CONDICIONES GENERALES

Cláusula 1. OBJETO DEL CONTRATO

Mediante el presente Contrato de Seguros (de ahora en adelante "Póliza"), Aseguradora Del Istmo (ADISA) S.A. se obliga, contra el pago de la Prima acordada y en el caso de que se produzca el Siniestro cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: las Condiciones Generales del Contrato, Solicitud de Seguro y Condiciones Particulares.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado podrá solicitar su rectificación o anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. Si el Asegurado no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrán por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que solicite la rectificación, se entiende que prevalecerá la Póliza sobre las condiciones ofrecidas. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la prima en unplazo no mayor de diez (10) días naturales.

Cláusula 3. DEFINICIONES:

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

a. **Accidente**: Toda lesión corporal traumática que afecte el organismo del Asegurado, ocasionada por la acción repentina de un agente externo en forma violenta, fortuita e imprevista, independientemente de su voluntad, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, que puedan ser determinadas por un médico de manera cierta.
   Adicionalmente, se considerarán Accidentes los siguientes:
   i) La asfixia accidental producida por agua o por inhalación de vapores o gases.
   ii) Las consecuencias directas de mordeduras de animales y picaduras de insectos.
   iii) Descargas eléctricas o atmosféricas.
   iv) Quemaduras causadas por fuego; escapes de vapor imprevistos o el contacto accidental con ácidos y corrosivos.
   v) Infecciones respecto a las cuales quede comprobado que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la Póliza.
   vi) Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza.
   vii) Accidentes que ocurran en medios normales de locomoción, tales como: carruajes, autobuses de servicio público, tranvías, ferrocarriles, en buques o aviones de líneas comerciales regulares, siempre y cuando el Asegurado viaje en calidad de pasajero.
   viii) Accidentes al usar o conducir automóviles, motocicletas, motonetas, scooters o vehículos de la misma similitud o motor; o carruajes de tracción animal, montar en bicicletas (sin motor) o a caballo.
   ix) Los Accidentes en los deportes practicados en calidad de aficionados.
   Toda lesión o evento que no esté incluido bajo la anterior definición, no estará cubierto bajo esta Póliza.
b. **Asegurado:** Es la Persona que está cubierta por esta póliza, según se establece en Condiciones Particulares.. Para todos los efectos, el Asegurado es a su vez el Tomador de la Póliza.
c. **Beneficiario(s):** Persona(s) designada(s) por el Asegurado a quien(es) se le(s) reconoce el derecho de percibir la totalidad o una porción de la indemnización derivada en esta póliza, tal y como se indica en las Condiciones Particulares.
d. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A, que es quien suscribe la Póliza con el Asegurado y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
e. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización de conformidad con los términos de la presente Póliza.
f. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
g. **Plan**: Alternativa elegida por el Asegurado en la Solicitud de Seguro donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar.
h. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relacióncontractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Solicitud de Seguro.
i. **Prima:** Es el Precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación bajo el presente contrato.
j. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún

Dirección: 300 m oeste de Tony Romas, edificio Stewart Title, 4to piso, San Rafael Escazú. **Contacto**: (506) 4101-0000 / info@adisa.cr

no ha trascurrido.

k. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

l. **Tomador:** es la persona física que suscribe la Póliza con la Compañía, a su vez es el Asegurado de la Póliza.

Cláusula 4. SUMAS ASEGURADAS

Es el monto de cobertura determinada por el Asegurado según el Plan elegido, que la Aseguradora se obliga a pagar en caso de Siniestro, según lo que se indica en Condiciones Particulares.

Cláusula 5. COBERTURAS

La Aseguradora indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan. Esta Póliza está conformada por todas las coberturas que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado.

a. Cobertura por Muerte Accidental: La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura según el Plan elegido, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de una Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del Accidente.

b. Cobertura de Renta Alimenticia Mensual por Muerte Accidental: La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado el monto mensual estipulado según el Plan elegido, por un período de cuarenta y ocho (48) meses consecutivos, siempre y cuando el Asegurado fallezca a consecuencia de unAccidente cubierto que ocurra durante la vigencia de la Póliza y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del Accidente.

c. Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre paraEmergencias Médicas: Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado, su cónyuge e hijos dependientes menores de 21 años que vivan permanentemente con el Asegurado, contarán con los siguientes servicios:

1. Servicio de Orientación Médica Telefónica ilimitada durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el Asegurado pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia. Queda entendido que el servicio se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Los gastos en que incurra el Asegurado correrán por su cuenta.
2. Servicio de Referencias Médicas: en caso que el Asegurado requiera información de profesionales enmedicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica, la Compañía proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Compañía cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta propia del Asegurado, así mismo los honorarios del médico que atienda al Asegurado y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el Asegurado con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. La Compañía únicamente se limita a proporcionar al Asegurado las referencias de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados.
3. En caso de Accidente o Emergencia Médica la Compañía gestionará uno de los siguientes servicios en caso que el Asegurado lo solicite:
   i. Atención médica a domicilio por un Médico general. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) visitas médicas a domicilio durante el año de vigencia de la Póliza.
   ii. Traslado Médico Terrestre Por Accidente o Emergencia Médica: En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, o tenga algunaemergencia médica derivada de una enfermedad grave y repentina, la Compañía previa autorización, gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, dentro del territorio de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, la Compañía coordinará el traslado pormedio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2)servicios de traslado médico terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

Cláusula 6. MODALIDAD

Esta Póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Individual.

Cláusula 7. VIGENCIA Y PRÓRROGA DE LA PÓLZA

La vigencia de la Póliza será anual e inicia en la fecha consignada en Condiciones Particulares. La prórroga de esta

Dirección: 300 m oeste de Tony Romas, edificio Stewart Title, 4to piso, San Rafael Escazú. **Contacto**: (506) 4101-0000 / info@adisa.cr

póliza será obligatoria para la Compañía, por ello, se prorrogará automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Tomador y/o Asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En cada prórroga la Compañía podrá modificar las primas según se indica en la Cláusula de "Prima y forma de Pago.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

Cláusula 8. PRIMA Y FORMA DE PAGO

La Prima que se establece para esta Póliza es la que se detalla en la Condiciones Particulares según el Plan elegido por el Asegurado, la cual toma en cuenta los historiales de salud, estadísticos y actuariales de la población costarricense.

El valor de la prima será determinado por el grupo etario al que pertenezca el Asegurado y esto será aplicable tanto para la contratación inicial de la póliza como para cada prórroga. Cuando el Asegurado alcance las edades indicadas para cada grupo etario la Compañía ajustará el valor de la prima, según el cuadro detallado a continuación:

RANGO DE EDAD (Grupo Etario)	Porcentaje de ajuste a aplicar sobre la prima del grupo etario
18 a 64 años	0%
De 65 a 75 años	3500%
De 76 a 80 años	15000%
De 81 a 85 años	30000%
Mayores de 85 años	25000%

Los rangos etarios aquí indicados no se consideran recargo sino tarifas niveladas por grupo etario.

Las modificaciones en el monto de la prima serán notificadas al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de prórroga de la póliza. Una vez que el Asegurado reciba la notificación, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haberla recibido. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la póliza, se considerará que el Asegurado ha aceptado la modificación de la prima.

Cláusula 9. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la Prima de la presente Póliza será de pago fraccionado debiendo hacerse los pagos mensualmente por adelantado con cargo automático en una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque.

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

Dirección: 300 m oeste de Tony Romas, edificio Stewart Title, 4to piso, San Rafael Escazú. **Contacto**: (506) 4101-0000 / info@adisa.cr

Cláusula 10. PERIODO DE GRACIA

Para llevar a cabo el pago mensual de la Prima, la Compañía le concede al Asegurado un Período de Gracia de noventa (90) días naturales, que empezarán a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, se procederá de conformidad con lo indicado en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía pagará la indemnización correspondiente, rebajando de la indemnización la(s) Prima(s) pendiente(s).

Cláusula 11. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado de esta póliza deberá cumplir los requisitos que a continuación se detallan:

1. Al momento de suscribir la póliza **NO TENER CONOCIMIENTO QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES**: ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremes o de enajenación mental.
2. Completar la Solicitud de Seguro.

Cláusula 12. BENEFICIARIOS

El Asegurado deberá designar el (los) Beneficiario(s) al momento de adquirir la póliza. El beneficio de pago de esta Póliza, será pagado a los Beneficiarios expresamente señalados por el Asegurado en la Solicitud de Seguro.

En caso que no se hayan designado Beneficiarios, o estos no se encuentren con vida, o la designación se torne ineficaz, serán Beneficiarios los herederos del Asegurado según se indique mediante resolución por parte de un juez civil de conformidad con la legislación aplicable. Si se designare a dos o más Beneficiarios se entenderá que éstos tendrán derecho en partes iguales, salvo que el Asegurado haya indicado lo contrario.

El Asegurado podrá modificar su designación de Beneficiarios, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, utilizando el formulario Solicitud de Modificación de Beneficiarios establecido para tal fin y suministrado por la Compañía. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega del anterior formulario en las oficinas de la Compañía.

Advertencia: En caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cláusula 13. EXCLUSIONES

No se cubrirán siniestros causados por o durante:

a. Infecciónes bacteriales (excepto aquellas infecciones con progenia causadas por medio de una herida o cortadura accidental).
b. Cualquier clase de enfermedad o como consecuencia de una enfermedad, o de ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremes o de

Dirección: 300 m oeste de Tony Romas, edificio Stewart Title, 4to piso, San Rafael Escazú. **Contacto**: (506) 4101-0000 / info@adisa.cr

enajenación mental.

c. **Que el Asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas, o bebidas alcohólicas, los efectos de malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, enfermedad del sueño, fiebre amarilla o similares; ni los efectos que sobrevengan al Asegurado debido a su perturbación mental o sonambulismo.**
d. **Tratamiento Médico o quirúrgico, excepto aquellos que fueren necesarios exclusivamente a lesiones cubiertas por la Póliza y practicados dentro del límite de noventa (90) días posteriores al Accidente;**
e. **Lesiones producidas por los Rayos X, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos o similares, y las lesiones del radio o cualquier materia radioactiva.**
f. **Lesiones corporales que resulten en hernias.**
g. **Ninguna lesión fatal o no fatal sufrida por el Asegurado mientras se encuentre dentro o en cualquier vehículo para navegación aérea o artefacto mecánico para los mismos fines, o al caerse del mismo o dentro del mismo o mientras estuviese operando o manejando tal vehículo o artefacto, a menos que, al ocurrir el accidente, el Asegurado viajare como pasajero con boleto pagado, en avión de una compañía comercial debidamente autorizada; en viaje de itinerario entre aeropuertos establecidos.**
h. **Suicido o tentativa de suicidio o sus consecuencias, estando el Asegurado cuerdo o demente.**
i. **Lesiones debidas a actos intencionales del Asegurado.**
j. **Por muerte o lesiones que pueda sufrir el Asegurado, causadas por arma cortante, cortopunzante o de fuego las que, por cualquier circunstancia sean portadas por él al momento de producirse la muerte o lesiones.**
k. **La participación del Asegurado en carreras de velocidad o de resistencia, concursos, o por cualquier infracción grave de leyes, reglamentos y ordenanzas.**
l. **Paracaidismo, deportes submarinos o navegación en submarinos o práctica de deportes a nivel profesional.**
m. **Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer.**
n. **Fumigación agrícola: aérea o terrestre.**
o. **Las lesiones que resulten de prácticas higiénicas o de otra índole realizadas por el propio Asegurado en su persona (como los actos de aseo, arreglo de las uñas, extirpación de callo) así como las consecuencias de operaciones quirúrgicas y las irradiaciones de cualquier clase que no hayan sido motivadas por el tratamiento de un accidente cubierto por la Póliza.**
p. **Guerra Civil, Revolución, Insurrección, Usurpación Militar o del Poder, Sedición, Acción Atómica o de Energía Nuclear.**
q. **Para la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas:**
    1. **Consultas, Exámenes, tratamientos y procedimientos no proporcionados por la Compañía.**
    2. **Exámenes no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal accidental, así como chequeos médicos, vacunas, vitaminas o exámenes generales de salud.**
    3. **Curaciones de reposo, cuidado sanitario o períodos de cuarentena.**
    4. **Epidemias o circunstancias donde el Ministerio Salud Pública determine una**

Dirección: 300 m oeste de Tony Romas, edificio Stewart Title, 4to piso, San Rafael Escazú. **Contacto**: (506) 4101-0000 / info@adisa.cr

declaración oficial de estado de emergencia.

5. **Enfermedades y/o Accidentes, las lesiones o afecciones causadas u originadas directa o indirectamente por terremotos, inundaciones, energía atómica, radiación, reacción nuclear, desastres naturales, o cualquier evento de la naturaleza, así como guerra (declarada o no), conmoción civil, revolución, asonada, participación activa en huelga y motines.**
6. **Traslado del Asegurado de una clínica u hospital a otro centro de atenciónmédica o bien por embarazo o por alta al domicilio.**

Cláusula 14. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere muto engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas al Asegurado, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

Cláusula 15. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza se tendrá por terminada cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

a) Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la prórroga de la misma.
b) A solicitud expresa del Asegurado.
c) Si vencido el Período de Gracia el Asegurado no haya pagado la Prima correspondiente, en cuyo caso se procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
d) A partir del momento en que la Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
e) Fallezca el Asegurado.

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

Cláusula 16. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite ante el Intermediario de Seguros con el cual adquirió la Póliza, o también podrá(n) presentarlo en las oficinas de la Compañía, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el Siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

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

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

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

Dirección: 300 m oeste de Tony Romas, edificio Stewart Title, 4to piso, San Rafael Escazú. **Contacto**: (506) 4101-0000 / info@adisa.cr

siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

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

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
4. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
5. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
6. 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;
7. 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.

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

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

Cláusula 17. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora de Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula 16. "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO".

Cláusula 18. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al(los) Beneficiario(s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El(los) Beneficiario(s) puede(n) solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía o ante el Intermediario de Seguros. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso que la reciba el Intermediario de Seguros, éste la remitirá a la Compañía en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida y la Compañía deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la recepción de dicha solicitud.

Cláusula 19. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en que incurra el Asegurado o el Beneficiario, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de Prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las Primas no devengadas, tal y como se indica en Pago de Primas. Si el pago de la Prima es mensual, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

Cláusula 20. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en colones moneda de curso legal Costa Rica. Toda indemnización se realizará en colones moneda de curso legal de Costa Rica.

Cláusula 21. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Dirección: 300 m oeste de Tony Romas, edificio Stewart Title, 4to piso, San Rafael Escazú. **Contacto**: (506) 4101-0000 / info@adisa.cr

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

Cláusula 22. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 23. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 24. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Asegurado 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 Asegurado. Así mismo, el Asegurado 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 Asegurado incumpla con esta obligación cuando se le solicite durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Asegurado, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Cláusula 25. DOMICILIO

El domicilio contractual es la dirección anotada por el Asegurado en la Solicitud de Seguro y que se haga constar en las Condiciones Particulares.

Cláusula 26. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza, serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección que consta en las Condiciones Particulares o a la última recibida por la Compañía.

El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Cláusula 27. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza, la Compañía, emitirá un duplicado sin costo alguno. Previa solicitud escrita del Asegurado.

Cláusula 28. CONTROVERSIAS

Todas las divergencias que surjan bajo esta Póliza, en relación con la indemnización a pagar, podrán ser sometidas de común acuerdo entre las partes para su solución de acuerdo a alguno de los procedimientos (mediación, conciliación o arbitraje) previstos en la Ley de Resolución Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social N° 7727 de 9 de diciembre de 1997.

Cláusula 29. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, su reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P16-33-A07-272 V4.0 de fecha 25 de agosto de 2011.

Dirección: 300 m oeste de Tony Romas, edificio Stewart Title, 4to piso, San Rafael Escazú. **Contacto**: (506) 4101-0000 / info@adisa.cr