

"SEGURO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL FLEX EN COLONES"

CONDICIONES GENERALES



CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL FLEX EN COLONES

El cual se regirá por las cláusulas que aparecen a continuación:

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 las Condiciones Generales, Solicitud de Seguro y Condiciones Particulares, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE").

Matilde Asturias Ekenberg
Apoderado General

Torre Banco General
Trejos Montealegre Escazú
(Contiguo al Centro Corporativo el Cedral)
4to. Piso

Teléfono: (506) 4101-0000

info@adisa.cr

INDICE

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES:	3	CLÁUSULA 19. VIGENCIA MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	10
CLÁUSULA 2. BASES DEL CONTRATO	3	CLÁUSULA 20. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	10
CLÁUSULA 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	4	CLÁUSULA 21. PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS	10
CLÁUSULA 4. COBERTURAS.....	4	CLÁUSULA 22. NULIDAD DE LA PÓLIZA	10
CLÁUSULA 5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD	5	CLÁUSULA 23. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA.	11
CLÁUSULA 6. SUMAS ASEGURADAS.....	5	CLÁUSULA 24. RESIDENCIA.....	11
CLÁUSULA 7. LÍMITE DEL VALOR Y COBERTURA ASEGURADA	5	CLÁUSULA 25. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	11
CLÁUSULA 8. PERÍODO DE CARENCIA Y TIEMPO DE ESPERA	5	CLÁUSULA 26. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	11
CLÁUSULA 9. EXCLUSIONES	5	CLÁUSULA 27. TRASPASO O CESIÓN.....	11
CLÁUSULA 10. BENEFICIARIOS.....	7	CLÁUSULA 28. PRESCRIPCIÓN	11
CLÁUSULA 11. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.....	7	CLÁUSULA 29. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	11
CLÁUSULA 12. PRIMA Y FORMA DE PAGO	8	CLÁUSULA 30. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	11
CLÁUSULA 13. PAGO DE LA PRIMA	8	CLÁUSULA 31. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA	12
CLÁUSULA 14. PERÍODO DE GRACIA	8	CLÁUSULA 32. CONTROVERSIAS.....	12
CLÁUSULA 15. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO	9	CLÁUSULA 33. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	12
CLÁUSULA 16. PLAZO DE RESOLUCIÓN	9	CLÁUSULA 34. DOMICILIO	12
CLÁUSULA 17. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES..	10	CLÁUSULA 35. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	12
CLÁUSULA 18. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	10		

Cláusula 1. 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) Designado(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 relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales, Solicitud de Seguro y Condiciones Particulares.
- 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 no ha transcurrido.
- 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 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: (i) las presentes Condiciones Generales del Contrato, y (ii) la Solicitud de Seguro y (iii) las Condiciones

Particulares. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

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

Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

La presente Póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Individual

Cláusula 4. COBERTURAS

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

- a. Cobertura por Muerte Accidental:** La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura según el Plan elegido, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro de los 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 el número de meses consecutivos establecidos en las Condiciones Particulares, según el plan contratado por el Asegurado, siempre y cuando el Asegurado fallezca a consecuencia de un Accidente 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 para Emergencias 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 en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica, la Compañía proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Compañía cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de 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 alguna emergencia 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 por medio 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 5. 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, malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, enfermedad del sueño, fiebre amarilla, alcoholismo, drogadicción, o haber sufrido ataques de delirium tremes o de enajenación mental.**
2. Completar la Solicitud de Seguro.

Cláusula 6. SUMAS ASEGURADAS

Es el monto de cobertura determinado por el Asegurado según el Plan elegido, que la Aseguradora se obliga a pagar en caso de Siniestro, según lo que se indica en las Condiciones Particulares, y sujeto a las condiciones y limitaciones que se establecen en esta Póliza.

Cláusula 7. LÍMITE DEL VALOR Y COBERTURA ASEGURADA

El Asegurado podrá contratar y mantener vigente con la Compañía únicamente una (1) Póliza de Seguro de Renta Alimenticia por Muerte Accidental Flex y/o similar expedida por la Compañía. Por lo tanto, el Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera Póliza de seguro para que la Compañía se abstenga de expedir otro contrato similar. En caso que la Compañía emita más de una Póliza de Seguro de Renta Alimenticia por Muerte Accidental Flex, la Compañía podrá proceder a cancelar la(s) Póliza(s) adicional(es), le notificará de tal cancelación al Asegurado y procederá a devolverle el cien por ciento (100%) de las Primas pagadas por el Asegurado, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de cancelación. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro, se considerará a ésta persona asegurada solamente bajo la Póliza que le proporcione el mayor beneficio, y le será devuelta a los Beneficiarios la(s) Prima(s) correspondiente a la Póliza expedidas, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de cancelación.

Cláusula 8. PERÍODO DE CARENCIA Y TIEMPO DE ESPERA

En caso que un Asegurado fallezca por causa accidental, las Coberturas operarán de manera inmediata desde el momento de la emisión de la Póliza y/o durante el Período de Gracia. Habiéndose cumplido el Período de Gracia, las Coberturas operarán siempre y cuando el Asegurado haya pagado las Primas correspondientes, y que a su vez el fallecimiento no esté excluido en la cláusula de EXCLUSIONES de la presente Póliza.

Si un Asegurado requiere algunos de los servicios comprendidos en la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas, durante los primeros treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de esta Póliza, la Compañía no atenderá la reclamación, excepto en caso de Emergencia Médica por Accidente.

Cláusula 9. EXCLUSIONES

No se cubrirán siniestros causados por, durante o como consecuencia de:

- a. **Cualquier clase de enfermedad o como consecuencia de una enfermedad.**
- b. **Infección bacteriana (excepto aquellas infecciones con progenia causadas por medio de una herida o cortadura accidental).**
- c. **Suicidio, tentativa de suicidio, o lesiones debidas a actos intencionales del Asegurado, estando el Asegurado cuerdo o demente.**
- d. **Acción de los Rayos X, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos, o los del radio o cualquier materia radioactiva.**
- e. **El Asegurado, al momento de contratar este seguro, padezca de ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, enfermedad del sueño, fiebre amarilla, o haya sido diagnosticado por alcoholismo o drogadicción.**

- f. Una herida causada por un arma cortante, cortopunzante o de fuego portada por el Asegurado al momento de producirse la herida, sin importar la circunstancia o la razón por la que portaba el arma.**
- g. Operaciones quirúrgicas e irradiaciones de cualquier clase, excepto el caso en que hayan sido motivadas por el tratamiento de un accidente cubierto por la Póliza.**
- h. Desastre natural, terremoto, inundación, o cualquier evento de la naturaleza, desastre por energía atómica, radiación, reacción atómica o de energía nuclear, guerra (declarada o no), guerra civil, conmoción civil, revolución, insurrección, usurpación militar o del poder, sedición, asonada, o participación activa del Asegurado en huelga y motines, sea el fallecimiento del asegurado causado directa o indirectamente por el evento.**
- i. Epidemia, pandemia o circunstancias donde el Ministerio Salud Pública determine una declaración oficial de estado de emergencia.**

Tampoco se cubrirán siniestros cuando al momento del accidente, el Asegurado se encuentre:

- a. Bajo la influencia de estupefacientes, drogas, o bebidas alcohólicas.**
- b. Dentro o en cualquier vehículo para navegación aérea o artefacto mecánico para los mismos fines, o el 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 Compañía Comercial debidamente autorizada; en viaje de itinerario entre Aeropuertos definitivamente establecidos.**
- c. Participando directa o indirectamente en carreras o concursos de velocidad, pericia o resistencia en cualquier tipo de vehículo aéreo, terrestre o acuático.**
- d. Infringiendo alguna ley, reglamento u ordenanza, o que esté cometiendo o tratando de cometer un hecho ilegal.**
- e. Practicando paracaidismo, deportes submarinos, navegación en submarinos, o cualquier deporte a nivel profesional.**
- f. Realizando labores de fumigación agrícola: aérea o terrestre.**

Adicionalmente, por esta póliza no se cubrirán siniestros para la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y/o de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas cuando el Asegurado solicite información o traslados considerados por el operador de la Compañía como, o en situación de:

- a. Consultas, Exámenes, tratamientos y procedimientos no proporcionados por la Compañía.**
- b. Consulta sobre diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal, chequeos médicos, vacunas, vitaminas, exámenes de laboratorio, o exámenes generales de salud.**
- c. Traslado del Asegurado de una clínica u hospital a otro centro de atención médica o bien por embarazo o por alta al domicilio.**
- d. Solicitud de Atención Médica a domicilio por un médico especialista.**

DE OCURRIR UN SINIESTRO POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA, Y POR ENDE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

Cláusula 10. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar los Beneficiarios para las coberturas de esta Póliza al momento de adquirir la Póliza en la Solicitud de Seguro. El Asegurado expresamente acepta en la Solicitud de Seguro, que en caso que no designe expresamente a sus Beneficiarios, la indemnización de las Coberturas de Muerte Accidental y/o Renta Alimenticia Mensual por Muerte Accidental serán pagadas a favor de los Beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- 1) Al consorte o el conviviente en unión de hecho. En caso 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;
- 7) En caso de no existir ninguno de los Beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

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 Compañía. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega del anterior formulario en las oficinas de la Compañía. En caso que ocurra la muerte del Asegurado y la Compañía 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 Compañía 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.

En caso que los Beneficiarios deban determinarse mediante un proceso sucesorio en sede Judicial o Notarial, el reclamo se podrá presentar por medio de cualquier interesado debidamente demostrado, sin embargo, según los términos anteriores, el pago respectivo quedará en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

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 11. 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:

Obligaciones del Tomador y/o del Asegurado: El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

Pagar la Prima dentro de los plazos establecidos;
Elegir la Suma Máxima Asegurada;
Completar la información solicitada en la Solicitud de Seguro antes del inicio de la vigencia de la Póliza;
Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza y/o en la normativa aplicable.

Obligaciones de los Beneficiarios: Sin perjuicio que se trata de terceros relevantes para el presente contrato, en su momento los Beneficiarios tendrán las siguientes obligaciones:

En caso de siniestro, completar los requisitos establecidos en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza.

Colaborar con la Compañía en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.

Cláusula 12. PRIMA Y FORMA DE PAGO

La Prima que se establece para esta Póliza es la que se detalla en las Condiciones Particulares según el Plan contratado por el Tomador y/o Asegurado Titular.

Las Primas cobradas serán calculadas según sea la probabilidad de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo la presente Póliza, teniendo en cuenta los historiales estadísticos y actuariales de la población costarricense.

El valor de la prima, al momento de contratar el seguro o en cada prórroga, será determinado por el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado. 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:

<u>RANGO DE EDAD (Grupo Etario)</u>	<u>Porcentaje de ajuste a aplicar sobre la prima del grupo etario</u>
Para edades entre 18 y 60 años	No aplicará ajuste en la prima
Para edades entre 65 y 70 años	20%
Para edades entre 71 y 80 años	45%
Para edades entre 81 y 90 años	100%
Para edades mayores de 90 años	175%

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

La Aseguradora notificará la modificación de la prima al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza. Una vez que el Tomador 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 Tomador ha aceptado la modificación de la prima.

Cláusula 13. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la Prima de la presente Póliza será de pago fraccionado debiendo hacerse los pagos mensualmente por adelantado con cargo automático en una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque. Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Tomador o Asegurado deberán completar el formulario de autorización correspondiente. El Asegurado podrá pagar el valor total de la prima correspondiente a una anualidad de forma adelantada y al momento de completar la Solicitud de Seguro, sin que ello implique descuentos o recargos en la suma a cancelar.

Si se realizó el pago total de la Prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las Primas no devengadas.

Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

Cláusula 14. PERÍODO 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 según lo que establece el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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 15. 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 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.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Beneficiario 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 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 16. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora de Seguros No. 8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO".

Cláusula 17. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Asegurado, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

En caso que sea aplicable, se entiende que el Asegurado, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza.

Cláusula 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. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso que la reciba el Asegurado o intermediario, 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. VIGENCIA MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta Póliza será de un año, e inicia en la fecha consignada en Condiciones Particulares. La prórroga de esta 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 20. 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) El Tomador o Asegurado no paguen la Prima de Seguro en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso se procederá según lo que establece el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- d) Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- e) Fallezca el Asegurado o se pague la Cobertura de Fallecimiento o se adelante su equivalente.

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 21. PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Se deja constancia que las personas físicas y/o jurídicas que brindan los servicios establecidos en la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica de la presente Póliza, podrán cambiar o ser reemplazados por la Compañía dependiendo de las circunstancias que se presenten, sin que lo anterior sea motivo para declarar el incumplimiento de este contrato por alguna de las partes. **Sin perjuicio de lo anterior, con el fin de que el Asegurado pueda consultar, la Compañía actualizará regularmente la lista de profesionales en la siguiente página web: www.adisa.cr (Nuestros Productos / Proveedores de Servicios).**

Cláusula 22. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales

por parte del Asegurado, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere mutuo engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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

Cláusula 23. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA

Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la obligación de indemnizar que tiene la Aseguradora se extinguirá si demuestra que el Asegurado o los Beneficiarios declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin perjuicio de que la conducta del Asegurado o del reclamante configure el delito de simulación. En este caso, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución

Cláusula 24. RESIDENCIA

Para efectos de la presente Póliza, solo estarán cubiertos los Asegurados que residan permanente y legalmente en la República de Costa Rica.

Cláusula 25. 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 26. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Cláusula 27. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 28. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 29. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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 30. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

Cláusula 31. 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 32. CONTROVERSIAS

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

Cláusula 33. 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 34. DOMICILIO

El domicilio contractual es la dirección anotada por el Asegurado en las Condiciones Particulares, o en su defecto la última reportada a la Compañía.

Cláusula 35. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza, serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada 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.

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° P19-57-A07-673 V2.0 de fecha 30 de abril del 2016.