

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "TRANQUILIDAD HOSPITALARIA MÁS"

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

ÍNDICE

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES.....	2	8.1. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.....	20
Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO.....	5	8.2. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO.....	21
Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA.....	5	8.3. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.....	21
3.1. COBERTURAS PRINCIPALES.....	5	8.4. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO.....	21
3.2. PERIODO DE ESPERA.....	6	Cláusula 9. CONDICIONES VARIAS.....	21
3.3. DEDUCIBLE.....	6	9.1. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN.....	22
3.4. PERIODO DE BENEFICIO.....	6	9.2. ELEGIBILIDAD.....	22
3.5. HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS.....	6	9.3. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	22
3.6. RESPONSABILIDAD MÁXIMA.....	6	9.4. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	22
3.7. SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	7	9.5. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	22
3.8. SUMA ASEGURADA.....	11	9.6. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	22
3.9. EXCLUSIONES.....	11	9.7. TRASPASO O CESIÓN.....	22
3.10. LIMITE DEL VALOR Y COBERTURA ASEGURADA.....	14	9.8. PRESCRIPCIÓN.....	23
3.11. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA.....	14	9.9. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	23
3.12. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.....	14	9.10. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	23
Cláusula 4. BENEFICIARIOS.....	14	9.11. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA.....	23
Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.....	16	9.12. PLAZO DE RESOLUCIÓN.....	23
OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	16	9.13. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES.....	23
Cláusula 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA.....	16	9.14. EDADES DE ADMISIÓN.....	23
6.1. PRIMA O TARIFA DE SEGURO.....	17	9.15. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS.....	24
6.2. PAGO DE LA PRIMA.....	17	9.16. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA.....	24
6.3. PERIODO DE GRACIA.....	18	Cláusula 10. CONTROVERSIAS.....	24
6.4. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.....	18	Cláusula 11. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	24
Cláusula 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.....	18		
Cláusula 8. VIGENCIA, POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	20		

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

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

Matilde Asturias Ekenberg
Apoderado General

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES.

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

- 1. ACCIDENTE:** 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: El Homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. **Igualmente, y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente: El Suicidio o el SIDA.**
- 2. ASEGURADO o ASEGURADO TITULAR:** Es la persona que está cubierta por esta Póliza y debidamente registrada en el Certificado Individual de Cobertura de la misma.
- 3. CARENCIA (PERÍODO DE):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- 4. COMPAÑÍA 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.
- 5. CONTRATANTE o TOMADOR:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros.
- 6. DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, descontable de la pérdida indemnizable bajo las coberturas correspondientes que representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que afecten el reclamo.
- 7. DISPUTABILIDAD (PERÍODO DE):** Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores del Asegurado no declaradas por él o declaradas de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo gozará de esa facultad en el caso que el

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

- Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en el presente contrato.
- 8. DECLINACIÓN:** Rechazo de una solicitud de indemnización.
 - 9. DEPENDIENTE(S):** Se refiere al cónyuge o compañero(a) permanente del Asegurado, sus hijos menores de veinte y un años (21) años que vivan permanentemente en el mismo domicilio y bajo la dependencia económica del Asegurado, quienes podrán gozar de todos los servicios de asistencia que se incluyan en el Certificado Individual de Cobertura, todo sujeto a las Coberturas, Exclusiones y Obligaciones de los servicios de asistencia detallados en las presentes condiciones.
 - 10. DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:** Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas a partir de la orden de internamiento en que el Asegurado se encuentre internado en un hospital.
 - 11. EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.
 - 12. EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental, reportado inmediatamente después de ocurrido, que ponga en riesgo la integridad física del Asegurado, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de asistencia, con un carácter máximo de veinticuatro (24) horas a consecuencia de un evento cubierto.
 - 13. ENFERMEDAD CUBIERTA:** Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza.
 - 14. ENFERMEDADES O INCAPACIDADES PREEXISTENTES O ANTERIORES:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un Médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.
 - 15. ESPECIALISTA:** Significa un Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictar diagnósticos o prescribir tratamientos para Enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza.
 - 16. 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.
 - 17. HOSPITAL:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el servicio médico de personas enfermas o lesionadas que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, es decir, que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipos de radiografía y quirófanos atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
 - 18. HOSPITALIZACIÓN/HOSPITALIZADO:** Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice al menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería y pernoctando mínimo una noche. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.
 - 19. LESIÓN:** Significa cualquier herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

- directa y exclusiva de un Accidente cubierto por esta Póliza, después de emitida ésta y mientras se encuentre en vigor. Como aclaración, se considera que la muerte es la máxima lesión.
- 20. MÉDICO:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana en Costa Rica y calificada para efectuar el tratamiento y/o diagnóstico requerido. Para efectos de la Póliza se excluye al Médico cuando es el mismo Asegurado, agente de seguros, socio, empleado del Asegurado o familiar de este hasta tercer grado de afinidad o consanguinidad.
- 21. MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Asegurado participa al Tomador un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de las coberturas otorgadas.
- 22. MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** Se denomina así el seguro donde el Tomador paga la totalidad de la prima por las coberturas otorgadas a todos los Asegurados.
- 23. PERIODICIDAD DEL PAGO DE LA PRIMA:** Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima. Para efectos de esta Póliza, el pago de la Prima puede hacerse de forma total contra entrega de la Póliza, o bien de forma mensual, trimestral, semestral o anual, sin que exista recargo alguno en caso de pago fraccionado. La Periodicidad del Pago de la Prima la determina el Tomador y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 24. PERÍODO DE ESPERA:** Se refiere al período en que el Asegurado aun estando vigente la Póliza, no cuenta con cobertura del seguro.
- 25. PLAN:** Alternativa seleccionada por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura donde se indica claramente la suma asegurada por cobertura y la Prima a pagar.
- 26. PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.
- 27. PRESTADORA DE SERVICIOS:** Es la empresa que actuará como la operadora y prestadora de servicios incluidos en la presente Póliza.
- 28. PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.
- 29. SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Aseguradora al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- 30. SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente Póliza también se considera SIDA la encefalopatía 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.
- 31. SUICIDIO:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- 32. SUMA ASEGURADA:** Es el valor que define el Tomador en el Certificado Individual de Cobertura para cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
- 33. SUMA MÁXIMA ASEGURADA:** Es el valor máximo que, en caso de un siniestro amparado, se obliga a pagar la Compañía al Asegurado o a los Beneficiarios de este por cada Cobertura. Este

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

valor lo define el Tomador o Contratante y se establece en el Certificado Individual de Cobertura de la presente Póliza.

34. TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO: Límite de crédito rotativo de duración indeterminada al que se tiene acceso a través de una tarjeta plástica que puede ser utilizada para compra de bienes o servicios o disponer de dinero en efectivo, emitida por una entidad financiera y declarada en el Certificado Individual de Cobertura.

35. TERRORISMO: Se define como terrorismo los actos de violencia y maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios convertidos en explosivos o en medios incendiarios de cualquier clase, incluyendo específicamente aviones u otros vehículos o personas, igual que la utilización de sustancias contaminantes, tóxicas o contagiosas de cualquier clase, cualesquiera que sean los resultados producidos, medios, lugares, espacios y circunstancias de los actos.

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: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares del Contrato y el 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 del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si el Asegurado no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que haya discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales. 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 de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Aseguradora deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA.

3.1. COBERTURAS PRINCIPALES

3.1.1. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD (IDHe).

La Aseguradora se obliga a pagar el monto diario de renta de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura, sujeto al Período de Espera, Suma Máxima Asegurada y Deducible indicado en el Certificado Individual de Cobertura, si el Asegurado es Hospitalizado a causa de una Enfermedad cubierta por la Póliza.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

3.1.2. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHa).

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto diario de renta de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura, sujeto a la Suma Máxima Asegurada y Deducible indicado en el Certificado Individual de Cobertura, si el Asegurado es Hospitalizado a causa de un Accidente cubierto por la Póliza.

3.2. PERIODO DE ESPERA.

El Periodo de Espera para la Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad se estipula en treinta (30) días; para hospitalizaciones a causa de Accidente no hay Período de Espera.

3.3. DEDUCIBLE

El Deducible se establece de acuerdo al plan contratado en el Certificado individual de Cobertura y se indica como el número de "días de hospitalización" que el Asegurado permanece Hospitalizado y por las cuales el Asegurado no tiene derecho a indemnización.

3.4. PERIODO DE BENEFICIO.

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará el número de días de Hospitalización que el Asegurado permanece en condición de hospitalizado, descontando los días de Deducible a cargo del Asegurado y sujeto a la Suma Máxima Asegurada establecida en el Certificado Individual de Cobertura.

El Asegurado está cubierto por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta el máximo de días por año estipulado en estas condiciones, como límite máximo por Enfermedad o Accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del Asegurado debidamente certificada por un Médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

3.5. HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS.

1. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo Accidente o Enfermedad, siempre y cuando ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a trescientos sesenta y cinco (365) días, cada período de Hospitalización será considerado como la continuación del anterior, a efecto de calcular la responsabilidad máxima del beneficio en días.
2. En el caso de ocurrir una Hospitalización sucesiva luego de haber transcurridos trescientos sesenta y cinco (365) días desde el final de la Hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo Accidente o Enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).
3. Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente. Asimismo, se considera que una misma Enfermedad o Accidente que sobrepase los trescientos sesenta y cinco (365) días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo en la vigencia siguiente, en caso de renovación de la Póliza. El seguro sí cubrirá cualquier otra Enfermedad o Accidente que se produzca en la renovación.

3.6. RESPONSABILIDAD MÁXIMA.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de 180 días en cada año de vigencia del Certificado Individual de Cobertura, ya sea por Hospitalización a causa de Accidente, Enfermedad o combinación de ambas causas.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

3.7. COBERTURA OPCIONAL DE INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE

En caso de incluir al Cónyuge podrá gozar de la cobertura contratada por el Asegurado Titular, y por las sumas aseguradas contratadas y especificaciones establecidas en el Certificado Individual de Cobertura.

3.8. SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA MAS

Como parte complementaria a las Coberturas Principales, el Asegurado y Dependientes contarán con un servicio de asistencia el cual se detalla a continuación:

Para efectos de límites territoriales se aclara que el servicio de asistencia se brindará en todo el territorio nacional del País de Costa Rica.

Con el fin de que el Asegurado o Dependiente pueda disfrutar de los servicios de asistencia contemplados, deberá cumplir con lo siguiente:

1. Identificarse como Asegurado o Dependiente ante los empleados de la Prestadora de Servicios o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
2. Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente de la Prestadora de Servicios.

En caso de requerir asistencia, el Asegurado deberá comunicarse a nuestro Call Center de Servicio al cliente **(506) 6040-4001** en el cual será atendido, con la finalidad de solicitar la coordinación de su atención en el consultorio Afiliado a la Red de Proveedores más cercano a su ubicación.

ASISTENCIA TELEDOCTOR.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, La Prestadora de Servicios pondrá en contacto al Asegurado o Dependiente con un profesional de la salud de Teledocor, a través de la aplicación tecnológica de Teledocor, para que le brinde una orientación médica, ante cualquier emergencia, utilización de medicamentos en la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén aquejando al paciente, recomendaciones médicas en general, vacunación, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, guardando un récord clínico.

Para descargar la aplicación, el Asegurado y/o Dependiente deberá de seguir los siguientes pasos:

1. Conectarse a una red de Internet WiFi o de datos móviles, a través de un teléfono inteligente o tablet.
2. Descargar la aplicación de Teledocor en Google Play o App Store.
3. Afiliarse a la aplicación para verificar cobertura (Ingresar datos solicitados, ejemplo: nombre, número de teléfono y cualquier otra información solicitada).
4. Podrá hacer uso de la aplicación de acuerdo con el número de servicios indicados adelante en el presente condicionado.

El servicio busca brindar orientación médica al Asegurado o Dependiente, a través de videollamada, con el fin de apoyar en la solución más adecuada dependiendo del caso.

El servicio se brindará veinticuatro (24) horas trescientos sesenta y cinco (365) días al año con atención de Médico General.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

Este servicio tendrá una cobertura de 8 eventos mensuales y sin un máximo de costo.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA POR EMERGENCIA CON MOTIVO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

La Prestadora de Servicios brindará el traslado médico terrestre en ambulancia en caso que el Asegurado o Dependiente, a consecuencia de una emergencia causada por Accidente o Enfermedad, requiera y solicite ser trasladado al centro hospitalario más cercano con previa evaluación y aprobación del médico o personal de cabina de La Prestadora de Servicios.

El operador médico de La Prestadora de Servicios orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

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

El servicio será brindado por 2 eventos al año dentro del territorio costarricense y sin límite máximo de cobertura. Se prestará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada, en caso de no tenerla se coordinará con ambulancia pública (Cruz Roja). Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio debido a solicitudes extras del Asegurado, dicho excedente será asumido por el mismo.

Una vez avalado por parte del operador médico de La Prestadora de Servicios el enviar la ambulancia, se trasladará al Asegurado o Dependiente al centro asistencial más cercano.

TRANSPORTE DEL ASEGURADO PARA REGRESO AL HOGAR (TAXI O AMBULANCIA, SEGÚN LA NECESIDAD, BASADO EN CRITERIO MÉDICO).

Por solicitud del Asegurado o Dependiente y a consecuencia de hospitalización de alguno de ellos, La Prestadora de Servicios podrá brindar el traslado a su lugar de residencia o destino luego del alta en el centro asistencial.

El servicio será brindado sin límites de eventos al año dentro del territorio costarricense y sin límite máximo de cobertura. Si existiera algún excedente en el costo habitual del servicio debido a solicitudes extras del Asegurado, dicho excedente será asumido por el mismo.

Para la prestación del servicio el Asegurado o Dependiente deberá enviar por correo a cabinacr@asiasistencias.com, los soportes que acrediten su internación (Alta médica con la cantidad de días recluso, como mínimo una noche) de centros hospitalarios registrados y validos al régimen de la ley.

CONTROL DE AGENDA Y AVISOS PARA LA INGESTA PUNTUAL DE MEDICAMENTOS.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios podrá realizar recordatorios cotidianos para la ingesta puntual de los medicamentos derivados de una hospitalización o enfermedad repentina.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al Asegurado o Dependiente con un profesional de la salud para que le brinde orientación médica telefónica ante cualquier emergencia o para orientarlo en la utilización de medicamentos y en la

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

prevención de automedicación, así como con orientación sobre síntomas, recomendaciones médicas en general, e interpretación de exámenes de laboratorio.

El costo de cualquier compra de medicamentos y/o pago de servicios de laboratorio u otros, correrá por cuenta del Asegurado o Dependiente.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

ENVÍO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios podrá enviar los medicamentos que el Asegurado necesite a su domicilio sin costo en el traslado de los mismos. Al momento del cliente solicitar el servicio y si dichos medicamentos requieren prescripción médica deberá enviarla por correo electrónico a cabinacr@asiasistencias.com.

Esta asistencia se brindará sin límite de eventos y cobertura al año. Este servicio quedará sujeto a disponibilidad de existencias del medicamento en el mercado. El costo de los medicamentos es responsabilidad del Asegurado.

CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios buscará en las zonas cercanas al Asegurado los precios de medicamentos más bajos.

La compra de los mismos será por cuenta del Asegurado. Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

CONEXIÓN CON MÉDICOS, LABORATORIOS, HOSPITALES, FARMACIAS Y CLÍNICAS DENTALES.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios, buscará información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular, el costo del mismo lo asumirá el Asegurado.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

GUÍA FARMACÉUTICA.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios buscará información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular. El costo de los medicamentos es responsabilidad del Asegurado.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, La Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto con un profesional de la salud que le orientará telefónicamente en el campo de nutrición para adultos y niños, con el objetivo de tener una alimentación saludable. La Prestadora de Servicios quedará excluida de responsabilidad por cualquier determinación que adopte el Asegurado o Dependiente por la consulta telefónica.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

GUÍA PARA LA PREPARACIÓN DE DIETAS SALUDABLES Y BIEN BALANCEADAS.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de salud para ayudar telefónicamente en la creación de dietas a base de alimentos balanceados y saludables, enfocadas en las necesidades del usuario y sus rutinas diarias.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

INFORMACIÓN TELEFÓNICA SOBRE CONTENIDO CALÓRICO DE LOS ALIMENTOS.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de Nutrición para orientarlo telefónicamente sobre las calorías de los alimentos. Esto con el fin de proporcionar cantidades adecuadas y que sean saludables para el usuario.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

RECETAS ESPECIALES PARA PERSONAS CON DIABETES, SOBREPESO, INTOLERANTES A LA LACTOSA Y/O GLUTEN.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto con un especialista en temas de Nutrición que telefónicamente ayude al usuario en la creación de dietas adecuadas para sus necesidades.

Este servicio se prestará vía telefónica sin límite de eventos al año.

RECETAS SALUDABLES, INNOVADORAS, RÁPIDAS, RECOMENDACIONES PARA PREPARAR PLATILLOS COMUNES.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto telefónicamente con un especialista en temas de Nutrición para la creación de recetas adecuadas que aporten cantidades correctas de calorías, proteínas, etc., para adultos y niños.

Este servicio se prestará vía telefónica sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al Asegurado o Dependiente con un profesional que brinde orientaciones telefónicas con base en las necesidades del cliente. La Prestadora de Servicios y/o la Compañía quedarán excluidas de responsabilidad por cualquier determinación que adopte el Asegurado o Dependiente por la consulta telefónica.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

REFERENCIA Y CONEXIÓN CON PSICÓLOGOS.

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios podrá brindar al Asegurado o Dependiente números telefónicos de profesionales en el campo de la psicología para que sean contactados bajo la responsabilidad del Asegurado.

El costo de cualquier pago de servicios, correrá por cuenta del Asegurado o Dependiente.

Este servicio tendrá una cobertura sin límite de eventos al año.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

VISITA PRESENCIAL A MÉDICO (UN SERVICIO CADA 72 HORAS).

Por solicitud del Asegurado o Dependiente, una vez avalado por parte del operador médico de la Prestadora de Servicios se podrá dirigir al Asegurado o Dependiente a un profesional médico para realizar chequeos básicos (Médico General, Ginecólogo o Pediatra). Esta asistencia está sujeta a la autorización de un profesional médico con el cual se realiza previamente una orientación médica telefónica. La asistencia de visita médica presencial se brinda por enfermedades no preexistentes.

Este servicio se por 12 eventos anuales, sin cobertura máxima por evento y está sujeto a ser brindado por proveedores que pertenezcan a la red de la Prestadora de Servicios.

EXÁMENES DE LABORATORIO: ORINA, HECES, GLUCOSA, HEMATOLOGÍA COMPLETA, PAPANICOLAOU O ANTÍGENO PROSTÁTICO.

Por solicitud telefónica del Asegurado o Dependiente, la Prestadora de Servicios podrá brindar la autorización para realizar un examen de orina, heces, glucosa, hematología completa y Papanicolaou, a mujeres mayores de 30 años de edad. Así como, el antígeno prostático, a hombres mayores de 40 años de edad, y será brindado con un proveedor de salud de la red médica de la Prestadora de Servicios

El servicio se prestará a partir del sexto mes de permanencia en el seguro (cumplidos y pagados). Este servicio se prestará por dos (2) eventos anuales sin límite máximo de cobertura por evento y está sujeto a ser brindado por los proveedores que pertenezcan a la Red de la Prestadora de Servicios.

3.9. SUMA ASEGURADA.

La Suma Asegurada Máxima para cada Cobertura es definida por el Tomador o Contratante de la Póliza, y se establece de acuerdo al plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura.

3.10. EXCLUSIONES.

A. Esta Póliza no cubre:

1. Accidentes que se originen por participar en:

- 1.1. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- 1.2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado, debiendo mediar la correspondiente resolución judicial en el caso de los actos delictivos mencionados.**
- 1.3. Lesiones sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del asegurado cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un médico.**
- 1.4. Lesiones sufridas por acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, radiación, reacción atómica, guerra bacteriológica, y sus complicaciones.**
- 1.5. Un Accidente ocurrido durante la prestación de sus servicios como miembro de cualquier cuerpo militar, de policía o de seguridad o vigilancia pública o privada.**
- 1.6. Inmersión submarina de cualquier tipo.**
- 1.7. Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.**

2. Salvo pacto contrario entre el Tomador y la Compañía, esta Póliza no ampara Accidentes que se originen mientras el Asegurado participe en actividades como:
 - 2.1. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.
 - 2.2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - 2.3. Conducción de motocicletas o motonetas cuando se conduzcan con fines de competencias ya sea profesional o amateur.
 - 2.4. Conducción de, cuatrimotos y/o vehículos de motor similares terrestres y acuáticos.
 - 2.5. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
 - 2.6. Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el asegurado en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
 - 2.7. Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave.

3. Esta Póliza no indemnizará Hospitalizaciones a consecuencia de:
 - 3.1. Condiciones médicas o Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales las establecidas en el artículo de las definiciones.
 - 3.2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nervioso, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente cubierto.
 - 3.3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de Accidentes cubiertos.
 - 3.4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.
 - 3.5. Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de Enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un Accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la Póliza.
 - 3.6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 - 3.7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "check-up".
 - 3.8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.
 - 3.9. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza causado como resultado de actos propios del asegurado o actos intencionales o deliberados de un tercero, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
 - 3.10. Epidemias oficialmente declaradas.

- 3.11. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.**
 - 3.12. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.**
 - 3.13. Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**
 - 3.14. Internamiento en un Hospital que no reúna los requisitos descritos en las definiciones.**
 - 3.15. Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.**
 - 3.16. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.**
 - 3.17. Cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un Accidente y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.**
 - 3.18. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.**
 - 3.19. Manejo del dolor.**
 - 3.20. Reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.**
 - 3.21. Períodos de cuarentena o aislamiento.**
- 4. Esta Póliza no cubrirá o indemnizará los servicios de las Asistencias por los siguientes conceptos:**
- 4.1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.**
 - 4.2. Los servicios que el Asegurado o Dependiente hayan contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.**
 - 4.3. Los servicios médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado o Dependientes con dolo o mala fe.**
 - 4.4. Los servicios médicos para enfermedades o lesiones derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes.**
 - 4.5. La asistencia y gastos por Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por Enfermedades mentales, ni los causados por ingestión de bebidas alcohólicas.**
 - 4.6. Los gastos derivados de lesiones ocasionadas por prácticas deportivas profesionales.**
 - 4.7. Cuando el Asegurado o Dependiente se niegue a colaborar con el personal designado por la Prestadora de Servicios para la prestación de los servicios de asistencia.**
 - 4.8. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, otros, etc.**
 - 4.9. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular. Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.**
 - 4.10. Los derivados de la energía nuclear radioactiva.**
 - 4.11. Cuando el Asegurado o Dependiente no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.**

- 4.12. Cuando el Asegurado o Dependiente no se identifique como Asegurado o Dependiente de los servicios de asistencia.**
- 4.13. Cuando el Asegurado o Dependiente incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.**
- 4.14. En todo caso la Prestadora de Servicios no prestará los servicios de asistencia descritos cuando el lugar donde de solicitud NO cuente con la infraestructura pública, privada, de seguridad e impida la realización de dicho servicio. Será una obligación para la Prestadora de Servicios poner en conocimiento al Asegurado o Dependiente de tales circunstancias.**
- 4.15. Todos los servicios que se deban efectuar mediante la modalidad de reembolso serán tramitados en el tiempo máximo de 15 a 30 días hábiles, teniendo como fecha de inicio el día en que sean recibidos los documentos necesarios de cada servicio.**
- 4.16. La omisión del reporte del problema o servicio de asistencia que requiera el cliente sea solucionado en tiempo de 48 horas una vez identificado su necesidad.**
- 4.17. Todos los servicios de asistencia contemplados en el presente condicionado tienen sujeta la prestación de los servicios siempre y cuando la infraestructura privada permita el desplazamiento del personal (proveedores).**

3.11. LIMITE DEL VALOR Y COBERTURA ASEGURADA.

El Asegurado podrá contratar y mantener vigente con la Compañía únicamente una (1) "Póliza de Seguro Colectivo de Renta Diaria por Hospitalización Tranquilidad Hospitalaria Más" 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 el Asegurado se encuentre registrado como tal en más de una "Póliza de Póliza de Seguro Colectivo de Renta Diaria por Hospitalización Tranquilidad Hospitalaria Más" emitida por la Compañía ó similar, se considerará asegurada únicamente por la Póliza que provea la Suma Asegurada más alta. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora, considerará que dicha persona está asegurada bajo la Póliza que se haya emitido primero. En cualquiera de las situaciones descritas en este párrafo, la Aseguradora devolverá al Asegurado o a sus Beneficiarios, según corresponda, el cien por ciento de la Prima(s) pagada(s) por la(s) Póliza(s) que ocasionen el excedente del límite mencionado en este párrafo, lo anterior, en un plazo no mayor a quince (15) días naturales.

3.12. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA.

Las coberturas garantizan al Asegurado protección contra Accidentes en todo momento y lugar, las veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año, dentro y fuera del país, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un Accidente, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de esta Póliza.

3.13. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.

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

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

Cláusula 4. BENEFICIARIOS.

El Asegurado será el mismo Beneficiario de las Coberturas Principales de esta Póliza.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

En caso que ocurra un Evento que produzca el fallecimiento del Asegurado y que dicho Evento no esté excluido, el Asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios para la Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de Enfermedad o Accidente de esta Póliza. En caso que el Asegurado fallezca sin haber designado Beneficiarios del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza, acepta en la Solicitud de Inclusión como Asegurado y 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) 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 del Asegurado;
- 7) En caso de no existir ninguno de los Beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

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

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.

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

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 el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO descritos en la presente Póliza.
- b. Colaborar con la Compañía en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.

OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO.

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

OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.

La omisión y/o inexactitud en la que incurra el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia o 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 la cláusula de Pago de la Prima. Si el pago de la Prima es mensual, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

Cláusula 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

6.1. PRIMA O TARIFA DE SEGURO.

La Prima o Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en el Certificado Individual de Cobertura de la misma de acuerdo al plan escogido y para su determinación inicial o al momento de cada prórroga, serán calculadas según sea la probabilidad de ocurrencia de las coberturas que conforman la Póliza, teniendo en cuenta los historiales estadísticos y actuariales de la población costarricense y de cada sub-grupo etario 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. El ajuste de la Prima se modificará tomando en cuenta los historiales estadísticos y actuariales de cada sub-grupo etario que conforma el Grupo Asegurado. 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.

6.2. PAGO DE LA PRIMA.

Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como Contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la Prima que cada uno ha de pagar; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Si la Modalidad del Pago se establece como No Contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la Modalidad de Pago de la Prima, la responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador o Contratante de la Póliza. La Forma de Pago de la Prima y la Periodicidad del Pago de la Prima deberá hacerse, según se establece en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe en nombre y por cuenta de la 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 actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la 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, el Asegurado podrá realizar el pago de la Prima correspondiente mediante pagos realizados con la misma temporalidad acordada entre el Tomador y la Aseguradora, por adelantado, con cargo automático al medio de pago acordado.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que hayan pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más. Si se realizó el pago total de la Prima de forma adelantada y el Tomador solicita la cancelación del seguro dentro del período de cobertura de la Póliza, únicamente procederá la devolución de las Primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Tomador.

6.3. PERIODO DE GRACIA.

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Contratante un Período de Gracia de noventa (90) 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 y/o Certificado Individual de Cobertura. 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 escrita. 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 llegan a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía pagará la indemnización correspondiente previa cancelación por parte del Tomador del seguro de las Primas pendientes.

6.4. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

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

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

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

Cláusula 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Beneficiario deberá dar aviso 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 Asegurado o Beneficiario, según corresponda, 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

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

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, quienes tendrán quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, **el plazo que tendrá la 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.

Requisitos a presentar para la indemnización correspondiente de un siniestro:

a. PARA LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

1. El formulario de Reclamación suministrado por la Compañía completado.
2. Fotocopia de la cédula de identidad de Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. Original y copia de la factura pagada a la Clínica u Hospital donde fue atendido el Asegurado, o del documento probatorio donde se indique claramente la fecha y hora de ingreso y la fecha y hora de salida del Hospital o Clínica;
4. Copia del historial médico completo donde se indique claramente la razón de la Hospitalización y el nombre del(los) Médico(s) que atendieron el evento. En caso que la Hospitalización inicial se extienda por más días, deberá aportar orden en la que se indique claramente la razón por la cual se extiende la Hospitalización y el nombre del Médico tratante.
5. Original y copia de la orden de Hospitalización del Médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre, el número de identificación del paciente y la razón de la Hospitalización, igualmente la fecha, el nombre, la dirección y el teléfono del Médico que la expidió.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. 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.

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) o a al Asegurado, según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El(los) Beneficiario(s) o al Asegurado, según sea el caso, 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

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

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

8.1. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

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

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

La Compañía podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la renovación de la misma, 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 cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que 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 le comunicará de inmediato a los Asegurados para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

Una vez entrada en vigencia la Póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares de la Póliza deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

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.

8.2. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO.

Las personas que ingresen a la Póliza en un momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza, podrán ser incorporadas, cubriendo la Compañía el riesgo objeto de cobertura, 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. La fecha en la que termina la cobertura para estos Asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la Póliza.

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.

8.3. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a) A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del seguro con al menos un mes de anticipación.
- b) Por Falta de Pago de la Prima total o parcial, según la Periodicidad de Pago de la Prima acordada en el Certificado Individual de Cobertura y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia del pago vencido correspondiente.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de Terminación Anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

8.4. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO.

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

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

- Cancelación de la tarjeta de crédito o débito del Asegurado o el medio de pago especificado.
- Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable.
- Fallezca dicho Asegurado.
- El Tomador no pague la Prima de Seguro correspondiente al Asegurado en cuestión en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considera vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada, en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia.
- El Contratante o Tomador solicite la baja del Asegurado.
- Por solicitud del Asegurado a través de la renuncia telefónica.
- La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

Cláusula 9. CONDICIONES VARIAS.

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

9.1. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN.

Este contrato es un seguro colectivo de adhesión, del ramo de salud, en la línea de renta por hospitalización, que podrá ser contratado exclusivamente el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

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

9.2. ELEGIBILIDAD.

Son elegibles para ser Asegurados, todas aquellas personas que residen en Costa Rica.

9.3. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.

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

9.4. REGISTRO DE ASEGURADOS.

Conforme a la información suministrada por el Tomador o Contratante, la Compañía llevará un registro de Asegurados Principales en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, Suma Asegurada, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas, sumas aseguradas por cobertura, beneficios, suma asegurada por beneficio en la Póliza, así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

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, fecha de nacimiento, Suma Asegurada y Beneficiarios,
- 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.

9.5. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

Para la prestación de los servicios de asistencia objeto de la presente Póliza, éstos serán prestados a través de la red de prestadores de servicios de asistencia y/o profesionales, contratados por la Compañía. Para tales efectos, se mantendrá una lista actualizada con los prestadores de dichos servicios en el teléfono **(506) 6040-4001**. La Compañía se reserva el derecho de adicionar, retirar o sustituir en cualquier momento y sin previo aviso un determinado profesional y/o prestador de dichos servicios de las listas que para tales efectos se mantengan.

9.6. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

La información que sea suministrada a la Compañía tanto por el tomador como por el asegurado será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte del asegurado en lo que refiere a su información personal, o ante requerimiento de la autoridad competente.

9.7. TRASPASO O CESIÓN.

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

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

9.8. PRESCRIPCIÓN.

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

9.9. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS.

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

9.10. LEGISLACIÓN APLICABLE.

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

9.11. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA.

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de un Certificado Individual de Cobertura, según el caso, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del interesado. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

9.12. PLAZO DE RESOLUCIÓN.

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en el apartado de Procedimiento de Notificación y Atención de Reclamos Cubiertos.

9.13. 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 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.

9.14. EDADES DE ADMISIÓN.

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

- Edad Mínima de Aceptación: dieciocho (18) años.

La cobertura establecida en este seguro se otorga a partir de la declaración de la edad hecha por el Asegurado o Tomador en la solicitud de incorporación al seguro o en el Certificado Individual de

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

Cobertura. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando Certificación de partida de nacimiento o Cédula de Identidad del Asegurado expedido por la autoridad competente.

9.15. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS.

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de Solicitud de Inclusión como Asegurado el cual incluye la autorización de que en caso de muerte autoriza a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a la Aseguradora 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 de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud.

Si la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá al Asegurado en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia antes indicado.

9.16. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA.

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

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

Cláusula 10. 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 11. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.

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

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr

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 y/o sucursales.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, bajo el registro [_____] de fecha [_____].

Aseguradora del Istmo

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

TELÉFONO
(506) 4101-0000

EMAIL
info@adisa.cr

WEB
www.adisa.cr