta 1110%

CLÁUSULA 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

8.1. PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso del Siniestro a la Aseguradora 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) 4101-0000** o al correo electrónico: **reclamos@adisa.cr**.

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o Beneficiario deberán presentar los requisitos que se establecen en esta cláusula en las oficinas de la Aseguradora, 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 Aseguradora para verificar las circunstancias del Siniestro y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado o Beneficiario deberán demostrar la ocurrencia del Siniestro aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,
EDIFICIO STEWART TITLE,
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

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

El Asegurado o el Beneficiario tendrán 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 Aseguradora 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.

REQUISITOS A PRESENTAR PARA LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A UN SINIESTRO BAJO LAS COBERTURAS BÁSICAS OPCIONALES DE FALLECIMIENTO Y MUERTE ACCIDENTAL:

1. El formulario de reclamación, suministrado por la Aseguradora, completo y firmado.
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil. En caso de que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente.
3. Fotocopia de documento de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento 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.
4. Si la Reclamación por Fallecimiento del Asegurado se originó en un Accidente, el Beneficiario o su representante deberán presentar adicionalmente:
 - a. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente.
 - b. Si el Asegurado no falleció en el lugar del Accidente, copia certificada del Historial Clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento.
5. Cuando corresponda, 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.

REQUISITOS A PRESENTAR PARA LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A UN SINIESTRO BAJO LA COBERTURA BÁSICA OPCIONAL DE FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE:

1. El formulario de reclamación, suministrado por la Aseguradora, completo y firmado.
2. Informe del diagnóstico con firma y sello del Médico tratante acreditando la Fractura y el tipo de Hueso.
3. Estudios Radiológicos (Rayos X).
4. Fotocopia de documentos de identidad por ambos lados del Asegurado.

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

8.2. SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA:

En caso de que el Asegurado requiera solicitar alguno de los Servicios de Asistencia deberá tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. La Prestadora de Servicios se compromete a prestar la asistencia siempre y cuando sean brindados y coordinados para beneficio del Asegurado.
2. La Prestadora de Servicios no se responsabiliza por ningún servicio coordinado directamente por el Asegurado con un proveedor dentro o fuera de la red y en ningún caso realizará reembolso de los gastos incurridos.
3. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el Asegurado pueda llegar a realizar.

4. Todo Servicio de Asistencia estará sujeto y limitado a la cantidad de eventos establecidos en el Certificado Individual de Cobertura.
5. En caso de que el Asegurado se vea en la necesidad de cancelar una cita médica, deberá dar aviso vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación a la cita programada, caso contrario se tomará como un evento consumido para su Plan.

Para solicitar cualquier Servicio de Asistencia el solicitante deberá comunicarse al número **(+506) 4101-0060**. En dicho número también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores que forman parte de la red de la Prestadora de Servicios.

8.3. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Aseguradora comunicará por escrito al Asegurado, según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación dicho reclamo.

Revisión: El Asegurado, según sea el caso, puede solicitar la revisión ante la Aseguradora. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso de que la reciba el Tomador o intermediario, éste la remitirá a la Aseguradora en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida y la Aseguradora 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.

8.4. DECLARACIÓN INEXACTA O FRAUDULENTO EN LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO

La Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad si el Beneficiario presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas o inexactas de acuerdo con lo indicado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 47.

CLÁUSULA 9. VIGENCIA, POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

9.1. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, salvo se pacte otra cosa en el Certificado Individual de Cobertura. Dadas las características de esta Póliza, la vigencia de la cobertura de cada Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura y está sujeta al pago de la Prima en tiempo y forma.

Esta Póliza es renovable anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que el Asegurado no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso de que la Aseguradora requiera incluir modificaciones en la cobertura o la Prima, éstas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

La Aseguradora podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la renovación de esta, las cuales se deberán informar al Asegurado y/o Tomador con total claridad y con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Asegurado y/o Tomador dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que la Aseguradora informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso de 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 Asegurado y/o Tomador del Seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Aseguradora. La Aseguradora 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 esta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un Anexo, de lo contrario en el mismo plazo la Aseguradora comunicará por escrito al Asegurado y/o Tomador del rechazo

de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una Prima, el Asegurado y/o Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia antes indicado.

Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora 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 de 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 Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

Una vez que dé inicio la vigencia de la Póliza, toda modificación a las Condiciones de la misma deberá realizarse de común acuerdo entre la Aseguradora y el Tomador.

Esta Póliza operará sobre la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros ocurridos 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.

9.2. 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 mora en el pago, en cuyo caso la Aseguradora notificará al Tomador la decisión de dar por terminada la Póliza dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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.

9.3. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el Contrato de Seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas indicadas en esta Póliza terminarán automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

1. Cancelación de la Tarjeta de Crédito o Débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
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 Aseguradora 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 Tomador solicite la baja del Asegurado.
6. Por solicitud del Asegurado a través de la renuncia telefónica.
7. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

CLÁUSULA 10. CONDICIONES VARIAS

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato corresponde a un Seguro Colectivo de adhesión de la categoría de Seguros Personales del Ramo de Vida y de la línea Vida Temporal menor o igual a 1 año, el cual podrá ser contratado exclusivamente por el Tomador bajo la Modalidad Contributiva o Modalidad No Contributiva.

B. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados, todas aquellas personas que residen en Costa Rica y formen parte del Grupo Asegurable y que de igual forma cumplan con los requisitos de asegurabilidad que indique la Aseguradora según las Coberturas y Beneficios a suscribir.

C. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador, la Aseguradora llevará un Registro de Asegurados 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, así como el número de Certificado Individual de Cobertura que le corresponde.

D. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de esta Póliza serán expresados en la moneda que se indique en el Certificado Individual de Cobertura.

En caso de que el Seguro haya sido contratado en Dólares de los Estados Unidos de América y las obligaciones de la Aseguradora se requieran cumplir en moneda nacional, se tomará en cuenta el tipo de cambio que el Banco Central de Costa Rica publique en la fecha en que se efectúe el pago.

E. CONTINUIDAD DE COBERTURA

En caso de que el Tomador y la Aseguradora así lo acuerden y lo establezcan por escrito, la Aseguradora podrá reconocer el beneficio de Continuidad de Cobertura para aquellos Asegurados con seguro vigente en otra entidad aseguradora en la fecha de traslado de la Póliza, hasta por las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas, respetando los periodos de carencia, en donde aplique.

Dado el caso, la Continuidad de Cobertura se concederá sin limitaciones por las condiciones de salud o edad del Asegurado, con la salvedad de que este beneficio se otorga bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar a la Aseguradora el nombre de todos los Asegurados que por sus características han sido recargados en el valor de la Prima o extraprimados por la entidad aseguradora anterior, a fin de aplicar estos mismos porcentajes de recargos a las Primas de la nueva Póliza. De igual manera, el Tomador está en la obligación de comunicarle a la Aseguradora la razón por la cual el Asegurado venía siendo extraprimado en la entidad aseguradora anterior, indicando las limitaciones de cobertura y/o exclusiones que afectaban al Asegurado en forma particular.

Es requisito indispensable que el Tomador o el intermediario de seguros entregue a la Aseguradora el último listado de asegurados emitido por la entidad aseguradora anterior, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de aceptación de la cobertura, con la siguiente información: nombres, apellidos, número de documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de la cobertura, sobreprimas o recargos por salud y/o actividad de cada uno de los Asegurados.

Dentro del alcance de la Continuidad de Cobertura, cualquier incremento de las Sumas Aseguradas sobre los valores reportados como vigentes por la última Aseguradora al momento del traslado, requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en estas condiciones.

De conformidad con el artículo 28 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, en caso de traslado de cartera, la Aseguradora no debe soportar las normas del contrato de origen, debiendo regir para todos los efectos lo que establece la presente Póliza. Considerando que esta Póliza opera sobre la base de la ocurrencia del Siniestro, únicamente cubre reclamos por Siniestros ocurridos durante su período de vigencia, y toda reclamación relacionada con un siniestro ocurrido durante la vigencia de la entidad aseguradora anterior será responsabilidad exclusiva de esa entidad aseguradora anterior.

F. OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

La Aseguradora se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Aseguradora se compromete a darle trámite diligente a cada uno de los reclamos interpuestos como consecuencia de la celebración del Contrato de Seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la Aseguradora, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva. El retraso injustificado en el pago de dicha prestación obligará a la Aseguradora a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al y/o Asegurado, mismos que, para el caso específico de mora en el pago de la indemnización, consistirán en el pago de intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma principal adeudada.

G. TRASPASO O CESIÓN

La Aseguradora no reconocerá traspaso o cesión alguna que, de sus derechos sobre el Seguro, haga el Asegurado o Tomador.

H. PRESCRIPCIÓN

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

I. 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.

J. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de un Certificado Individual de Cobertura, según el caso, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del interesado.

K. EDADES DE ADMISIÓN

Dentro de esta Póliza son asegurables las personas con los siguientes rangos de edad:

- Edad Mínima de Aceptación del Asegurado: Dieciocho (18) años.

La cobertura establecida en este seguro se otorga a partir de la declaración de la edad hecha por el Asegurado o Tomador en la solicitud de incorporación al seguro o en el Certificado Individual de Cobertura. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando certificación de partida de nacimiento o documento de identidad del Asegurado expedido por la autoridad competente.

Si la Edad de un Asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. En caso de 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.

Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,
EDIFICIO STEWART TITLE,
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

La Aseguradora emitirá un Certificado Individual de Cobertura que será entregado al Asegurado como constancia de ingreso al Seguro, indicando la fecha de inicio y el límite de la cobertura.

El Certificado Individual de Cobertura estará en vigor y la cobertura podrá ser reclamada únicamente cuando esté incluido en el listado de Asegurados que el Tomador enviará periódicamente a la Aseguradora. La Aseguradora no será responsable por cualquier reclamo referente a un Certificado Individual de Cobertura que no haya sido incluido por el Tomador en el listado de Asegurados.

M. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Aseguradora resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador o los Asegurados, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación. En caso de que sea aplicable, se entiende que el Asegurado y/o Tomador 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 Aseguradora, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza.

N. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada a la Aseguradora 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.

Asimismo, la Aseguradora se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al Asegurado, consagrados dentro de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (Acuerdo SUGESE 06 – 13), Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros (Acuerdo SGS-DES-A-031-2014) y demás normativa aplicable.

CLÁUSULA 11. 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 con 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 12. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. 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 Aseguradora quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza por medio de Anexo.

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

Las comunicaciones del Asegurado y/o Tomador a la Aseguradora que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas y/o sucursales.

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 No. 8653, bajo el registro **P14-26-A07-875** de fecha 29 de agosto del 2020.

Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,
EDIFICIO STEWART TITLE,
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr