



**Internacional  
de Seguros**

Antes **Aseguradora del Istmo (Adisa) S.A.**

Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A.

## **SEGURO COLECTIVO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL EN DÓLARES**

Condiciones Generales

### **CONDICIONES GENERALES**

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

### **SEGURO COLECTIVO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL EN DÓLARES**

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

Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR 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**

**SEGURO COLECTIVO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL EN DÓLARES**  
Condiciones Generales

---

**ÍNDICE**

<b>CLAUSULA 1. DEFINICIONES.</b> .....	<b>3</b>
<b>CLAUSULA 2. BASES DEL CONTRATO.</b> .....	<b>3</b>
<b>CLAUSULA 3. ÁMBITO DE COBERTURA.</b> .....	<b>3</b>
<b>CLAUSULA 4. BENEFICIARIOS.</b> .....	<b>6</b>
<b>CLAUSULA 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.</b> .....	<b>7</b>
<b>CLAUSULA 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA.</b> .....	<b>8</b>
<b>CLAUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.</b> .....	<b>9</b>
<b>CLAUSULA 8. VIGENCIA, PRÓRROGA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.</b> .....	<b>10</b>
<b>CLAUSULA 9. CONDICIONES VARIAS.</b> .....	<b>12</b>
<b>CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN</b> .....	<b>12</b>
<b>ELEGIBILIDAD</b> .....	<b>12</b>
<b>PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DEL TOMADOR</b> .....	<b>12</b>
<b>REGISTRO DE ASEGURADOS</b> .....	<b>12</b>
<b>PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL</b> .....	<b>12</b>
<b>MONEDA Y TIPO DE CAMBIO</b> .....	<b>13</b>
<b>RECONOCIMIENTO AL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS</b> .....	<b>13</b>
<b>TRASPASO O CESIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>PRESCRIPCIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>LEGISLACIÓN APLICABLE</b> .....	<b>13</b>
<b>REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA</b> .....	<b>13</b>
<b>CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA</b> .....	<b>13</b>
<b>IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES</b> .....	<b>13</b>
<b>CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>CONTROVERSIAS</b> .....	<b>14</b>
<b>COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES</b> .....	<b>14</b>

### **Clausula 1. DEFINICIONES.**

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.
- 2. ASEGURADO:** Persona que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en el Certificado de Cobertura de la misma. Para todos los efectos, el Asegurado es a su vez el Tomador de la Póliza.
- 3. CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia que existía antes del inicio de la vigencia del aseguramiento individual. Incluye aquellas sobre las cuales se presentaron síntomas, se recibió tratamiento o cuidado, así como las diagnosticadas o en proceso de diagnóstico al momento de contratar esta póliza o de un aumento de suma asegurada por el cambio de plan.
- 4. DEPENDIENTES:** El cónyuge o conviviente declarado en unión de hecho, así como los hijos del Asegurado menores de veintiún (21) años que residan permanentemente con él y dependan económicamente del Asegurado. Los dependientes 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 establecidas para el servicio de asistencias.
- 5. MÉDICO:** Persona con calificación en medicina y autorización legal para proveer servicios médicos o quirúrgicos en el área geográfica de su práctica. Se excluye al médico cuando es el mismo Asegurado, su cónyuge, o familiar hasta el tercer grado de afinidad o consanguinidad
- 6. SIDA:** 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.
- 7. SINIESTRO:** 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.
- 8. SUICIDIO:** Acción o conducta voluntaria para terminar con su propia vida, que será determinada como tal por la autoridad judicial competente.
- 9. 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 .

### **Clausula 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 del Tomador, la Solicitud de Inclusión como Asegurado y Certificado Individual de Cobertura, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, si hubiere, y los Anexos. 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.

### **Clausula 3. ÁMBITO DE COBERTURA.**

Esta Póliza está conformada por todas las coberturas que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado:

#### **3.1 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL**

La Aseguradora pagará a los beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura según el plan elegido, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un accidente cubierto, ocurrido

durante la vigencia del aseguramiento individual y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente.

### **3.2 COBERTURA DE RENTA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

Adicionalmente, la Aseguradora pagará a los beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura según el plan elegido, por un período de cuarenta y ocho (48) meses consecutivos, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia del aseguramiento individual y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente.

### **3.3 COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS**

Durante la vigencia del aseguramiento individual, el Asegurado y sus dependientes contarán con los siguientes servicios:

1. **Servicio de Orientación Médica Telefónica:** En caso de que el Asegurado requiera información médica, la Aseguradora le dará este servicio de forma ilimitada durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, con el fin de que pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia o padecimiento. Queda entendido que el servicio se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Los gastos en que incurra el Asegurado producto del servicio correrán por cuenta exclusiva del Asegurado.
2. **Servicio de Referencias Médicas:** En caso de que el Asegurado requiera información de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica, la Aseguradora proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Aseguradora cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta exclusiva del Asegurado, así mismo los honorarios del médico que atienda al Asegurado y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el Asegurado con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. La Aseguradora únicamente se limita a proporcionar al Asegurado las referencias de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados.
3. **Servicio de Atención Médica:** En caso de accidente o emergencia médica la Aseguradora gestionará uno de los siguientes servicios en caso de que el Asegurado lo solicite:
  - i. **Atención médica a domicilio por un médico general:** Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) visitas médicas a domicilio durante cada año de aseguramiento individual.
  - 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 cada año de aseguramiento individual.

### **3.4 SUMA ASEGURADA**

La suma asegurada para cada cobertura es definida por el Tomador de la Póliza, y se establece de acuerdo con el plan escogido en el Certificado Individual de Cobertura.

### **3.5 EXCLUSIONES**

Esta Póliza no cubrirá siniestros o servicios como consecuencia de:

- 1. Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
- 2. Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.**
- 3. Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado.**
- 4. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.**
- 5. Riñas o peleas.**
- 6. Cuando el siniestro sea consecuencia de un tratamiento médico o cirugía practicada como resultado de un accidente.**
- 7. Homicidio doloso o su tentativa.**
- 8. Envenenamientos e infecciones, con excepción de los que resulten de una lesión accidental.**
- 9. Condición preexistente sea congénita o no.**
- 10. El suicidio del Asegurado durante los primeros dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza o de cualquier cambio en el plan que implique un incremento en la suma asegurada, sea que el Asegurado estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales.**
- 11. Lesiones provocadas por armas cortantes, punzantes o de fuego.**
- 12. Cuando las causas del siniestro estén relacionadas a condiciones de origen nervioso o psicológico, incluyendo ataques epilépticos o sus secuelas.**
- 13. Lesiones que se produzcan por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**
- 14. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección. Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres o acuáticas, portación de armas o actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.**
- 15. Problemas relacionados con el embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo si son resultado de un accidente cubierto.**

Por la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas, además de las anteriores, no se atenderán solicitudes:

- 16. Sobre conceptos emitidos en consultas médicas, análisis de resultados de exámenes clínicos o de laboratorio, o sobre tratamientos o procedimientos médicos de cualquier índole.**
- 17. Consultas relacionadas a vacunas o ingesta de medicamentos o vitaminas.**
- 18. De curaciones de reposo, cuidado sanitario o períodos de cuarentena.**
- 19. Durante época de epidemias o circunstancias donde el Ministerio Salud Pública determine una declaración oficial de estado de emergencia.**
- 20. Durante el traslado del Asegurado de una clínica u hospital a otro centro de atención médica o bien por embarazo o por alta al domicilio.**

### **3.6 LÍMITE MÁXIMO ASEGURADO**

Si el Asegurado adquiere más de una Póliza con cobertura de Renta Alimenticia Mensual por Muerte Accidental con la Aseguradora, ya sea en pólizas colectivas o autoexpedible, el límite máximo asegurado será de treinta mil dólares americanos (US\$30,000.00).

En caso de que el Asegurado adquiriera más de una Póliza con cobertura de Muerte Accidental con la Aseguradora, 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 Aseguradora considerará que esa persona está asegurada únicamente con arreglo a la primera Póliza emitida; en tal caso, la Aseguradora 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 diez (10) días hábiles.

### **3.7 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 Aseguradora 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.

### **3.8 ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA**

Las coberturas garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar, tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en esta Póliza.

La Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas únicamente se brindará en el territorio de la República de Costa Rica.

### **Clausula 4. BENEFICIARIOS.**

En caso de la muerte accidental del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los beneficiarios designados por él, quienes estarán descritos en el Certificado Individual de Cobertura.

Si el Asegurado fallece sin haber designado beneficiarios para la indemnización correspondiente a esta Póliza, dicha indemnización será pagada a favor de los herederos del Asegurado, conforme al siguiente orden excluyente entre sí:

- 1) Al cónyuge o el conviviente en unión de hecho. En caso de separación legal o de hecho del cónyuge o conviviente, este 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 Aseguradora. Dicha modificación surtirá efectos una vez que la Aseguradora reciba dicho formulario. En caso de que ocurra la muerte del Asegurado y la Aseguradora pague la indemnización en el orden antes indicado, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de heredero realizado en testamento o fuera de él. La designación, revocación o sustitución de beneficiarios será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho.

**Advertencia:** En caso de 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.

#### **Clausula 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 y Asegurado tendrán las obligaciones descritas a continuación, la Aseguradora se reserva el derecho de cancelar la Póliza o el aseguramiento individual en caso de que el Tomador o el Asegurado incumpla con alguna obligación:

##### **5.1 OBLIGACIONES DEL TOMADOR**

1. Recaudar y/o pagar la prima de la totalidad de Asegurados dentro de los plazos establecidos;
2. Elegir la suma asegurada;
3. Será responsable de enviar dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el registro de Asegurados con la siguiente información;
  - Lista de los nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión como Asegurados, en las que deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada.
  - Lista de los Asegurados para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.
4. Colaborar con la Aseguradora en transmitir las comunicaciones a los Asegurados y las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro;
5. Deberá declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo y en la presentación de siniestros;
6. En caso de que exista la figura de intermediario de seguros, el Tomador deberá informarles a los Asegurados sobre la participación del mismo, si se tratase de una sociedad corredora de seguros deberá aclararles si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el mismo Tomador, así como el detalle de sus obligaciones y responsabilidades;
7. En caso de que la inclusión del Asegurado en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador deberá especificarse de manera clara y precisa si la contratación de la Póliza es obligatoria u opcional para los miembros del grupo asegurable;
8. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza o la normativa aplicable, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

Si como consecuencia del incumplimiento del Tomador de algunas de las funciones descritas, el Asegurado sufre un daño, el Tomador deberá resarcir los daños y perjuicios ocasionados. La Aseguradora podrá asumir primero la indemnización de la pérdida al Asegurado; y en ese caso, el Tomador deberá reembolsar a la Aseguradora la indemnización realizada.

##### **5.1 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

1. Pagar la prima, cuando se establezca bajo la modalidad contributiva;
2. Obligación en declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo y la presentación de siniestros;
3. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

## **5.2 OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS**

1. En caso de siniestro, completar los requisitos establecidos en caso de fallecimiento del Asegurado;
2. Colaborar con la Aseguradora en las diligencias que requiera el procedimiento en caso de reclamación o siniestro.

## **5.3 OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO**

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

## **5.4 OMISIÓN Y/O INEXACTITUD**

Si el Tomador o el Asegurado incurre en omisión, o inexactitud en la declaración del riesgo se procederá conforme a lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

## **5.5 LEGITIMACIÓN DE CAPITALES**

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Aseguradora, 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 Aseguradora solicite la colaboración para tal efecto.

## **Clausula 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA.**

### **6.1 PRIMA O TARIFA DE SEGURO**

La prima de seguro se establece para cada Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. El valor de la prima de cada Asegurado, al momento de incluirse al seguro o en cada prórroga, será determinado por el grupo etario al cual pertenezca, dicha verificación se realizará con la fecha de nacimiento indicada por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. La Aseguradora podrá ajustar el valor de la prima cuando el Asegurado supere la edad límite de cada grupo etario tal y como se establece a continuación y en el Certificado Individual de Cobertura. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

Grupo Etario	Porcentaje de ajuste a aplicar sobre la prima del grupo etario anterior
Entre 65 a 79 años de edad.	Hasta un 350% dependiendo del plan contratado
Entre 80 a 84 años de edad.	Hasta un 400% dependiendo del plan contratado
A partir de 85 años de edad.	Hasta un 500% dependiendo del plan contratado

En la fecha en la que corresponda la prórroga de la Póliza, la Aseguradora podrá modificar las primas aplicables a esta Póliza, dando aviso al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la misma. Una vez que el Tomador reciba la notificación de la modificación a la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la tarifa del seguro.

### **6.2 LAS PRIMAS Y SU PAGO**

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. 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.

Todo pago a realizarse por el Asegurado deberá hacerse según la forma, periodicidad y por el medio de pago automático indicados en el Certificado Individual de Cobertura. Todo pago a realizarse por el Tomador podrá efectuarse; en la forma y por el medio de pago convenido en la Solicitud de Seguro, en la oficina principal de la Aseguradora o sus sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado y/o Tomador durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, siempre y cuando no se haya afectado ninguna 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, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Asegurado y/o Tomador

### **6.3 PERÍODO DE GRACIA**

Para el pago de la prima la Aseguradora le concede al Asegurado y/o Tomador un período de gracia de sesenta (60) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima según la periodicidad de pago pactada entre las partes en el Certificado Individual de Cobertura y la Solicitud de Seguro. La fecha de vencimiento del pago de la primera prima es el momento en que la Aseguradora acepta el riesgo de forma expresa y por escrita.

### **6.4 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS**

En caso de que proceda la devolución de primas, la Aseguradora seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza, dependiente de la modalidad de pago de prima acordada:

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

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

## **Clausula 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.**

### **7.1 PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO**

El beneficiario o Tomador, deberá dar aviso del siniestro a la Aseguradora al número de teléfono **(+506) 4101-0000** o al correo electrónico: [gestiones@iseguros.cr](mailto:gestiones@iseguros.cr). Para solicitar el pago de cualquier indemnización, se deberá presentar los requisitos que se establecen en esta cláusula, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el siniestro.

El plazo anterior señalado es el establecido por la Aseguradora para verificar las circunstancias del siniestro y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro aportando los mismos requisitos que se solicitan.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, notificará el requerimiento en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales. El Asegurado o Tomador, 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 Aseguradora 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.

**a. PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y LA COBERTURA DE RENTA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

- ✓ Formulario de reclamación proporcionado por la Aseguradora, completo y firmado por el beneficiario y Tomador;
- ✓ Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado. En caso de que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
- ✓ Original del Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
- ✓ Documento de identidad del Asegurado y de los beneficiarios.
- ✓ Original y copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
- ✓ Copia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.
- ✓ Si el Asegurado no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del historial clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el accidente hasta el momento de su fallecimiento;

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida.

La Aseguradora 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 Asegurado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo. Cuando se determine que la procedencia del reclamo sea válida y corresponda una indemnización, la Aseguradora ejecutará dicha indemnización en un plazo de quince (15) días naturales.

**b. PARA LA COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS**

Para solicitar el informe actualizado de la red de proveedores y acceder a los servicios descritos el Asegurado podrá comunicarse al número **(+506) 6040-4001** y solicitar el servicio requerido. En ningún caso el Asegurado podrá contratar el servicio por su cuenta y solicitar reembolso de este.

## **7.2 DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO**

**Declinación:** En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Aseguradora lo comunicará por escrito al Asegurado, así como cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

**Revisión:** El Asegurado podrá solicitar la revisión ante la Aseguradora. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su solicitud por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso de que la reciba el Tomador, éste la remitirá a la Aseguradora en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida y la Aseguradora deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la recepción de dicha solicitud.

## **Clausula 8. VIGENCIA, PRÓRROGA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.**

### **8.1 VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA**

La vigencia de la presente Póliza será de un año a partir de la fecha de contratación. Se entiende que esta Póliza es prorrogable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con anticipación a la fecha de vencimiento del período.

La Aseguradora podrá introducir modificaciones a la prima de la Póliza aplicables a partir de la prórroga de la misma. De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, lo cual deberá hacer por escrito a la Aseguradora. La Aseguradora 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 anexo, de lo contrario en el mismo plazo la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del período de gracia antes indicado.

En caso de que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador bajo su entera responsabilidad, lo comunicará a los Asegurados con treinta (30) días naturales de anticipación a la modificación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éste.

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

## **8.2 VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO**

La vigencia de la cobertura para cada Asegurado será de un año y figurará en el Certificado Individual de Cobertura. En cualquier momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza se podrán incluir o retirar Asegurados. En todo caso, la cobertura opera únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Aseguradora de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza, así como el pago de la prima correspondiente dentro del período de gracia.

Esta Póliza operará a base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de cada aseguramiento individual, aún si el reclamo se presenta después de terminada dicha vigencia, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

## **8.3 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

- a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
- b. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la Ley N°8956.

En caso de que se lleve a cabo la terminación anticipada de la Póliza, el Tomador le comunicará a los Asegurados con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la terminación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

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.

## **8.4 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO**

La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado, 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 para el Asegurado cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Asegurado.

- b. Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable;
- c. Fallezca el Asegurado
- d. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
- e. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- f. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la ley N°8956.

## **Clausula 9. CONDICIONES VARIAS.**

### **CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**

Esta póliza es un seguro colectivo del ramo de accidente, en la línea de muerte por accidente, que podrá ser contratado exclusivamente por el Tomador a su sola discreción bajo la modalidad contributiva y no contributiva.

### **ELEGIBILIDAD**

Son elegibles para ser Asegurados de esta Póliza, aquellas personas que pertenezcan al grupo asegurable del Tomador y residan en Costa Rica.

### **PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DEL TOMADOR**

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.

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 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 de que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Aseguradora devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

### **REGISTRO DE ASEGURADOS**

Conforme a la información inicial suministrada a la Aseguradora por el Tomador en el reporte de Asegurados junto con las respectivas Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados, la Aseguradora llevará un registro de Asegurados, y adicionalmente, documentará en dicho registro el número de Certificado Individual de Cobertura que le corresponde a cada Asegurado, y la fecha de cada una sus modificaciones. Este registro de Asegurados será proporcionado al Tomador en la prórroga de la Póliza para que pueda validarlo.

El Tomador será responsable de enviar a la Aseguradora de forma mensual, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el reporte de Asegurados con la siguiente información:

- ✓ El reporte de Asegurados actualizado indicando claramente los ingresos y retiros del grupo asegurado.
- ✓ Las Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados que ingresan a la Póliza debidamente completadas.

### **PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL**

La Aseguradora y el Tomador informarán al Asegurado las modificaciones que correspondan con un plazo de treinta (30) días naturales previos a la fecha de efectividad de la modificación.

Además, la Aseguradora junto al Tomador se obliga a notificar a los Asegurados, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, con al menos cuarenta y cinco (45) días de antelación, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Aseguradora pague al Tomador.

En ambos casos, la notificación se efectuará por el medio que el Asegurado exprese en el Certificado Individual de Cobertura.

### **MONEDA Y TIPO DE CAMBIO**

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

Cuando las obligaciones del Asegurado y/o la Aseguradora se cumplan en moneda distinta, se tomará en cuenta el tipo de cambio a precio de venta publicado por el Banco Central de Costa Rica en la fecha en que se emita el pago.

### **RECONOCIMIENTO AL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS**

La Aseguradora podrá reconocer al Tomador y al intermediario de seguros, en caso exista, una comisión en reconocimiento a los costos incurridos por la gestión de la Póliza y estará establecida en el Certificado Individual de Cobertura. Cuando corresponda, la comisión incluirá todos los costos incurridos por el Tomador por la gestión de la Póliza, aún los costos indirectos para aquellos casos donde el grupo asegurable decida optar por otro seguro.

### **TRASPASO O CESIÓN**

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

### **PRESCRIPCIÓN**

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

### **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.

### **REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA**

En caso de destrucción, extravío o 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.

### **CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA**

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 Asegurado que no haya sido incluido por el Tomador en el listado de Asegurados.

### **IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES**

Le corresponde a la Aseguradora resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, el Asegurado o su representante, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

### **CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La información que sea suministrada a la Aseguradora 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, o ante requerimiento de la autoridad competente.

### **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.

### **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 o Certificado Individual de Cobertura, según sea el caso. 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 correo electrónico.

Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio, estos deberán ser notificadas a la Aseguradora quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en la Solicitud de Seguro o Certificado Individual de Cobertura por medio de anexo.

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

El Tomador, el Asegurado o los miembros del grupo asegurable podrán realizar consultas y recibir asesoría sobre las condiciones de esta Póliza al número de teléfono (+506) 4101-0000 y al correo electrónico [gestiones@isegueros.cr](mailto:gestiones@isegueros.cr) o bien al sitio web [www.isegueros.cr/](http://www.isegueros.cr/) donde podrá obtener la información necesaria.

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro P19-57-A07-629 de fecha 05 de mayo del 2015.**

**DEBER DE INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO  
SEGURO COLECTIVO DE RENTA ALIMENTICIA POR MUERTE ACCIDENTAL EN DÓLARES**

Mediante el presente documento se procede a informarle al Tomador y/o Asegurado, previo a la adquisición del seguro o la inclusión en el mismo, sobre la información de la Aseguradora y el Contrato de Seguro.

**1. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD ASEGURADORA**

- 1.1. Aseguradora:** Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A.
- 1.2. Dirección de oficinas centrales:** 300Mts Oeste de Tony Romas, Edificio Stewart Title, 4to Piso, San Rafael Escazú.
- 1.3. Teléfono:** (+506) 4101-0000.
- 1.4. Correo electrónico:** [gestiones@iseguros.cr](mailto:gestiones@iseguros.cr)
- 1.5. Página web:** [www.iseguros.cr](http://www.iseguros.cr)
- 1.6. Registro ante la Superintendencia General de Seguros:** N° de Licencia A07, puede verificar en la dirección [www.sugese.fi.cr](http://www.sugese.fi.cr)
- 1.7. Calificación de riesgo:** [Calificación], otorgada por [Calificadora] con fecha [Fecha de calificación], lo que significa que [Agregar breve descripción de la calificación].
- 1.8. Tratamiento de los datos de carácter personal:** La información proporcionada por el Tomador y/o Asegurado a Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A. será almacenada con las medidas de protección de datos necesarias. Solo los colaboradores y/o proveedores debidamente autorizados de Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A., así como sus socios comerciales y miembros del grupo al que pertenece la Aseguradora, tendrán acceso a la base de datos, quienes están comprometidos a cumplir con las políticas de confidencialidad y protección de datos establecidas. La recopilación de información tiene como objetivo principal la celebración del contrato de seguro, la creación de un perfil económico, o la oferta de productos o servicios adicionales que puedan resultar de interés para el Tomador y/o Asegurado. Estas acciones pueden ser llevadas a cabo tanto directamente por Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A. como por terceros debidamente autorizados, respetando las políticas de protección de datos.
- 1.9. Procedimiento y resolución de quejas:** En caso de que el Tomador y/o Asegurado vea afectados sus derechos o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, tendrá derecho a acudir en primera instancia ante la Aseguradora, ya sea por correo electrónico a [gestiones@iseguros.cr](mailto:gestiones@iseguros.cr) o presentándose de forma física a la oficina central de la Aseguradora. Agotada la instancia anterior puede recurrir al Centro de Defensa del Asegurado (CDA), al teléfono (+506) 2291-0315, correo: [clienteseguros@aap.cr](mailto:clienteseguros@aap.cr). Agotada la instancia del CDA podrá interponer la queja ante la SUGESE, al correo [sugese@sugese.fi.cr](mailto:sugese@sugese.fi.cr) o al teléfono (+506) 2243-5108 de la central telefónica. En el caso de reclamación, podrá acudir a la instancia judicial o arbitral según acuerden las partes.

**2. INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO**

- 2.1. Nombre del producto:** Seguro Colectivo De Renta Alimenticia por Muerte Accidental en Dólares.

- 2.2. Código de registro:** P19-57-A07-629.
- 2.3. Categoría, ramo y línea:** Categoría personales, ramo de accidentes, línea de muerte por accidente.
- 2.4. Riesgos amparados:** Se ampara la muerte accidental del Asegurado pagando una indemnización a los beneficiarios y adicional el pago de rentas mensuales a los mismos. Se incluye además, un servicio de asistencia destinado para el Asegurado o sus dependientes, identificados legalmente como sus hijos y cónyuge.
- 2.5. Modalidad de Contratación:** El seguro podrá ser contratado de manera contributiva y no contributiva.
- 2.6. Período de Cobertura:** La Póliza cubrirá únicamente los siniestros ocurridos durante su vigencia, siempre que el aseguramiento individual también esté vigente, incluso si el reclamo se presenta después de su término.
- 2.7. Vigencia y Prórroga:** La vigencia de la presente Póliza será de un año contado a partir de su contratación. Se entiende que esta Póliza es prorrogable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con anticipación a la fecha de vencimiento del período. a vigencia del aseguramiento individual se prorrogará en los mismos términos, salvo que el Tomador o Asegurado expresen lo contrario con anticipación.
- 2.8. Delimitación geográfica:** Las coberturas de Muerte Accidental y la Cobertura de Renta Alimenticia Mensual por Muerte Accidental brindan amparo en todo momento y lugar, la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas únicamente brinda cobertura dentro del territorio de la República de Costa Rica.
- 2.9. Descripción de las Coberturas:**

**2.9.1 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL**

La Aseguradora pagará a los beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura según el plan elegido, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia del aseguramiento individual y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente.

**2.9.2 COBERTURA DE RENTA ALIMENTICIA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

Adicionalmente, la Aseguradora pagará a los beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura según el plan elegido, por un período de cuarenta y ocho (48) meses consecutivos, siempre y cuando el Asegurado fallezca como consecuencia directa de un accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia del aseguramiento individual y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente.

**2.9.3 COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE  
AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS**

Durante la vigencia del aseguramiento individual, el Asegurado y sus dependientes contarán con los siguientes servicios:

- 1. Servicio de Orientación Médica Telefónica:** En caso de que el Asegurado requiera información médica, la Aseguradora le dará este servicio de forma ilimitada durante las veinticuatro (24) horas

del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, con el fin de que pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia o padecimiento. Queda entendido que el servicio se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Los gastos en que incurra el Asegurado producto del servicio correrán por cuenta exclusiva del Asegurado.

2. **Servicio de Referencias Médicas:** En caso de que el Asegurado requiera información de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica, la Aseguradora proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Aseguradora cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta exclusiva del Asegurado, así mismo los honorarios del médico que atienda al Asegurado y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el Asegurado con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. La Aseguradora únicamente se limita a proporcionar al Asegurado las referencias de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados.
3. **Servicio de Atención Médica:** En caso de accidente o emergencia médica la Aseguradora gestionará uno de los siguientes servicios en caso de que el Asegurado lo solicite:
  - i. **Atención médica a domicilio por un médico general:** Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) visitas médicas a domicilio durante cada año de aseguramiento individual.
  - 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 cada año de aseguramiento individual.

#### **2.9.4 EXCLUSIONES**

Esta Póliza no cubrirá siniestros o servicios como consecuencia de:

1. **Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
2. **Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.**
3. **Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado.**
4. **Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.**
5. **Riñas o peleas.**
6. **Cuando el siniestro sea consecuencia de un tratamiento médico o cirugía practicada como resultado de un accidente.**
7. **Homicidio doloso o su tentativa.**
8. **Envenenamientos e infecciones, con excepción de los que resulten de una lesión accidental.**
9. **Condición preexistente sea congénita o no.**
10. **El suicido del Asegurado durante los primeros dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza o de cualquier cambio en el plan que implique un incremento en la suma asegurada, sea que el Asegurado estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales.**
11. **Lesiones provocadas por armas cortantes, punzantes o de fuego.**
12. **Cuando las causas del siniestro estén relacionadas a condiciones de origen nervioso o psicológico, incluyendo ataques epilépticos o sus secuelas.**

13. Lesiones que se produzcan por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.
14. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección. Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres o acuáticas, portación de armas o actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.
15. Problemas relacionados con el embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo si son resultado de un accidente cubierto.

**Por la Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas, además de las anteriores, no se atenderán solicitudes:**

16. Sobre conceptos emitidos en consultas médicas, análisis de resultados de exámenes clínicos o de laboratorio, o sobre tratamientos o procedimientos médicos de cualquier índole.
  17. Consultas relacionadas a vacunas o ingesta de medicamentos o vitaminas.
  18. De curaciones de reposo, cuidado sanitario o períodos de cuarentena.
  19. Durante época de epidemias o circunstancias donde el Ministerio Salud Pública determine una declaración oficial de estado de emergencia.
  20. Durante el traslado del Asegurado de una clínica u hospital a otro centro de atención médica o bien por embarazo o por alta al domicilio.
- 2.10. Requisitos para ser Asegurado:** Son elegibles para ser Asegurados de esta Póliza, aquellas personas que pertenezcan al grupo asegurable del Tomador y residan en Costa Rica.
- 2.11. Prima y procedimiento para su pago:** 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. 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.

Todo pago a realizarse por el Asegurado deberá hacerse según la forma, periodicidad y por el medio de pago automático indicados en el Certificado Individual de Cobertura. Todo pago a realizarse por el Tomador podrá efectuarse; en la forma y por el medio de pago convenido en la Solicitud de Seguro, en la oficina principal de la Aseguradora o sus sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

- 2.12. Procedimiento en caso de siniestro:** El beneficiario o Tomador, deberá dar aviso del siniestro a la Aseguradora al número de teléfono **(+506) 4101-0000** o al correo electrónico: [gestiones@iseguros.cr](mailto:gestiones@iseguros.cr). Para solicitar el pago de cualquier indemnización, se deberá presentar los requisitos que se establecen a continuación, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el siniestro.
- ✓ Formulario de reclamación proporcionado por la Aseguradora, completo y firmado por el beneficiario y Tomador;

- ✓ Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado. En caso de que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
- ✓ Original del Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
- ✓ Documento de identidad del Asegurado y de los beneficiarios.
- ✓ Original y copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
- ✓ Copia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.
- ✓ Si el Asegurado no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del historial clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el accidente hasta el momento de su fallecimiento

La información adicional sobre los plazos y el procedimiento de respuesta se encuentra detallada en las condiciones generales de la Póliza.

**2.13. Procedimiento en caso de requerir un servicio de asistencia:** Para solicitar el informe actualizado de la red de proveedores y acceder a los servicios descritos el Asegurado podrá comunicarse al número **(+506) 6040-4001** y solicitar el servicio requerido. En ningún caso el Asegurado podrá contratar el servicio por su cuenta y solicitar reembolso de este.

**2.14. Causas de terminación de la Póliza:** La Póliza terminará anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
- b. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la Ley N°8956.

En caso de que se lleve a cabo la terminación anticipada de la Póliza, el Tomador le comunicará a los Asegurados con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la terminación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

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.

**2.15. Causas de terminación del aseguramiento individual:** El aseguramiento individual terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Asegurado.
- b. Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable;
- c. Fallezca el Asegurado
- d. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
- e. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- f. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la ley N°8956.

**2.16. Derecho de retracto:** 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 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 de que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Aseguradora devolverá la prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

- 2.17. Derecho de respuesta:** El Asegurado tiene derecho a que la Aseguradora le responda, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, toda solicitud, petición o presentación de reclamo.
- 2.18. Prescripción:** Las obligaciones de la Aseguradora prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

\_\_\_\_\_

Asegurado

\_\_\_\_\_

Tomador

\_\_\_\_\_

Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A.