

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

El cual se registrá 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 la Solicitud Certificado Individual de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares o Carátula, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros (“SUGESE”).

Javier Navarro Giraldo
Apodero General

Torre Banco General
Tremos Montealegre Escazú
(Contiguo al Centro Corporativo el Cedral)
4to. Piso
Teléfono: (506) 4101-0000
info@adisa.cr

ÍNDICE

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES: ...	3	Cláusula 19. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO	14
Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO	5	Cláusula 20. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	14
Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	5	Cláusula 21. CONDICIONES VARIAS.....	15
Cláusula 4. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL..	5	a. NULIDAD DE LA PÓLIZA.....	15
Cláusula 5. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.	5	b. ACEPTACIÓN DEL RIESGO.....	15
Cláusula 6. COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS.....	6	c. ELEGIBILIDAD	15
Cláusula 7. SUMA ASEGURADA	7	d. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	15
Cláusula 8. EXCLUSIONES	8	e. REGISTRO DE ASEGURADOS .	16
Cláusula 9. BENEFICIARIOS.....	9	f. COMISIÓN DE COBRO.....	16
Cláusula 10. OBLIGACIONES DE LAS PARTES	10	g. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.	16
Cláusula 11. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	10	h. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	16
Cláusula 12. PRIMA O TARIFA DE SEGURO	11	i. TRASPASO O CESIÓN.....	16
Cláusula 13. PAGO DE LA PRIMA	11	j. PRESCRIPCIÓN.....	16
Cláusula 14. PERÍODO DE GRACIA.....	12	k. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS	16
Cláusula 15. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.....	12	l. LEGISLACIÓN APLICABLE	17
Cláusula 16. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	12	m. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA...	17
Cláusula 17. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	13	n. PLAZO DE RESOLUCIÓN.....	17
Cláusula 18. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	14	o. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES	17
		p. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD .	17
		q. DOMICILIO	17
		Cláusula 22. CONTROVERSIAS.....	17
		Cláusula 23. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	17

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES:

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

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente aquel ocurrido como resultado de: Homicidio Culposo, asfixia o intoxicación por vapores o gases, intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, picadura o mordedura de ofidios, mordedura de animales y picaduras de insectos, descargas eléctricas o atmosféricas, quemaduras por fuego, vapor, ácidos o corrosivos, las infecciones virales 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, o como consecuencia de fenómenos de la naturaleza. **Igualmente y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente el Suicidio o el SIDA.** Toda lesión o evento que no esté incluido bajo la anterior definición, no estará cubierto bajo esta Póliza.
- b. **Ambulancia:** Es el vehículo que se utiliza como medio de transporte terrestre o aéreo de emergencia, especializado, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades.
- c. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos cubiertos bajo la presente Póliza, que se individualizan expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la Solicitud 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 Compañía y se debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- d. **Beneficiario(s):** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas. En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado.
- e. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador o Contratante y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- f. **Condición Pre-existente o Anterior:** Se refiere a cualquier enfermedad, padecimiento, problema de salud, síntoma, lesión, patología, incapacidad, lesión, dolencia o condición física o mental, por la cual un Asegurado ha recibido consulta, chequeos, tratamiento, controles médicos o prescripción de medicamentos, o que haya sido investigada o haya estado en proceso de estudio de diagnóstico, durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación de la Solicitud de Incorporación de Asegurado a la Póliza.
- g. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización de conformidad con los términos de la presente Póliza.
- h. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- i. **Evento:** La ocurrencia de un Accidente que se encuentre amparado bajo cualquiera de las coberturas de la presente Póliza, según se establece en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura.
- j. **Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado por la Compañía y que puede utilizar el Tomador para el pago de la Prima, que puede ser cualquiera de las siguientes formas: efectivo, cheque debidamente acreditado, transferencia bancaria, tarjeta de débito y/o tarjeta de crédito. Todo pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador dentro del Plazo de Gracia que adelante se indica. Se entiende que para que el cheque sea aceptado por la Compañía como una Forma de Pago de la Prima, este debe de haber sido debidamente acreditado en la cuenta de la Compañía.
- k. **Grupo Asegurable:** Se entenderá que está constituido por todas las personas físicas que reúnen individualmente los Requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- l. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, se haya pagado su primera Prima dentro del Período de Gracia y que aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.

- m. **Homicidio Culposo:** Es el delito que consiste en causarle la muerte a otra persona por culpa de conformidad con el artículo 117 del Código Penal.
- n. **Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%) de manera permanente, que definitivamente le impide desempeñar de forma lucrativa o de remuneración, una profesión, actividad u oficio. **Debe haberse producido exclusivamente como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado**, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de este contrato, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación y a causa de un Accidente de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irreparable del Asegurado. El porcentaje de la incapacidad deberá ser definido por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica, según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada el periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982 (Costa Rica). La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica ("CCSS").
- o. **Multiplicador (factor):** Factor o número por el cual se multiplicará el valor del Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito del Asegurado para obtener la Suma Asegurada al momento del fallecimiento del Asegurado por causa Accidental, dentro de los límites y en las condiciones establecidas en este documento.
- p. **Pareja:** Cónyuge con quien se ha contraído matrimonio legalmente ó persona con quien se ha convivido bajo el mismo techo y se ha mantenido una unión de hecho pública, notoria, única y estable, por más de tres años. Los convivientes deben poseer cada uno por sí, aptitud legal para contraer matrimonio e integrar una unidad social primaria. Para efectos de la presente póliza, los convivientes pueden ser del mismo sexo, siempre y cuando tengan esa aptitud legal para contraer matrimonio.
- q. **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- r. **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, las Condiciones Particulares y la Solicitud Certificado Individual de Cobertura.
- s. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro a la Compañía por cada Asegurado, en contraprestación por la cobertura de riesgo objeto de la presente Póliza.
- t. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- u. **Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito:** Para efecto del presente documento es la suma que al momento del fallecimiento del Asegurado por causa accidental aparece a su favor en los registros oficiales del Tomador en la Cuenta corriente o de ahorros del Asegurado, igualmente es el valor adeudado por el Asegurado como tarjetahabiente de una Tarjeta de Crédito al Tomador de la Póliza, y que se encuentra registrada en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura del Asegurado. Para los efectos de la presente Póliza, para que el Saldo de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito se tenga como válido, éste debe de ser certificado por el contador público autorizado del Tomador de la Póliza como saldo contable debidamente acreditado al momento del fallecimiento del Asegurado.
- v. **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida decretado médicamente, cuyo agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- w. **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 establecida en las Condiciones Particulares y en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura de la presente Póliza.
- x. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria para terminar con su propia vida, que será determinada como tal por la autoridad judicial competente.
- y. **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía y que es responsable ante la Compañía 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 y la Solicitud Certificado Individual de Cobertura. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si el Tomador no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que 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.

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 Certificado Individual de Cobertura se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato corresponde a un seguro colectivo de accidentes personales, que podrá ser contratado exclusivamente por el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

- a) Contributiva: Es la modalidad en la que el Asegurado contribuye con parte o la totalidad de la Prima.
- b) No Contributiva: Es la modalidad en la que el Tomador paga la totalidad de la Prima.

Cláusula 4. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL.

En caso que el Asegurado fallezca por o en un Accidente, la Compañía pagará a los Beneficiarios Designados por el Asegurado, una suma igual al Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito personal del Asegurado registrada en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura, multiplicado por el "factor de multiplicación" definido en el mismo Certificado Individual de Cobertura según el plan contratado por el Asegurado. El Saldo de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito que se utilizará como referencia, debe de ser certificado por el contador público autorizado del Tomador de la Póliza, con el saldo contable debidamente acreditado al momento del fallecimiento del Asegurado.

La presente Cobertura estará limitada la Suma Asegurada mínima y máxima establecidas expresamente en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura así como en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta Cobertura la pagará la Compañía a los Beneficiarios, siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el evento generador del fallecimiento del Asegurado haya sido en forma directa un Accidente, que el Accidente 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 un evento excluido. Para efectos de la presente Póliza, se entenderá como Fallecimiento por Muerte Accidental aquel que ocurra durante la vigencia de la Póliza y a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente generador del fallecimiento. **En todo caso, la Aseguradora descontará de la suma a pagar por esta Cobertura cualquier adelanto realizado al Asegurado como resultado del mismo Accidente y por conceptos relacionados con cualquier cobertura o beneficio adicional contratado.**

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente la CLÁUSULA de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" establecida en la presente Póliza.

Cláusula 5. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total y Permanente, debidamente diagnosticada por un Médico especialista, la Compañía le ADELANTARÁ al Asegurado de la Cobertura Básica de Fallecimiento por Causa Accidental, una suma igual al valor del Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito personal del Asegurado registrada en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura, multiplicado por el "factor de multiplicación" definido en el Certificado Individual de Cobertura según el plan contratado por el Asegurado. El Saldo de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito que se utilizará como referencia, debe de ser certificado por el contador público autorizado del Tomador de la Póliza como el saldo contable debidamente registrado al momento del Accidente que produjo la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

La presente Cobertura estará limitada a la Suma Asegurada mínima y máxima establecidas expresamente en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura así como en Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta Cobertura la pagará la Compañía, mediante cuatro (4) pagos trimestrales iguales y consecutivos, debiendo realizarse el primer pago al cumplirse tres (3) meses de diagnosticada la Incapacidad Total y Permanente y siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el evento generador de la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado haya sido en forma directa un Accidente, que el Accidente 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 un evento excluido. Una vez la Compañía haya pagado el cien por ciento (100%) de esta indemnización, se cancelará automáticamente la totalidad del seguro para el Asegurado afectado.

Para que el pago de la presente cobertura proceda, el Asegurado deberá continuar en la misma condición de Incapacidad Total y Permanente en la fecha en que corresponda realizar cada uno de los cuatro (4) pagos correspondientes a esta Cobertura. **Si el Asegurado fallece durante el período de pago de las mencionadas cuotas trimestrales, la Compañía procederá al pago de la cuota o cuotas restantes para esta Cobertura a los Beneficiarios Designados por el Asegurado y terminará el seguro para todas las coberturas.**

En caso de Siniestro, el Asegurado o su representante deberá completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente, y siempre que el Asegurado permanezca vivo e incapacitado total y permanentemente durante el período en el que procede el pago de los cuatro (4) pagos.

Cláusula 6. COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS.

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado, su Pareja o sus hijos dependientes menores de veintiún (21) años que vivan permanentemente con el Asegurado, contarán con los siguientes servicios:

1. **Servicio de Orientación Médica Telefónica:** Este servicio será ilimitado 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 o padecimiento. 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 contacto** 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 contacto de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados, sin que dichas referencias constituyan ningún tipo de aval o recomendación por parte de la Compañía.
3. En caso que el Asegurado sufra un Accidente o Emergencia Médica, la Compañía gestionará uno de los siguientes servicios o asistencias en caso que el Asegurado así 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. El tiempo de respuesta para este tipo de atención médica dependerá de la disponibilidad de los médicos generales, así como la ubicación geográfica del Asegurado, por lo cual deberá consultar previamente el tiempo estimado de atención.
 - ii. **Traslado Médico Terrestre Por Accidente o Emergencia Médica:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas 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 7. SUMA ASEGURADA

La suma a indemnizar al momento del fallecimiento del Asegurado por una causa accidental, será igual al Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito personal del Asegurado registrada en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura, multiplicado por el "FACTOR DE MULTIPLICACIÓN" definido en el mismo Certificado Individual de Cobertura y según el plan contratado.

La Suma Asegurada máxima y la Suma Asegurada mínima para cada Cobertura es definida por el Tomador o Contratante de la Póliza para cada uno de los planes contratados, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza y en las correspondientes Solicitudes Certificados Individuales de Cobertura.

Cada plan acordado, según se establece en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura entre el Tomador de la Póliza y la Aseguradora incluirá la Suma Asegurada máxima y la Suma Asegurada mínima para cada Cobertura, el valor de la Prima Anual a cargo de Tomador de la Póliza y/o del Asegurado según sea la modalidad de contratación, el valor de la Prima Mensual a cargo de Tomador de la Póliza y/o del Asegurado según sea la modalidad de contratación, y el Factor de Multiplicación que se aplicará sobre el Valor del Saldo en la Cuenta al momento del fallecimiento o de presentarse la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

De cualquier forma, la Suma Asegurada máxima para un mismo Asegurado, para el agregado de todas las coberturas que tenga bajo esta u otras pólizas Colectiva de Accidentes Personales Saldo Multiplicado, en ningún caso podrá exceder al valor equivalente a la suma máxima asegurada establecida para la Cobertura en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura con el valor más alto vigente para el Asegurado.

Así mismo, cuando el Asegurado fallezca de forma accidental o sufra una incapacidad Total y Permanente por causa accidental, la Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza como mínimo la suma mínima asegurada establecida para la Cobertura Básica de Fallecimiento por Causa Accidental establecida en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura vigente para el Asegurado, pero en caso que el Asegurado al momento de su fallecimiento por causa accidental mantenga varias coberturas vigentes bajo esta u otra(s) póliza(s) Colectiva(s) de Accidentes Personales Saldo Multiplicado, la Aseguradora reconocerá únicamente el valor equivalente a la suma máxima asegurada establecida para la Cobertura Básica de Fallecimiento por Causa Accidental en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura vigente y con mayor suma asegurada máxima para esta cobertura.

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 Generales y Particulares de la Póliza.

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

Cláusula 8. EXCLUSIONES

Se entenderá que no existe cobertura y por ende obligación por parte de la Compañía cuando el fallecimiento del Asegurado sea causado por, durante o como consecuencia de:

- a. Una enfermedad de cualquier tipo o clase,
- b. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de solicitar su inclusión como Asegurado; o 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 solicitud de inclusión del Asegurado a la Póliza.
- c. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.
- d. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica, o producidas por los Rayos X, Gamma, alfa, beta, láser, por exposición al Radio (Ra), Uranio (U), Francio (Fr), Plutonio (Pu), o a cualquier materia radioactiva similar, rayos catódicos o similares, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos.
- f. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.
- g. Suicidio o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
- h. La ejecución del Asegurado en cumplimiento de condena a pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, incluyendo la violación de una norma, mandato o Ley en calidad de autor o cómplice.
- i. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;
- j. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.
- k. Acciones realizadas por o bajo los efectos de la malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, fiebre amarilla o similares, ataque de epilepsia, síncope, enfermedad del sueño, trastorno del sueño, parasomnia, sonambulismo o noctambulismo, o los efectos que sobrevengan al Asegurado debido a su perturbación mental.
- l. Infección bacteriana.
- m. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
- n. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.
- o. La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, navegación en submarinos, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, monta a caballo, equitación, justas hípicas, toreo público o privado, artes marciales, boxeo, lucha libre o grecorromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido, o tiro al blanco o cacería con arco, surfing o deslizamiento en tabla sobre olas marinas o nieve, esquí acuático o de nieve.
- p. Viaje 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 y en viaje de itinerario entre aeropuertos establecidos.

q. Su participación como piloto o como pasajero en prácticas o carreras de velocidad o de resistencia, o concursos en vehículos a motor en tierra, mar o aire, sean estas legales o ilegales.

r. Su participación en competencias de apnea, estrangulamiento o ahorcamiento de cualquier tipo y de cualquier parte de su cuerpo, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.

s. Su participación en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

t. Su participación en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.

u. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, guarda de seguridad, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo sean estos a sueldo o de forma voluntaria.

v. Intoxicación o envenenamiento por ingesta de productos químicos, naturales o artificiales para el mantenimiento de desórdenes en la alimentación tales como pero no limitados a: bulimia, dibulimia, anorexia, ortorexia, vigorexia o megarexia.

w. El desempeño de su trabajo en fábricas, depósitos o almacenes de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos, u otras donde se utilicen sustancias combustibles, gasolina, tóxicas del petróleo o gas.

x. Realización de labores de fumigación agrícola aérea o terrestre.

y. Acciones en las que por sentencia judicial en firme se haya declarado a uno de los beneficiarios o herederos legítimos como homicida del Asegurado.

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 EL ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

Cláusula 9. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios para las coberturas de esta Póliza. En caso que el Asegurado fallezca antes del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza, el Asegurado acepta en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura que en caso que no designe expresamente a sus Beneficiarios, dicha indemnización será pagada a favor de los Beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- 1) A su esposa(o) o Pareja. En caso que la Pareja esté separada 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 10. 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: El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

- a) Pagar la Prima de la totalidad de Asegurados dentro de los plazos establecidos;
- b) Elegir la Suma Máxima Asegurada;
- c) Cumplir con la entrega de información para el Registro de Asegurados;
- d) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

Obligaciones del Asegurado: El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

- a) Pagar la Prima, cuando se establezca bajo la modalidad contributiva;
- b) Obligación en declarar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo;
- c) Proporcionarle a la Compañía la información requerida de forma completa y veraz;
- d) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

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:

- a) En caso de siniestro, completar los requisitos establecidos en la CLÁUSULA de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza.
- b) Colaborar con la Compañía en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.

Cláusula 11. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en que incurra el Tomador, 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 12. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Prima o Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura del Asegurado, y para su determinación inicial o al momento de cada prórroga, serán calculadas tomando en cuenta la composición general del grupo según la edad y Suma Asegurada, así como los elementos estadísticos y actuariales del grupo que conforma el Grupo Asegurado.

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la Póliza, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito 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 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 Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro.

Cláusula 13. 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 la Solicitud de Seguro y se incluirá en las Condiciones Particulares 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 o Contratante de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la forma y periodicidad de pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica, o bien por transferencia electrónica de dineros 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 actúe por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía

Si la Póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, esta forma de pago no generará recargo alguno sobre el valor de la prima al Tomador o al Asegurado, y 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 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 Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente.**

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador o del Asegurado durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la fecha de aceptación de la Solicitud Certificado Individual, se devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que hayan pagado, siempre y cuando no haya acaecido ningún Siniestro. 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 Tomador o 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 Tomador o del Asegurado.

Cláusula 14. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima, la Compañía le concede al Tomador o Contratante 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 las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrito según se establece en la cláusula de "ACEPTACIÓN DEL RIESGO" de este documento. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del 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. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

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

- a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva la realizará la Compañía al Tomador y al Asegurado en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
- b) No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de Primas, ya sea al Tomador o al Asegurado según corresponda, deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

Cláusula 16. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación, ya sea al número de teléfono **(506) 4101-0000** o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. El Tomador, el Asegurado y/o los Beneficiarios deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación. 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. En ningún caso se tramitará la solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

En caso de indemnización al amparo 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 Tomador o al Beneficiario.

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL:

En caso de reclamación por Fallecimiento de uno de los Asegurados en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, los Beneficiarios o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

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 o apostillada, según corresponda;
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. Certificado original del estado civil u otro documento idóneo, tal como declaración jurada ante Notario Público, mediante el cual se acredite el estado civil del Asegurado y/o el Beneficiario, en caso que aplique.
6. Cuando se trate de un Accidente de Tránsito, deberá presentar el parte de la policía o del Juzgado competente, donde se indique claramente la participación del Asegurado en el Accidente;
7. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
8. Si el Asegurado no falleció en el lugar del Accidente, deberán aportar copia certificada del Historial Clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento;
9. Fotocopia completa del expediente y 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.

a. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL:

En caso de reclamación por Incapacidad Total y Permanente del Asegurado en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
3. Certificado original del estado civil u otro documento idóneo, tal como declaración jurada ante Notario Público, mediante el cual se acredite el estado civil del Asegurado y/o el Beneficiario, en caso que aplique.
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 copia del historial clínico.
6. Original y copia de la declaratoria o protocolo de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por el Departamento de Medicatura Forense del Poder Judicial; de no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un Médico nombrado por el Asegurado, un Médico nombrado por la Compañía y un tercer Médico especialista nombrado de común acuerdo entre el Médico del Asegurado y el Médico de la Compañía. Los médicos de la mencionada junta deberán tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad y cumplir con la definición indicada en la cláusula de "DEFINICIONES". Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al Médico de su escogencia, y los honorarios del tercer Médico designado serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
7. Cuando la invalidez se haya originado en un Accidente de Tránsito, el Asegurado o su representante deberá presentar adicionalmente:
 - a) El parte de la policía o del Juzgado competente, donde se indique claramente la participación del Asegurado en el Accidente.
 - b) Fotocopia completa del expediente extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre al momento del Accidente.
 - c) Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado afectado, incluyendo el reporte de los paramédicos o de la Ambulancia que atendió al Asegurado en el momento del Accidente.

Cláusula 17. 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 Tomador 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 18. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares y en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura, siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del período de Gracia. Se entiende que esta Póliza es renovable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

La Compañía podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la renovación de la misma, incluyendo modificaciones a la tarifa o Prima según lo establecido en la cláusula de "PRIMAS O TARIFA DE SEGURO" de esta Póliza, las cuales se deberán informar al Tomador con total claridad y con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Tomador o Contratante dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que la Compañía informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la Prima, esta Póliza se tendrá por renovada automática e indefinidamente por un período igual, caso contrario, se tendrá por no renovada.

De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las que deberán ser solicitadas por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de recepción de solicitud de la modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un Addendum, de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso que la modificación genere la obligación de pagar una Prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia antes indicado. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza, previa comunicación por escrito de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

En caso que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador bajo su entera responsabilidad, lo comunicará de inmediato a los Asegurados para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador para que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éste.

La Compañía se obliga a notificar al Tomador y a los Asegurados, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

El Tomador y los Asegurados deben informar su domicilio a la Compañía, así como los cambios de domicilio que realicen, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

Cláusula 19. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Se podrán incluir o retirar Asegurados en esta Póliza en cualquier momento dentro de la vigencia de la misma, siempre que la fecha de terminación de la vigencia para el nuevo Asegurado no sea superior a la fecha de expiración de la Póliza. En todo caso, la cobertura opera únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Compañía de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza así como el pago de la Prima correspondiente dentro del Período de Gracia.

EN CASO QUE LA PÓLIZA NO FUERE RENOVADA, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.

Cláusula 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 renovación de la misma.
- b) A partir del momento en que la Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- c) El Tomador no pague la Prima de Seguro en el plazo establecido en la cláusula de "PERÍODO DE GRACIA", en cuyo caso la cobertura se considerará vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada. Con el fin de que aplique la anterior terminación, la Compañía notificará dicha decisión al Tomador dentro de los cinco (5)

días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

d) A solicitud expresa del Tomador de la Póliza.

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

Cláusula 21. CONDICIONES VARIAS

a. 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.

b. ACEPTACIÓN DEL RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, de igual forma:

- a) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros, que actúe por nombre y cuenta de la Compañía acepte el riesgo en forma expresa y por escrito, se entenderá por aceptado por parte de la Aseguradora, momento en el que dará inicio la vigencia de la Póliza.**
- b) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.**
- c) Cuando un Corredor de Seguros o una Sociedad Corredora de Seguros actúe como intermediario, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.**

c. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que como mínimo reúnan los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza, (ii) No estar Incapacitado Total y Permanentemente al momento de ingreso como Asegurado en la Póliza; (iii) Que al momento de ingresar a la póliza **NO TENGA CONOCIMIENTO DE 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; y (iv) Que cumplan los demás requisitos que se establecen en las Condiciones Particulares según las Coberturas y Beneficios que otorga la Póliza.

d. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá presentar debidamente completado, por medio del Tomador, el formulario de Solicitud Certificado Individual de Seguro, el cual

incluye la autorización a la Caja Costarricense de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre sus antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de su historial clínico, y cumplir con los requisitos de elegibilidad antes indicados.

La Compañía dentro de un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la Solicitud Certificado de Inclusión como Asegurado, y siempre que en este tiempo no haya ocurrido un siniestro que afecte esta Póliza, podrá rechazar dicha Solicitud Certificado; si en dicho plazo la Aseguradora no manifiesta por escrito su rechazo a la Solicitud Certificado de Inclusión del Asegurado, se entenderá que el Asegurado fue aceptado y disfrutó de cobertura desde el mismo momento en que firmó y entregó su Solicitud Certificado Individual de Cobertura al Tomador de la Póliza o a la Aseguradora. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

e. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador o Contratante, la Compañía 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 y Asistencias, así como el número de Certificado que aparece en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura.

El Contratante será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Reporte de Asegurados con la siguiente información:

- a) La lista de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación y fecha de nacimiento.
- b) La lista de los Asegurados para los cuales el Contratante ha solicitado la baja definitiva del Grupo Asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

f. COMISIÓN DE COBRO

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

g. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza serán expresados en la moneda que se indique en la Solicitud del Tomador y en la correspondiente Solicitud Certificado Individual de Cobertura.

h. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

LA INFORMACIÓN 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.

i. TRASPASO O CESIÓN

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

j. PRESCRIPCIÓN

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

k. 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.

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 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.

m. 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.

n. 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".

o. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

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

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

p. 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.

q. DOMICILIO

El domicilio contractual es la dirección anotada por el Asegurado en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura, o en su defecto la última reportada a la Compañía.

Cláusula 22. 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 23. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije en Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura, según sea el caso, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

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

Las comunicaciones del Contratante o Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

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 _____ de fecha _____.