

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PROTEGIDA EN COLONES

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

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente hace constar que en caso que se produzca un Evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza, la cual está conformada por 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”).

Javier Navarro Giraldo
Apodero General

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

Teléfono: (506) 4101-0000

info@adisa.cr

ÍNDICE

Cláusula 1.	DEFINICIONES GENERALES:.....	3	Cláusula 23.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	15
Cláusula 2.	BASES DEL CONTRATO	5	Cláusula 24.	VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.....	16
Cláusula 3.	CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	6	Cláusula 25.	VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO	16
Cláusula 4.	COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO	6	Cláusula 26.	NULIDAD DE LA PÓLIZA	17
Cláusula 5.	COBERTURAS Y ASISTENCIAS ADICIONALES	6	Cláusula 27.	RECTIFICACIÓN DE EDAD	17
Cláusula 6.	SUMA ASEGURADA.....	8	Cláusula 28.	MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	17
Cláusula 7.	PERIODO DE CARENCIA	8	Cláusula 29.	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	17
Cláusula 8.	EXCLUSIONES.....	8	Cláusula 30.	TRASPASO O CESIÓN	17
Cláusula 9.	CONTINUIDAD DE COBERTURA .	10	Cláusula 31.	PRESCRIPCIÓN	17
Cláusula 10.	BENEFICIARIOS	11	Cláusula 32.	LEGITIMACIÓN DE CAPITALS...	17
Cláusula 11.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES	12	Cláusula 33.	LEGISLACIÓN APLICABLE	17
Cláusula 12.	ACEPTACIÓN DEL RIESGO.....	12	Cláusula 34.	REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA	18
Cláusula 13.	ELEGIBILIDAD	12	Cláusula 35.	CONTROVERSIAS	18
Cláusula 14.	INCLUSIÓN DE ASEGURADOS....	12	Cláusula 36.	PLAZO DE RESOLUCIÓN	18
Cláusula 15.	REGISTRO DE ASEGURADOS	13	Cláusula 37.	IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES	18
Cláusula 16.	PRIMA O TARIFA DE SEGURO....	13	Cláusula 38.	DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	18
Cláusula 17.	PAGO DE LA PRIMA.....	13	Cláusula 39.	OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	18
Cláusula 18.	PERIODO DE GRACIA	14	Cláusula 40.	DOMICILIO	18
Cláusula 19.	COMISIÓN DE COBRO.....	14	Cláusula 41.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	18
Cláusula 20.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.....	14			
Cláusula 21.	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	14			
Cláusula 22.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO.....	15			

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. **Accidente de Tránsito:** Es la acción culposa cometida por los conductores de vehículos, sus pasajeros o peatones, al transitar por las vías públicas terrestres de Costa Rica. Por aclaración, y para efectos de esta Póliza será todo Accidente causado directamente por un vehículo automotor, **exceptuando las motocicletas**, que estando en marcha cause lesiones al Asegurado, sea ocupante o tercero no ocupante del vehículo.
- c. **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.
- d. **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 Certificados Individuales 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.
- e. **Asegurado Dependiente:** Es aquel que forma parte del Grupo Familiar de un Asegurado Principal en esta Póliza, y que para efectos de esta Póliza se entiende exclusivamente como el cónyuge o conviviente. Para que una persona física se considere Asegurado Dependiente su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía y se debe haber pagado la Prima correspondiente dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- f. **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 Principal, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal.
- g. **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, el cual no podrá ser superior a dos (2) años a partir de dicha inclusión.
- h. **Co-Aseguro o Coaseguro:** Es el porcentaje de los gastos elegibles que después de haberse cubierto el Deducible debe ser asumido por el Asegurado. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.
- i. **Co-Pago o Copago:** Es el monto fijo que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, después de satisfacer el Deducible si aplicare, y antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la Póliza. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.
- j. **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.
- k. **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. Para efectos de la presente Póliza también se considera Condición Pre-existente o Anterior el embarazo normal o no de una Asegurada durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación antes indicada.

- i. **Costo Usual, Razonable y Acostumbrado:** Es el cargo u honorario usual que cobraría un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades similares o análogas por su naturaleza o severidad. Los cargos u honorarios cobrados por tratamientos o suministros inusuales o poco conocidos o que no estén disponibles en un área de servicio, serán determinados por la Compañía tomando en cuenta factores como la complejidad, grado de habilidad necesario del profesional de la salud, el tipo de especialista y cargos usualmente cobrados en otras zonas geográficas, para lo cuál podrá contratar los servicios de una empresa de gestión de riesgo médico o de auditoría médica legalmente establecida en Costa Rica. La Compañía utilizará el Costo Usual, Razonable y Acostumbrado para determinar el monto máximo a indemnizar por un servicio y después aplicará los beneficios correspondientes.
- m. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización de conformidad con los términos de la presente Póliza.
- n. **Deducible:** Es una Suma fija o porcentual que estará a cargo del Asegurado, que se establece previa y de forma específica para cada Cobertura o Asistencia según el procedimiento que reclame el Asegurado. Para todos los efectos, los Deducibles estarán claramente identificados en la Solicitud de Inclusión como Asegurado y Certificado Individual de Cobertura o en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- o. **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 Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en la Cláusula de "DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA" del presente contrato.
- p. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- q. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador que se encuentre amparado bajo cualquiera de las coberturas de la presente Póliza, según se establece en el Certificado de Cobertura.
- r. **Factura:** Documento contable emitido por la Compañía donde se establece el valor de la Prima periódica correspondiente a la totalidad de la Póliza.
- s. **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.
- t. **Grupo Asegurable:** Se entenderá que está constituido por todas las personas físicas que reúnen individualmente los Requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- u. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado 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
- v. **Grupo Familiar:** Está conformado por el Asegurado Principal y su esposa(o) o compañera(o) permanente según aparezca en el Registro de Asegurados y en el correspondiente Certificado de Cobertura.
- w. **Homicidio Culposo:** Es el delito que consiste en causarle la muerte a otra persona por culpa.
- x. **Hospital o Clínica:** Se refiere a cualquier establecimiento público o privado legalmente autorizado para prestar tratamiento médico a personas enfermas o lesionadas, que cuenta con instalaciones y facilidades médicas para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, y que proporciona asistencia de enfermeras y laboratorio clínico las veinticuatro (24) horas del día. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, ancianos, adictos a drogas o alcohólicos.
- y. **Hospitalización:** Es el internamiento del Asegurado como paciente de cama, ordenado por un Médico en un Hospital o Clínica, por un período continuo mínimo de veinticuatro (24) horas, para el tratamiento de una Enfermedad, condición o Accidente cubierto. Todo servicio que se ingrese por un tiempo menor es considerado como de carácter ambulatorio.
- z. **Lesión:** Significa cualquier cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por agente externo, sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un Accidente cubierto por esta Póliza. Para efectos de la presente Póliza, se considera que la muerte es la máxima lesión.
- aa. **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.
- bb. **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 y el Certificado de Cobertura.

- cc. **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.
- dd. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- ee. **Radiografía Periapical:** Radiografía pequeña individual, que se toma para cada diente, como ayuda diagnóstica.
- ff. **Red de Servicios Odontológicos:** Es el grupo de Odontólogos, Consultorios o Instituciones Dentales, centros de salud bucal o instituciones de salud y odontología establecidas en la República de Costa Rica, debidamente inscritas ante el Administrador de Servicios Odontológicos de la Compañía y supervisadas por dicho Administrador.
- gg. **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.
- hh. **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 de la presente Póliza.
- ii. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria para terminar con su propia vida, que será determinada como tal por la autoridad judicial competente.
- jj. **Tabla de Tarifas:** Resumen de las condiciones específicas de cada uno de los Planes que puede seleccionar el Tomador de la Póliza, cuyos costos para las Coberturas de Muerte por Accidente se establecen en función de los elementos estadísticos, actuariales e históricos de accidentes y salud de cada subgrupo etario que conforma el Grupo Asegurado, y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- kk. **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.
- ll. **Transporte Público:** Es el desplazamiento por medio del uso de un vehículo a motor terrestre que pertenece a un transportista legalmente establecido, autorizado de previo por el Consejo de Transporte Público (CTP) y/o la Autoridad Reguladora del Servicio Público (ARESEP) u otra autoridad competente para cobrar directamente al pasajero por el servicio de transporte prestado, y que se desempeña mediante una ruta regular, también debidamente autorizada y de previo a realizar el servicio. Para efectos de la presente Póliza, el Transporte Público debe de contar con todos los permisos requeridos para operar así como el marchamo y revisión técnica al día, para su legal conducción por las vías a disposición del público en general.
- mm. **Transporte Privado:** Es el desplazamiento por medio del uso de un vehículo automotor terrestre que cuenta con placas de vehículo particular y cuenta con todos los permisos requeridos, tal como marchamo y revisión técnica al día, para su legal conducción por las vías públicas de Costa Rica, que no está autorizado para prestar servicio de Transporte Público en el país.

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, la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado 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 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 de seguro 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 Vida, 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

En caso que un Asegurado en esta Póliza fallezca por cualquier causa, la Compañía pagará a los Beneficiarios el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza para la Cobertura Básica de Fallecimiento, sin exceder el valor estipulado como Límite Máximo Individual. La Cobertura Básica de Fallecimiento se pagará siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Esta Cobertura opera sobre la base de indemnización a “primera pérdida”, lo que implica que, una vez que ocurra el fallecimiento del primer Asegurado, terminará inmediatamente la vigencia de la Póliza y por consiguiente todas las coberturas para el Asegurado Dependiente. En caso que ambos miembros del Grupo Familiar fallezcan simultáneamente, se entiende que únicamente se pagará la indemnización de un fallecimiento.

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. COBERTURAS Y ASISTENCIAS ADICIONALES

El Tomador del seguro podrá solicitar cualquiera de las Coberturas y Asistencias Adicionales a la Cobertura Básica por Muerte Accidental, que se indican a continuación, y estarán amparadas exclusivamente aquellas que se incluyan como cubiertas en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura. Queda claramente establecido que esta Póliza incluye de forma obligatoria la Cobertura Básica de Fallecimiento y adicionalmente, alguna o algunas de las siguientes Coberturas y Asistencias Adicionales:

- a. Cobertura Adicional de Muerte Accidental
- b. Cobertura Adicional de Muerte Accidental en Transporte Privado;
- c. Cobertura Adicional de Muerte Accidental en Transporte Público;
- d. Cobertura de Servicio de Atención Médica a Domicilio y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas.

Las Coberturas y Asistencias Adicionales entrarán en vigencia una vez la Compañía haya aceptado el riesgo para cada una y se haya pagado la Prima establecida en las Condiciones Particulares dentro del Período de Gracia. Estas Coberturas y Asistencias Adicionales se pagarán a los Beneficiarios siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

- a. Cobertura Adicional de Muerte Accidental:** En caso que un Asegurado fallezca por o en un Accidente, la Compañía pagará adicionalmente a lo establecido para la Cobertura Básica, y a los Beneficiarios Designados por el Asegurado, el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza para la Cobertura Adicional de Muerte Accidental, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza como Límite Máximo Individual. Esta Cobertura se pagará, 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.

Esta Cobertura opera sobre la base de indemnización a “primera pérdida”, lo que implica que, una vez que ocurra el fallecimiento del primer Asegurado, terminará inmediatamente la vigencia de la Póliza y por consiguiente todas las coberturas para los demás Asegurados de su Grupo Familiar. En caso que ambos miembros del Grupo Familiar fallezcan simultáneamente, se entiende que únicamente se pagará la indemnización de un fallecimiento.

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

Esta cobertura garantiza al Asegurado protección contra Accidentes en todo momento, las veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, siempre y cuando el Accidente ocurra dentro de los límites territoriales de Costa Rica, que la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el Accidente, y teniendo en cuenta todos y cada uno de los beneficios, exclusiones y limitaciones que se expresan en los documentos que conforman esta Póliza.

- b. Cobertura Adicional de Muerte Accidental en vehículo de Transporte Privado:** Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la Cobertura Básica de Fallecimiento, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para todos los referidos Asegurados.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente de Tránsito a bordo de un vehículo automotor de Transporte Privado no excluido en esta Póliza, como pasajero o conductor, y fallezca dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente, la Compañía le pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, según lo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago de esta cobertura es adicional al pago de la Suma Asegurada por concepto de la Cobertura Básica de Fallecimiento y de ser solicitada por el Tomador, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta Cobertura opera sobre la base de indemnización a "primera pérdida", lo que implica que, una vez que ocurra el fallecimiento del primer Asegurado, terminará inmediatamente la vigencia de la Póliza y por consiguiente todas las coberturas para los demás Asegurados de su Grupo Familiar. En caso que ambos miembros del Grupo Familiar fallezcan simultáneamente, se entiende que únicamente se pagará la indemnización de un fallecimiento.

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

- c. Cobertura Adicional de Muerte Accidental en vehículo de Transporte Público:** Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la Cobertura Básica de Fallecimiento, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para todos los referidos Asegurados.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente de Tránsito a bordo de un vehículo automotor de Transporte Público no excluido en esta Póliza, en el que viajaba como pasajero y fallezca dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente, la Compañía le pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, según lo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago de esta cobertura es adicional al pago de las Sumas Aseguradas por concepto de la Cobertura Básica de Fallecimiento, y de ser solicitada por Tomador, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta Cobertura opera sobre la base de indemnización a "primera pérdida", lo que implica que, una vez que ocurra el fallecimiento del primer Asegurado, terminará inmediatamente la vigencia de la Póliza y por consiguiente todas las coberturas para los demás Asegurados de su Grupo Familiar. En caso que ambos miembros del Grupo Familiar fallezcan simultáneamente, se entiende que únicamente se pagará la indemnización de un fallecimiento.

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

- d. Cobertura de Servicio de Atención Médica a Domicilio y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas:** Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado, y su Dependiente que viva permanentemente con el Asegurado Principal, contarán con los siguientes servicios:

1. **Servicio de Atención Médica:** En caso de Accidente o Emergencia Médica la Compañía gestionará uno de los siguientes servicios en caso que el Asegurado lo solicite:
 - i. **Atención médica a domicilio por un Médico general:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requiera atención médica, o tenga alguna emergencia médica derivada de una enfermedad grave y repentina, la Compañía, previa autorización, gestionará y cubrirá para que reciba atención médica a domicilio por un Médico general proporcionado por la Compañía, siempre y cuando exista tal servicio en la ubicación y en la hora solicitada. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) visitas médicas a domicilio durante el año de vigencia de la Póliza.
 - ii. **Traslado Médico Terrestre Por Accidente o Emergencia Médica:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, o tenga alguna emergencia médica derivada de una enfermedad grave y repentina, la Compañía previa autorización, gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, dentro del territorio de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, la Compañía coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) servicios de traslado médico terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

Cláusula 6. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada máxima para cada Cobertura es definida por el Tomador o Contratante de la Póliza, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, Certificados Individuales de Cobertura y en el último listado de Asegurados incluidos por el Tomador, debidamente aceptados por la Compañía, e incluidos en el Registro de Asegurados que forma parte integral de la presente Póliza.

En ningún caso, la sumatoria de las Sumas Aseguradas para la Cobertura Básica objeto del presente contrato adquiridas por un mismo Asegurado con la Compañía, bien sea en pólizas colectivas o autoexpedibles, podrá exceder de veinte millones de Colones (¢20'000,000.00). En caso que el Asegurado adquiera más de una Póliza y cuya sumatoria exceda la anterior suma, ésta última considerará que esa persona únicamente está asegurada con arreglo a la Póliza que le provea al Asegurado el mayor beneficio. Cuando el Beneficio con arreglo a cada una de tales Pólizas sea idéntico, la Compañía considerará que esa persona está asegurada únicamente con arreglo a la primera Póliza emitida; en tal caso, la Compañía devolverá al Asegurado o a sus Beneficiarios 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

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 7. PERIODO DE CARENCIA

El Período de Carencia para las Coberturas y Asistencias que correspondan será aquel que expresamente acordado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. Sin perjuicio de lo anterior, el Período de Carencia no podrá ser superior a dos (2) años contados a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, o bien a dos (2) años contados a partir de la fecha de cualquier cambio de Plan solicitado por el Tomador o por el Asegurado que implique incremento en el valor asegurado.

Cláusula 8. EXCLUSIONES

Para efectos de este producto se establecen como exclusiones las siguientes:

Para todas las Coberturas de esta Póliza, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado por:

- a. **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 la suscripción de la solicitud de inclusión; 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 suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.**
- b. **Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.**
- c. **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.**
- d. **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.**
- e. **SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.**

En particular, para las Coberturas Adicionales por Muerte Accidental, Muerte Accidental en Transporte Privado, y Muerte Accidental en Transporte Público, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado por, durante o bajo:

- f. **Suicidio, o Intento de Suicidio, Actos de Automutilación 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.**
- g. **Lesiones de arma de fuego, cortante o cortopunzante, las que, por cualquier circunstancia sean portadas por el Asegurado al momento de producirse el Accidente.**
- h. **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. **La influencia de estupefacientes, drogas, o bebidas alcohólicas, efecto 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. **Una infección bacteriana (excepto aquellas con progenia causadas por medio de una herida o cortadura accidental).**
- 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: manejo de explosivos, 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. Se encuentre conduciendo o como pasajero de una motocicleta, moto, bicicleta a motor, tricimoto, o cuatrimoto, sea este vehículo terrestre, acuático o para nieve.

r. 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.

s. 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.

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

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

v. 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;

w. 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.

x. 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.

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

z. 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 DICHO 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. CONTINUIDAD DE COBERTURA

En caso que el Tomador y la Compañía así lo acuerden y lo establezcan por escrito, la Compañía podrá reconocer el beneficio de Continuidad de Cobertura para aquellos Asegurados con seguro vigente en otra entidad aseguradora en la fecha de traslado de la Póliza, hasta por el monto del valor asegurado que se tuviera contratado con la anterior entidad aseguradora para aquellas coberturas contratadas que son objeto de traslado.

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

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

Dentro del alcance de la Continuidad de Cobertura, cualquier incremento de los valores asegurados sobre los valores reportados como vigentes por la última Aseguradora al momento del traslado, requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza.

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

Cláusula 10. 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 el Certificado 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;
- 7) En caso de no existir ninguno de los Beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

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

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

Advertencia: En caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de

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

Cláusula 11. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

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

Obligaciones del Tomador: 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 12. 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.

Cláusula 13. 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 elija el Tomador.

Cláusula 14. 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 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 de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud; si en dicho plazo la Aseguradora no manifiesta por escrito su rechazo a la solicitud de inclusión, se entenderá que el solicitante ha sido aceptado como Asegurado en la Póliza, será incluido por la Compañía 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 establecido en las Condiciones Particulares.

Cláusula 15. 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 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, Plan contratado y Suma Asegurada.
- 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.

Cláusula 16. 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 Certificado 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, sexo, Suma Asegurada y ocupación, así como los elementos estadísticos, históricos de salud y actuariales 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. 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 17. 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 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 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 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 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 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 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 18. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima, la Compañía le concede al Tomador o 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. 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 19. 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.

Cláusula 20. 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 21. 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) Si vencido el Período de Gracia el Asegurado no haya pagado la Prima correspondiente.
- c) A partir del momento en que la Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- d) Falezca el Asegurado.

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

Cláusula 22. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura terminará para cada Asegurado automáticamente en el momento que:

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable;
2. A solicitud expresa del Asegurado o bien en caso que el Tomador solicite la baja del Asegurado;
3. Falezca dicho Asegurado;
4. A partir del momento en que la Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
5. El Tomador no pague la Prima de Seguro en el plazo establecido en la CLÁUSULA de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado 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 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;

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

Cláusula 23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado Principal, 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) 2228-4850 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 por alguna Cobertura de esta Póliza, si la forma de pago de la Prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la Prima de esta Póliza cuya vigencia es de un (1) año. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO, COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL, LA COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO, Y LA COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PRIVADO:

En caso de reclamación por Fallecimiento de uno de los Asegurados Principales 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 Principal 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. 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;
6. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
7. 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;
8. 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.

Cláusula 24. 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, 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 25. 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 26. NULIDAD DE LA PÓLIZA

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

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

Cláusula 27. RECTIFICACIÓN DE EDAD

Si la Edad de un Asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. La cobertura del Asegurado bajo la presente Póliza no será cambiada si las cantidades aplicables a los Asegurados individuales bajo cada cobertura no depende de la edad; en caso que el cambio de la edad afecte la cobertura del seguro del Asegurado, las cantidades serán enmendadas de conformidad y dicha enmienda se tomará en cuenta en el ajuste de primas.

Cláusula 28. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

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

Cláusula 29. 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.

Cláusula 30. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 31. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 32. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Asegurado se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Asegurado. Así mismo, el Asegurado se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación cuando se le solicite durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Asegurado, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Cláusula 33. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus

reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

Cláusula 34. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

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

Cláusula 35. 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 36. PLAZO DE RESOLUCIÓN

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

Cláusula 37. 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.

Cláusula 38. 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 39. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

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

Cláusula 40. DOMICILIO

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

Cláusula 41. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

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

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