
CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE VIDA PROTEGIDA EN COLONES

El cual se registrará 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 Propuesta de Seguro y las Condiciones Generales, 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

INDICE

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES: .	3	Cláusula 17. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	14
Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO	5	Cláusula 18. NULIDAD DE LA PÓLIZA.....	14
Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	5	Cláusula 19. RECTIFICACIÓN DE EDAD ..	14
Cláusula 4. COBERTURAS	6	Cláusula 20. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	14
Cláusula 5. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD.....	7	Cláusula 21. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	15
Cláusula 6. SUMA ASEGURADA	7	Cláusula 22. TRASPASO O CESIÓN	15
Cláusula 7. LÍMITE DEL VALOR Y COBERTURA ASEGURADA	7	Cláusula 23. PRESCRIPCIÓN	15
Cláusula 8. PERÍODO DE CARENCIA	8	Cláusula 24. LEGITIMACIÓN DE CAPITALAS.....	15
Cláusula 9. EXCLUSIONES	8	Cláusula 25. LEGISLACIÓN APLICABLE ..	15
Cláusula 10. BENEFICIARIOS.....	10	Cláusula 26. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA	15
Cláusula 11. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.....	11	Cláusula 27. CONTROVERSIAS.....	15
Cláusula 12. PRIMA O TARIFA DE SEGURO.....	11	Cláusula 28. PLAZO DE RESOLUCIÓN	15
Cláusula 13. PAGO DE LA PRIMA	12	Cláusula 29. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES.....	15
Cláusula 14. PERIODO DE GRACIA.....	12	Cláusula 30. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO.....	16
Cláusula 15. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	12	Cláusula 31. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	16
Cláusula 16. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	13	Cláusula 32. DOMICILIO	16
		Cláusula 33. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	16

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, cuatriciclos o similares**, 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 la Propuesta de Seguro. Para los efectos de la presente Póliza, el Asegurado debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- e. **Asegurado Dependiente:** Se entiende exclusivamente como el cónyuge o conviviente del Asegurado Principal. Para que una persona física se considere Asegurado Dependiente 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 Asegurado 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 contratación del Asegurado de 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.

- l. **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 en la Propuesta de Seguro 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 Asegurado hayan actuado dolosamente.
- 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 la Propuesta de Seguro.
- 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 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 Propuesta de Seguro.
- u. **Homicidio Culposo:** Es el delito que consiste en causarle la muerte a otra persona con culpa.
- v. **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.
- w. **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.
- x. **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.
- y. **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 la Propuesta de Seguro.
- z. **Plan:** Es la alternativa de aseguramiento elegida por el Asegurado, establecida en la Propuesta de Seguro, en donde se indica claramente la Suma Asegurada por Cobertura así como la Prima a pagar. Todos los Planes son idénticos entre sí, con excepción a la Suma Asegurada y Prima a pagar.

- aa. **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 la Propuesta de Seguro.
- bb. **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.
- cc. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- dd. **Radiografía Periapical:** Radiografía pequeña individual, que se toma para cada diente, como ayuda diagnóstica.
- ee. **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.
- ff. **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.
- gg. **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 la Propuesta de Seguro correspondiente a la presente Póliza.
- hh. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria para terminar con su propia vida, que será determinada como tal por la autoridad judicial competente.
- ii. **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 se establecen en función de los elementos estadísticos, actuariales e históricos de accidentes y salud de cada subgrupo etario que conforma el grupo asegurado.
- jj. **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 de los Servicios Públicos (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.
- kk. **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 que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: (i) las presentes Condiciones Generales del Contrato, y (ii) la Propuesta de Seguro. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales.

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

Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

La presente Póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Autoexpedible.

Cláusula 4. COBERTURAS

La Aseguradora indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las Coberturas que adelante se detallan siempre dentro de los límites y condiciones que se establecen en este documento. Esta Póliza está conformada por todas las coberturas, asistencias y servicios que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado:

- a. **Cobertura de Fallecimiento:** En caso que el Asegurado Principal fallezca, la Compañía pagará a los Beneficiarios el valor estipulado en la Propuesta de Seguro 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 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 del primer fallecimiento.

- b. **Cobertura Adicional de Muerte Accidental:** En caso que un Asegurado fallezca por o en un Accidente, la Compañía pagará a los Beneficiarios, el valor estipulado en la Propuesta de Seguro de esta Póliza para la Cobertura Adicional de Muerte Accidental, sin exceder el valor estipulado en la Propuesta de Seguro 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. En todo caso, la Aseguradora descontará de la suma a pagar por esta Cobertura cualquier adelanto realizado al Asegurado como resultado del mismo Accidente y por conceptos relacionados con cualquier beneficio considerado como ADELANTO en esta 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.

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.

- c. **Cobertura de Muerte Accidental en vehículo de Transporte Privado:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente de Tránsito a bordo de un vehículo automotor de Transporte Privado no excluido en esta Póliza, en el que viaje 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, la Suma Asegurada para esta cobertura, según lo que se establece en la Propuesta de Seguro de la Póliza.
- d. **Cobertura de Muerte Accidental en vehículo de Transporte Público:** 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 viaje 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, la Suma Asegurada para

esta cobertura adicional, según lo que se establece en la Propuesta de Seguro de la Póliza. El pago de esta cobertura es adicional al pago de las Sumas Aseguradas por concepto de la Cobertura Básica de Fallecimiento.

- e. **Cobertura 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:
- 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 5. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado de esta Póliza deberá cumplir los requisitos que a continuación se detallan: (i) No estar Incapacitado Total y Permanentemente al momento de ingreso como Asegurado en la Póliza; (ii) 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; (iii) Completar la información solicitada en la Propuesta de Seguro antes del inicio de la vigencia de la Póliza y (iv) Pagar la Prima dentro del Plazo de Gracia.

En caso que el Operador de Seguros Autoexpedibles emita Pólizas para personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad aquí establecidos o que no reúnan alguna de las otras condiciones estipuladas en esta cláusula, la Aseguradora podrá dar por terminada la Póliza y únicamente estará obligada a devolver las Primas que hubiere recibido en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles posterior a la notificación de la cancelación.

Cláusula 6. SUMA ASEGURADA

Es el monto de seguro según el Plan elegido por el Asegurado, que la Aseguradora se obliga a pagar en caso de Siniestro para cada Cobertura, según se indica en la Propuesta de Seguro.

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 Propuesta de Seguro correspondiente a esta Póliza.

Cláusula 7. LÍMITE DEL VALOR Y COBERTURA ASEGURADA

El Asegurado podrá contratar y mantener vigente con la Compañía únicamente una (1) Póliza de Seguro Autoexpedible de Vida Protegida. Si eventualmente se emitiera más de una Póliza de Seguro Autoexpedible de Vida Protegida, una vez se detecte la anomalía, la Aseguradora lo notificará al Asegurado y a partir de la fecha de notificación se obliga a devolver el cien por ciento (100%) de las Primas pagadas por el Asegurado en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

Cláusula 8. PERÍODO DE CARENIA

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

Cláusula 9. EXCLUSIONES

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 del Asegurado fuere causado por, mientras o durante:

- 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.**
- 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. Viaje como piloto o pasajero en una motocicleta, moto, bicicleta a motor, tricimoto, o cuatrimoto, sea este vehículo terrestre, acuático o para nieve.**
- h. 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**
- i. La comisión o el intento de cometer un acto delictivo o ilícito, o mientras esté infringiendo una ley, reglamento u ordenanza, ya sea como autor o cómplice.**

- j. Por condena a pena de muerte.**
- k. Se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas, o bebidas alcohólicas.**
- l. Su participación en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.**
- m. Su participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.**

Para la Cobertura Adicional de Muerte Accidental, la Cobertura de Muerte Accidental en Vehículo de Transporte Privado, la Cobertura de Muerte Accidental en Vehículo de Transporte Público y las Asistencias de Servicio de Orientación Médica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas, además de las anteriores exclusiones se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado por o durante:

- a. Una infección bacteriana (excepto aquellas con progenia causadas por medio de una herida o cortadura accidental).**
- b. Una enfermedad de cualquier tipo o clase.**
- c. Una lesión producto de actos intencionales del Asegurado, 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.**
- d. Homicidio Doloso, entendido como el ocasionado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos, y procede a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, según lo indica el código penal.**
- e. Lesiones de arma cortante, cortopunzante o de fuego las que, por cualquier circunstancia sean portadas por el Asegurado al momento de producirse el Accidente.**
- f. Lesiones que resulten de prácticas higiénicas o de otra índole realizadas por el propio Asegurado en su persona (como los actos de aseo, arreglo de las uñas, extirpación de callo).**
- g. Al momento de ocurrir el Accidente, padezca los efectos de la malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, fiebre amarilla o similares, ataque de epilepsia, síncope, enfermedad del sueño, trastorno del sueño, parasomnia, sonambulismo o noctambulismo, o los efectos que sobrevengan al Asegurado debido a su perturbación mental.**
- h. 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.**
- i. 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.**
- j. 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.**

- k. Su participación en competencias o entrenamientos de surfing o deslizamiento en tabla sobre olas marinas, esquí acuático o de nieve, justas hípcas o toreó.**
- l. 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.**
- m. La realización o participación en alguna de las siguientes actividades: minería subterránea, prácticas o trabajos realizados en altura o en líneas de alta tensión, inmersión submarina, deportes submarinos, navegación en submarinos, paracaidismo, alas delta o parapente, alpinismo, montañismo, 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;**
- n. 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 y gas, o explosivas.**
- o. El desempeño de su trabajo prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**
- p. Su realización de labores de fumigación agrícola aérea o terrestre.**
- q. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.**
- r. 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.

Cláusula 10. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar los Beneficiarios para las coberturas de esta Póliza. En caso que el Asegurado fallezca, expresamente acepta en la Propuesta de Seguro que en caso que no designe expresamente a sus Beneficiarios, la indemnización correspondiente 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 y/o del Asegurado: El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

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

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

- 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. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Prima que se establece para esta Póliza es la que se detalla en la Propuesta de Seguro según el Plan elegido por el Asegurado.

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, las cuales se deberán informar al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Asegurado dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la notificación, 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 automáticamente por un período igual, caso contrario, se tendrá por no renovada. La Prima correspondiente

a cualquier prórroga relacionada con ésta Póliza se calculará según sea la probabilidad de fallecimiento, teniendo en cuenta los historiales de salud, estadísticos y actuariales de la población costarricense.

Cláusula 13. PAGO DE LA PRIMA

Aunque la vigencia de la presente Póliza es anual, el pago de la Prima de la misma será de forma fraccionada en pagos mensuales y por adelantado con cargo automático a una cuenta de ahorros, a la Tarjeta, 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 Asegurado durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya 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 Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las Primas no devengadas.

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

Cláusula 14. PERIODO DE GRACIA

Para llevar a cabo el pago mensual de la Prima, la Compañía le concede al Asegurado un Período de Gracia de noventa (90) días naturales, que empezarán a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía pagará la indemnización correspondiente, rebajando de la indemnización la(s) Prima(s) pendiente(s).

Cláusula 15. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización y/o cobertura bajo la presente Póliza, el Asegurado o el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite ante el Operador de Seguros Autoexpedibles con el cual se adquirió la Póliza, o también podrá(n) presentarlo en las oficinas de la Compañía, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el Siniestro o al número de teléfono (506) 410-10000 con copia al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. En caso que el Asegurado necesite utilizar los **Servicio de Orientación Médica Telefónica o de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas**, el Asegurado o su representante deberán comunicarse telefónicamente al número (506) 410-10000 y solicitar el servicio requerido.

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 o Beneficiario deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguros Autoexpedibles revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Compañía, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o al Beneficiario y al Operador de Seguros Autoexpedibles 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.

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

En caso de reclamación por Fallecimiento del Asegurado, 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.
9. Original y copia de las facturas emitidas por la funeraria o empresa prestadora de los servicios funerarios, así como de otros servicios relacionados con el evento y que estén amparados por esta cobertura.

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

Para gozar de las Coberturas de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas y/o recibir información actualizada de los proveedores de estos servicios, el Asegurado o su representante deberán comunicarse telefónicamente al número telefónico (506) 410-10000 y solicitar el servicio requerido. **En ningún caso el Asegurado podrá contratar el servicio por su cuenta y solicitar reembolso del mismo.**

Cláusula 16. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA
Por ser este un Seguro Autoexpedible, la vigencia de la Póliza será de un año que inicia a partir del momento en que se da la simple aceptación del Asegurado, la cual estará indicada en la Propuesta de Seguro, siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del Período de Gracia. Esta Póliza es renovable automática 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.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios en caso que estén individualizados, 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 y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Beneficiario Principal e Irrevocable del seguro, el importe del Saldo Adeudado.

Cláusula 17. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza se tendrá por terminada cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

1. Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma.
2. A solicitud expresa del Asegurado.
3. El Tomador o Asegurado no paguen 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.
4. Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
5. Fallezca el Asegurado, se pague la Cobertura de Fallecimiento o se adelante su equivalente.

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

Cláusula 18. 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 19. 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 20. 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 21. 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 22. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 23. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 24. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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

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

Cláusula 25. 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 26. 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 27. 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 28. 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 29. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

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

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

Cláusula 30. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al(los) Beneficiario(s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El(los) Beneficiario(s) puede(n) solicitar la revisión ante la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso que la reciba el Asegurado o intermediario, éste la remitirá a la Compañía en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida y la Compañía deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la recepción de dicha solicitud.

Cláusula 31. 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 32. DOMICILIO

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

Cláusula 33. 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 la Propuesta de Seguro 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.

De igual forma, con excepción de lo que establece la cláusula de “PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO”, la Compañía atenderá cualquier comunicación y/o notificación relacionada con esta Póliza en su domicilio principal ubicada en San José, Escazú, Torre Banco General (Contiguo al Centro Corporativo el Cedral) 4to piso, o bien mediante correo electrónico a la dirección info@adisa.cr.

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 P14-26-A07-669 de fecha 20 de Abril de 2016.