

**“SEGURO COLECTIVO
DE ACCIDENTES PERSONALES - UMBRELLA
BAJO LA MODALIDAD TIPO
EN COLONES”**



CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

**SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES - UMBRELLA
BAJO LA MODALIDAD TIPO EN COLONES**

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

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

**Javier Navarro Giraldo
Apodero General**

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

Teléfono: (506) 2228-0483

info@adisa.cr

ÍNDICE

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES:	3		
Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO	7		
Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	7		
Cláusula 4. COBERTURA BÁSICA POR MUERTE ACCIDENTAL	7		
Cláusula 5. COBERTURAS Y ASISTENCIAS ADICIONALES	8		
Cláusula 6. SUMA ASEGURADA	14		
Cláusula 7. PERIODO DE CARENCIA	14		
Cláusula 8. CONDICIONES ESPECIALES Y AUTORIZACIONES APLICABLES A LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS ODONTOLÓGICOS EMERGENCIALES	14		
Cláusula 9. EXCLUSIONES	16		
Cláusula 10. CONTINUIDAD DE COBERTURA	18		
Cláusula 11. BENEFICIARIOS	19		
Cláusula 12. OBLIGACIONES DE LAS PARTES	20		
Cláusula 13. ACEPTACIÓN DEL RIESGO	20		
Cláusula 14. ELEGIBILIDAD	20		
Cláusula 15. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS ..	21		
Cláusula 16. REGISTRO DE ASEGURADOS ...	21		
Cláusula 17. PRIMA O TARIFA DE SEGURO ..	21		
Cláusula 18. PAGO DE LA PRIMA	21		
Cláusula 19. PERIODO DE GRACIA	22		
Cláusula 20. COMISIÓN DE COBRO	23		
Cláusula 21. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	23		
		Cláusula 22. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA...	23
		Cláusula 23. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO	23
		Cláusula 24. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	23
		Cláusula 25. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	26
		Cláusula 26. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO	27
		Cláusula 27. NULIDAD DE LA PÓLIZA	27
		Cláusula 28. RECTIFICACIÓN DE EDAD	27
		Cláusula 29. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO ...	28
		Cláusula 30. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	28
		Cláusula 31. TRASPASO O CESIÓN	28
		Cláusula 32. PRESCRIPCIÓN	28
		Cláusula 33. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES	28
		Cláusula 34. LEGISLACIÓN APLICABLE	28
		Cláusula 35. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA	28
		Cláusula 36. CONTROVERSIAS	28
		Cláusula 37. PLAZO DE RESOLUCIÓN	28
		Cláusula 38. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES	29
		Cláusula 39. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	29
		Cláusula 40. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	29
		Cláusula 41. DOMICILIO	29
		Cláusula 42. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	29

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES:

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones, las que, bajo el principio de la libre negociación podrán ser negociadas y modificadas entre la Compañía y Tomador y establecerse en las Condiciones Particulares de esta Póliza. En caso que no conste modificación alguna, se entiende que aplicarán las definiciones que se establecen a continuación:

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente aquel ocurrido como resultado de: Homicidio Culposo, asfixia o intoxicación por vapores o gases, intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, picadura o mordedura de ofidios, mordedura de animales y picaduras de insectos, descargas eléctricas o atmosféricas, quemaduras por fuego, vapor, ácidos o corrosivos, las infecciones virales respecto a las cuales quede comprobado que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la Póliza, o como consecuencia de fenómenos de la naturaleza. **Igualmente y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente el Suicidio o el SIDA.** Toda lesión o evento que no esté incluido bajo la anterior definición, no estará cubierto bajo esta Póliza.
- b. **Accidente de Tránsito:** Es la acción culposa cometida por los conductores de vehículos, sus pasajeros o peatones, al transitar por las vías públicas terrestres de Costa Rica. Por aclaración, y para efectos de esta Póliza será todo Accidente causado directamente por un vehículo automotor, **exceptuando las motocicletas**, que estando en marcha cause lesiones al Asegurado, sea ocupante o tercero no ocupante del vehículo.
- c. **Administrador de la Red de Servicios Odontológicos:** Es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores de servicios odontológicos autorizados por la Compañía a nivel nacional, que adicionalmente coordina las coberturas, servicios y atenciones que se detallan en esta Póliza, cada vez que el Asegurado los requiera.
- d. **Ajustador Médico:** Es el Médico Especialista o la persona jurídica que por medio de Médicos Especialistas evalúa, en nombre de la Aseguradora, los procedimientos técnicos realizados por el Médico tratante o por el Hospital, bien *in-situ* o a *posteriori*, y/o los costos de dichos procedimientos y de las medicinas facturadas al Asegurado, determinando la calidad y el costo de los mismos comparándolos con los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para los procedimientos médicos o quirúrgicos realizados al Asegurado.
- e. **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.
- f. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos cubiertos bajo la presente Póliza, que se individualizan expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados Individuales de Cobertura. Para los efectos de la presente Póliza, el Asegurado debe ser parte del Grupo Asegurable y elegible para ser incluido en el Grupo Asegurado aceptado por la Compañía y se debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- g. **Asegurado Dependiente:** Es aquel que forma parte del Grupo Familiar de un Asegurado Principal en esta Póliza, y que para efectos de esta Póliza se entiende exclusivamente como el cónyuge o conviviente. Para que una persona física se considere Asegurado Dependiente su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía y se debe haber pagado la Prima correspondiente dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- h. **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.
- i. **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.
- j. **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.

- k. **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.
- l. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador o Contratante y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- m. **Condición Pre-existente o Anterior:** Se refiere a cualquier enfermedad, padecimiento, problema de salud, síntoma, lesión, patología, incapacidad, lesión, dolencia o condición física o mental, por la cual un Asegurado ha recibido consulta, chequeos, tratamiento, controles médicos o prescripción de medicamentos, o que haya sido investigada o haya estado en proceso de estudio de diagnóstico, durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación de la Solicitud de Incorporación de Asegurado a la Póliza. Para efectos de la presente Póliza también se considera Condición Pre-existente o Anterior el embarazo normal o no de una Asegurada durante los veinticuatro (24) meses anteriores a la fecha de la presentación antes indicada.
- n. **Consultorio o Institución Dental:** Es el establecimiento público o privado legalmente autorizado por el Ministerio de Salud y demás autoridades competentes de Costa Rica, para atender y llevar a cabo tratamientos odontológicos a personas físicas, que cuenta con instalaciones y facilidades adecuados para realizar procedimientos de diagnóstico, prevención, reparación o reconstrucción odontológica y/o Cirugía Bucal.
- o. **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.
- p. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización de conformidad con los términos de la presente Póliza.
- q. **Deducible:** Es una Suma fija o porcentual que estará a cargo del Asegurado, que se establece previa y de forma específica para cada Cobertura o Asistencia según el procedimiento que reclame el Asegurado. Para todos los efectos, los Deducibles estarán claramente identificados en la Solicitud de Inclusión como Asegurado y Certificado Individual de Cobertura o en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- r. **Disputabilidad (período de):** Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores del Asegurado no declaradas por él o declaradas de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo gozará de esa facultad en el caso que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en la Cláusula de “DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA” del presente contrato.
- s. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- t. **Emergencia o Urgencia Odontológica:** Es una situación crítica de una o varias piezas de los grupos dentarios, que por su gravedad genera inflamación excesiva de la estructura de soporte del diente o dolor intenso, y obliga a su atención odontológica inmediata. Para todos los efectos, la atención de Urgencias o Emergencias se limitará a lo siguiente: Alivio del dolor agudo, extracción simple de cualquier pieza dental que está por fuera de la encía y no requiere de cirugía, retiro de cuerpo extraño de la encía o de una pieza dental, tratamiento sintomático (prescripción médica) para hiperemias pulpares, pulpitis agudas (afección de nervio dental), tratamiento de alveolitis post extracción por complicación, hemorragias post quirúrgicas o post traumáticas (sangrado), trismus (dolor muscular y/o dificultad en la apertura bucal), reposición o reimplante de dientes avulsionados (desalojo total de una pieza dental por trauma), luxaciones dentales (movilidad dental a causa de trauma) y drenaje de abscesos de origen endodóntico (afección de nervio) o periodontal (afección de tejidos de soporte del diente). Para los casos en que se presenten fracturas de huesos de la cara o de los maxilares, sólo se prestará la atención inicial de urgencias que incluye reposición de dientes avulsionados y/o luxados, sutura de tejidos bucales lacerados, control de hemorragias y prescripción de analgésicos. En los casos en que se presenten celulitis

(proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos, sólo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión para el manejo intrahospitalario del paciente.

- u. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador que se encuentre amparado bajo cualquiera de las coberturas de la presente Póliza, según se establece en el Certificado de Cobertura.
- v. **Factura:** Documento contable emitido por la Compañía donde se establece el valor de la Prima periódica correspondiente a la totalidad de la Póliza.
- w. **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.
- x. **Gastos Funerarios:** Es la suma que en caso de fallecimiento del Asegurado deben cancelar los Beneficiarios de la Póliza y/o los familiares, por la prestación de los servicios funerarios del Asegurado, y que para efectos de la presente Póliza incluyen exclusivamente: el valor del cofre funerario ataúd, el valor del servicio de tanatología, el valor del servicio religioso, el valor del transporte del difunto dentro del perímetro urbano del sitio donde falleció.
- y. **Gastos Médicos:** Se entenderán como los gastos en que incurra el Asegurado por concepto de una Hospitalización requerida como producto de un Accidente, atención en la sala de emergencia de un Hospital por Accidente, Cirugía por Accidente, tratamientos Ambulatorios por causa Accidental, Servicios Dentales por lesión Accidental, cirugía reconstructiva por causa Accidental, honorarios médicos con ocasión de una lesión Accidental, Radiografías (RX) e imagenología, laboratorios clínicos y de patología para diagnóstico, drogas o medicamentos recetados como consecuencia directa de un Accidente amparado por esta Póliza. Para que cualquiera de los anteriores Gastos Médicos sean indemnizables, deberán ser debidamente diagnosticados y/o recetados por un Médico.
- z. **Grupo Asegurable:** Se entenderá que está constituido por todas las personas físicas que reúnen individualmente los Requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- aa. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, se haya pagado su primera Prima dentro del Período de Gracia y que aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza
- bb. **Grupo Familiar:** Está conformado por el Asegurado Principal y su esposa(o) o compañera(o) permanente según aparezca en el Registro de Asegurados y en el correspondiente Certificado de Cobertura.
- cc. **Homicidio Culposo:** Es el delito que consiste en causarle la muerte a otra persona por culpa.
- dd. **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.
- ee. **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.
- ff. **Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%) de manera permanente, que definitivamente le impide desempeñar de forma lucrativa o de remuneración, una profesión, actividad u oficio. **Debe haberse producido exclusivamente como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza** para el Asegurado, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de este contrato, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación y a causa de un Accidente de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irreparable del Asegurado. La permanencia de la incapacidad es definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (“CCSS”), o en su defecto por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja

Costarricense del Seguro Social de Costa Rica, según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada el periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982 (Costa Rica).

- gg. **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.
- hh. **Odontólogo:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la odontología en Costa Rica, quien deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, deberá demostrar una experiencia mínima de tres (3) años como Odontólogo y formar parte de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía.
- ii. **Peatón:** Es cuando el Asegurado se encuentre transitando a pie por las vías públicas de Costa Rica.
- jj. **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- kk. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales y el Certificado de Cobertura.
- ll. **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.
- mm. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- nn. **Radiografía Periapical:** Radiografía pequeña individual, que se toma para cada diente, como ayuda diagnóstica.
- oo. **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.
- pp. **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.
- qq. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.
- rr. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria para terminar con su propia vida, que será determinada como tal por la autoridad judicial competente.
- ss. **Tabla de Tarifas:** Resumen de las condiciones específicas de cada uno de los Planes que puede seleccionar el Tomador de la Póliza, cuyos costos para las Coberturas de Muerte por Accidente se establecen en función de los elementos estadísticos, actuariales e históricos de accidentes y salud de cada subgrupo etario que conforma el Grupo Asegurado, y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- tt. **Tiempo de Espera para Atención Odontológica Emergencial:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación para dicha cobertura según lo que se indica en las Condiciones Particulares.
- uu. **Tipo (Contrato):** Es un tipo de contrato tal como la presente Póliza, que está conformada por los documentos a los que hace referencia la definición anterior de Póliza o Contrato de Seguro, y que por sus características y bajo el principio de la libre negociación le permiten a la Compañía un margen de negociación con el Contratante o Tomador.
- vv. **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía y que es responsable ante la Compañía por el pago de la totalidad de las primas del Grupo Asegurado.

Transporte Público: Es el desplazamiento por medio del uso de un vehículo a motor terrestre que pertenece a un transportista legalmente establecido, autorizado de previo por el Consejo de Transporte Público (CTP) y/o la Autoridad Reguladora del Servicio Público (ARESEP) u otra autoridad competente para cobrar directamente al pasajero por el servicio de transporte prestado, y que se desempeña mediante una ruta regular, también debidamente autorizada y de previo a realizar el servicio. Para efectos de la presente Póliza, el Transporte Público

debe de contar con todos los permisos requeridos para operar así como el marchamo y revisión técnica al día, para su legal conducción por las vías a disposición del público en general.

ww. Transporte Privado: Es el desplazamiento por medio del uso de un vehículo automotor terrestre que cuenta con placas de vehículo particular y cuenta con todos los permisos requeridos, tal como marchamo y revisión técnica al día, para su legal conducción por las vías públicas de Costa Rica, que no está autorizado para prestar servicio de Transporte Público en el país.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado y el Certificado Individual de Cobertura. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

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

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Aseguradora deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Aseguradora no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

El presente es un seguro colectivo bajo la modalidad Tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por la Compañía con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que la Compañía y el Tomador, de común acuerdo, puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial. Las posibles Coberturas y Asistencias, según se indique en las Condiciones Particulares, podrá contratarlas exclusivamente el Tomador bajo las siguientes modalidades:

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

Cláusula 4. COBERTURA BÁSICA POR MUERTE ACCIDENTAL

En caso que un Asegurado fallezca por o en un Accidente, la Compañía pagará a los Beneficiarios Designados por el Asegurado, el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza para la Cobertura Básica de Muerte Accidental, sin exceder el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza como Límite Máximo Individual. La Cobertura Básica por Muerte Accidental 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 y siempre que el Accidente generador del fallecimiento haya ocurrido dentro de la vigencia de la presente Póliza. 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 el ambos miembros del Grupo Familiar fallezcan simultáneamente, se entiende que únicamente se pagará la indemnización de un fallecimiento.

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

Esta cobertura garantiza al Asegurado protección contra Accidentes en todo momento, las veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del años, 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.

Cláusula 5. COBERTURAS Y ASISTENCIAS ADICIONALES

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

- a. Cobertura Adicional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente
- b. Cobertura Adicional de Muerte en Accidente de Tránsito como Peatón;
- c. Cobertura Adicional de Muerte Accidental en Transporte Público;
- d. Cobertura Adicional de Muerte Accidental en Transporte Privado;
- e. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios por Muerte Accidental;
- f. Cobertura Adicional de Renta Mensual por Muerte Accidental;
- g. Cobertura Adicional de Gastos Médicos por Accidente;
- h. Cobertura Adicional de Gastos Odontológicos Emergenciales
- i. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Causa Accidental;
- j. Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas.

Al tratarse de una Póliza Colectiva bajo la modalidad Tipo, todas las Coberturas y Asistencias Adicionales, podrán ser negociadas y modificadas entre la Compañía y Tomador bajo el principio de la libre negociación y su descripción definitiva constará en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura de la misma. En caso que no conste modificación alguna en dichos documentos, se entiende que aplicarán las exclusiones que se establecen en este documento. Las Coberturas y Asistencias Adicionales entrarán en vigencia una vez la Compañía haya aceptado el riesgo para cada una de las Coberturas y Asistencias Adicionales y se haya pagado la Prima establecida en las Condiciones Particulares dentro del Período de Gracia. Estas Coberturas y Asistencias Adicionales se pagarán al(os) Beneficiario(s) 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.

Estas Coberturas y Asistencias Adicionales por Accidente garantizan al Asegurado protección contra Accidentes en todo momento, las veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco días del años, siempre y cuando el Accidente ocurra dentro de los límites territoriales de Costa Rica, 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.

- a. Cobertura Adicional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente:** Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la cobertura, y cubrirá la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de Seguro”, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total y Permanente, debidamente diagnosticada por un Médico especialista, el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado Principal o a su representante la Suma Asegurada establecida para la Cobertura Básica de Muerte Accidental, definida en las Condiciones Particulares de la Póliza, mediante cuatro (4) pagos trimestrales iguales y consecutivos, debiendo realizarse el primer pago al cumplirse tres (3) meses de diagnosticada la Incapacidad Total y Permanente. La indemnización prevista en esta cobertura es un adelanto que será descontado de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica por Muerte Accidental establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Una vez la Compañía haya pagado el cien por ciento (100%) de esta indemnización, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal y sus Asegurados Dependientes.

Para que el pago de la presente cobertura proceda, el Asegurado Principal deberá continuar en la misma condición de Incapacidad Total y Permanente en la fecha en que se haga efectivo el primer pago correspondiente a esta Cobertura.

Por tratarse de un Beneficio, la suma adelantada siempre será descontada de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Cuando la Compañía haya pagado el cien por ciento (100%) de este Cobertura, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal afectado y sus Asegurados Dependientes.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente, y siempre que el Asegurador Principal permanezca vivo e incapacitado total y permanentemente durante el período en el que procede el pago de los cuatro (4) pagos. Si el Asegurado Principal fallece durante el período de pago de las mencionadas cuotas trimestrales, la Compañía procederá al pago de la cuota o cuotas restantes de la suma correspondiente a la Cobertura Básica de Muerte Accidental a los Beneficiarios, luego de haber cumplido satisfactoriamente las condiciones establecidas en el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza y definido para el caso de fallecimiento.

- b. Cobertura Adicional de Muerte Accidental en Accidente de Tránsito como Peatón:** Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la Cobertura Básica de Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de Seguro” y, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente de Tránsito como Peatón y fallezca dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente, la Compañía le pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, según lo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago de esta cobertura es adicional al pago de la Suma Asegurada por concepto de la Cobertura Básica de Muerte Accidental, y de ser solicitada por Tomador, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el correspondiente Certificado Individual de Cobertura.

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

- c. Cobertura Adicional de Muerte Accidental en vehículo de Transporte Privado:** Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la Cobertura Básica de Muerte

- d.** Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de Seguro”, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente de Tránsito a bordo de un vehículo automotor de Transporte Privado no excluido en esta Póliza, como pasajero o conductor, y fallezca dentro de los ciento ochenta

(180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente, la Compañía le pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, según lo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago de esta cobertura es adicional al pago de la Suma Asegurada por concepto de la Cobertura Básica de Muerte y de ser solicitada por Tomador, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

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

- f. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios por Muerte Accidental:** Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de Seguro”, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado fallezca por o en un Accidente, la Compañía pagará a los Beneficiarios, en adición a la Cobertura Básica de Muerte Accidental, los Gastos Funerarios en que hayan incurrido los Beneficiarios, que se encuentren debidamente demostrados mediante la presentación de las correspondientes facturas originales y hasta la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza. Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios podrán solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la Cobertura para Gastos Funerarios por Muerte Accidental y hasta por un máximo de un millón de colones (₡1,000,000.00), para lo cual deberán seguir el dicho procedimiento de reclamación o siniestro. Esta Cobertura, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en ningún caso la Suma Asegurada podrá ser mayor a dos millones de colones (₡2,000,000.00).

- g. Cobertura Adicional de Renta Mensual por Muerte Accidental:** Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de

- h. Seguro”,** sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura según las Condiciones Particulares de la Póliza, 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 de la Póliza y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del Accidente.

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

- i. Cobertura Adicional de Gastos Médicos por Accidente:** Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de Seguro”, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la cobertura, sufra alguna lesión debidamente declarada por un Médico, la Aseguradora pagará al Asegurado mediante reembolso los Gastos Razonables y Acostumbrados en que haya incurrido, por concepto de Gastos Médicos cubiertos y necesario para el restablecimiento de su salud, hasta el total de la Suma Asegurada para esta Cobertura y después de aplicarse el Deducible correspondiente, los coaseguros y los copagos pactados.

Este beneficio es adicional e independiente al establecido en la cobertura básica de Muerte Accidental, en consecuencia, la Aseguradora no hará por este concepto deducción alguna de cualquier suma a pagar por las Coberturas por Muerte Accidental, o a la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente por Accidente.

Para efectos de la Cobertura Adicional de Gastos Médicos por Accidente, en caso que el Asegurado este cubierto bajo más de una Póliza con una cobertura igual a similar a esta emitida por la Compañía, se considerará asegurado únicamente por la Póliza que provea la mayor Suma Asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora, considerará que dicha persona está asegurada bajo la Póliza que se haya emitido primero. En cualquiera de las situaciones descritas en este párrafo, la Aseguradora devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Asegurado por concepto de primas correspondientes de las otras Pólizas de este tipo que la Aseguradora haya emitido.

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

- j. Cobertura Adicional de Gastos Odontológicos Emergenciales:** Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de Seguro”, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la cobertura, requiera según el diagnóstico de un Odontólogo alguna de las Asistencias por Emergencia o Urgencia Odontológica previstas en esta Póliza, la Compañía, de conformidad con el Plan elegido por Tomador y a través del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, **lo remitirá exclusivamente con alguna de las personas físicas o jurídicas que forman parte de la Red de Servicios Odontológicos**, para que sea atendido por un Odontólogo. Para esta Cobertura, una vez se haya cumplido el Tiempo de Espera y el Asegurado haya cancelado los Copagos acordados, la Compañía pagará al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos o a los proveedores de la Red de Servicios Odontológicos involucrados en el tratamiento, la totalidad de los honorarios y costos de los Servicios Odontológicos prestados al Asegurado con relación al tratamiento amparados por esta Cobertura.

Las siguientes son las Asistencias Odontológicas Emergenciales amparadas por la presente Póliza, que en todo caso se realizarán de conformidad con el Plan elegido por el Tomador y siempre a través del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos previsto para tal efecto:

Asistencia por Emergencia o Urgencia Odontológica: Cuando el Asegurado requiera de medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos o excesivos que afecten una o varias piezas dentales o los tejidos blandos de su cavidad oral, causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención inmediata, la Red de Servicios Odontológicos contratada por la Compañía atenderá y dirigirá al Asegurado con el fin de prestarle el tratamiento paliativo e inicial de Emergencia o Urgencias Odontológicas, siempre que el Asegurado haya completado el Tiempo de espera establecido en el Certificado de Cobertura. Para efecto de esta Póliza, la atención de Emergencias o Urgencias Odontológicas se limita a lo siguiente: alivio del dolor agudo, extracción simple de cualquier pieza dental que está por fuera de la encía y no requiere de Cirugía Bucal, tratamiento sintomático (prescripción médica) para hiperemias pulpares, pulpitis agudas (inflamación grave o afección de nervio dental). Para los casos en que se presenten fracturas de huesos de la cara o de los maxilares, sólo se prestará la atención inicial de Emergencias o Urgencias Odontológicas con prescripción de analgésicos. En los casos en que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación severa) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos, sólo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión para el manejo intrahospitalario del Asegurado.

- 1. Asistencia para Diagnóstico:** Cuando el Asegurado lo estime conveniente y después de transcurrido el Tiempo de Espera estipulado en el Certificado de Cobertura, **por una sola vez durante la vigencia de la Póliza y aplicable para esta Cobertura**, la Compañía le cubrirá una evaluación clínica de su estado de salud bucal con una de las personas físicas o jurídicas que conforman la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía. Para la obtención de este beneficio, el Asegurado deberá solicitar al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía una cita con una persona física o jurídica adscrita a la Red de Servicios Odontológicos con el fin de llevar a cabo el diagnóstico o plan de tratamiento aquí indicado.
- 2. Asistencia para Radiología:** Cuando el Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos que atienda las asistencias arriba mencionadas en los literales (1) y (2), lo estime necesario y así lo prescriba, realizará él mismo o bien le solicitará a otro Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos, las correspondientes Radiografías Periapicales preliminares que serán empleadas como ayudas diagnósticas para los tratamientos a practicar. La Compañía cubrirá las referidas Radiografías Periapicales siempre y cuando y el Asegurado haya cancelado los Copagos acordados en el Certificado de Cobertura y éstas sean necesarias para la determinación del tratamiento dental emergencial del Asegurado.
- 3. Asistencia de Exodoncia Simple Emergencial:** Como parte de esta Cobertura, cuando el Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos dictamine que la Emergencia odontológica exige la avulsión o extracción simple (método o campo cerrado) de una pieza dental, realizará los procedimientos y medidas terapéuticas necesarias. Esta Cobertura se limita a la extracción simple de máximo dos (2) piezas dentales durante la vigencia de la Póliza. La Compañía cubrirá las referidas extracciones siempre y cuando y el Asegurado haya cancelado los Copagos acordados en el Certificado de Cobertura.

k. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Causa Accidental: Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de Seguro”, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

La Aseguradora pagará al Asegurado o a quien este autorice, la Suma Asegurada para esta cobertura según el Plan Contratado, siempre y cuando el Asegurado haya sido hospitalizado a causa de un Accidente, que dicha Hospitalización ocurra durante los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente amparado por esta póliza y que haya sido ordenada por un Médico especialista. Para esta Cobertura, aplicará un Deducible que equivale al costo de hospitalización por cierto número de días según se

establece en el Certificado de Cobertura según el Plan contratado por el Tomador o el Asegurado. Este Deducible se aplica en cada evento que requiera Hospitalización.

Para determinar la indemnización, se multiplicará el valor establecido como Renta Diaria por Hospitalización según el Plan Contratado, por el número de días completos que permanezca hospitalizado el Asegurado, restándose el número de días correspondientes al período de Deducible. El máximo número de días continuos a indemnizar por la Aseguradora se establece en el Certificado de Cobertura según el Plan Contratado por el Asegurado.

I. Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas: Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado, su cónyuge e hijos dependientes menores de 21 años que vivan permanentemente con el Asegurado, contarán con los siguientes servicios:

1. **Servicio de Orientación Médica Telefónica:** En caso que el Asegurado requiera información médica, la Compañía 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 que el Asegurado requiera información de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica, la Compañía proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Compañía cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta 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 Compañía 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 Compañía gestionará uno de los siguientes servicios en caso que el Asegurado lo solicite:
 - i. Atención médica a domicilio por un Médico general. En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requiera atención médica, o tenga alguna emergencia médica derivada de una enfermedad grave y repentina, la Compañía, previa autorización, gestionará y cubrirá para que reciba atención médica a domicilio por un Médico general proporcionado por la Compañía, siempre y cuando exista tal servicio en la ubicación y en la hora solicitada. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) visitas médicas a domicilio durante el año de vigencia de la Póliza.
 - ii. Traslado Médico Terrestre Por Accidente o Emergencia Médica: En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran hospitalización, o tenga alguna emergencia médica derivada de una enfermedad grave y repentina, la Compañía previa autorización, gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, dentro del territorio de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, la Compañía coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) servicios de traslado médico terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

Cláusula 6. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada máxima para la Cobertura es definida por el Tomador o Contratante de la Póliza, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, Certificados Individuales de Cobertura y en el último listado de Asegurados incluidos

por el Tomador, debidamente aceptados por la Compañía, e incluidos en el Registro de Asegurados que forma parte integral de la presente Póliza.

En caso que el Asegurado adquiera más de una Póliza de SEGURO COLECTIVO BAJO LA MODALIDAD TIPO DE ACCIDENTES PERSONALES emitida por la Aseguradora, y la sumatoria de las Sumas Aseguradas para las cobertura Básica de Muerte Accidental exceda de veinticinco millones de colones (¢25,000,000.00), se considerará asegurado únicamente por la Póliza que provea la mayor Suma Asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora, considerará que dicha persona está asegurada bajo la Póliza que se haya emitido primero. En cualquiera de las situaciones descritas en este párrafo, la Aseguradora devolverá al Asegurado o a sus Beneficiarios el cien por ciento de la Prima(s) pagada(s) por la(s) Póliza(s) que ocasionen el excedente del límite mencionado en este párrafo, lo anterior, en un plazo no mayor a quince (15) días naturales.

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

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

Cláusula 7. PERIODO DE CARENANCIA

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

Cláusula 8. CONDICIONES ESPECIALES Y AUTORIZACIONES APLICABLES A LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS ODONTOLÓGICOS EMERGENCIALES

- a) Autorización a la compañía para grabar las conversaciones telefónicas entre la compañía y el asegurado o su representante:** El Asegurado autoriza expresamente a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para grabar las conversaciones telefónicas entre el Asegurado y la Aseguradora y/o el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, con el propósito de corroborar las citas asignadas, las autorizaciones otorgadas y la calidad del servicio prestado con relación a las coberturas de esta Póliza.
- b) Autorización a la Compañía para solicitar el expediente y/o historial odontológico del asegurado:** El Asegurado autoriza expresamente a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para solicitar a cualquier Odontólogo, Consultorio o Institución Dental, clínica o centro de salud bucal, Institución de salud y odontología, cualquier informe sobre lesiones y su evolución, con el propósito expreso de comprobar los antecedentes de salud bucales del Asegurado relacionados con su reclamación. De igual manera, por este medio, autoriza al Odontólogo, Consultorio o Institución Dental, la clínica, centro de salud bucal o a cualquier institución de salud y odontología tratante para que suministre a la Aseguradora toda información relacionada con su historia odontológica.

- c) Autorización a La Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para auditar los procedimientos odontológicos:** El Asegurado autoriza a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos a practicar, por medio de las personas físicas o jurídicas que forman parte de la Red de Servicios Odontológicos, en cualquier momento de un tratamiento odontológico autorizado al Asegurado, una auditoría presencial odontológica y auditoría documental de imágenes fotográficas y radiográficas, con el propósito específico de verificar el tratamiento practicado, aclarar dudas técnicas sobre el tratamiento en desarrollo, o corroborar la calidad del servicio prestado por los Odontólogos de la Red.
- d) Autorización a La Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para la toma de imágenes, exámenes y realización de tratamientos:** El Asegurado autoriza a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, por medio de las personas físicas o jurídicas que forman parte de la Red de Servicios Odontológicos, para que lleven a cabo los exámenes de diagnóstico necesarios, la toma de fotografías intraorales, fotografías extraorales y radiografías; por lo que, antes de la realización de los tratamientos odontológicos, deberá firmar los respectivos consentimientos cuando así aplique y se le solicite.
- e) Situación de abandono del tratamiento o asistencia odontológica:** Se considera un abandono de tratamiento o Asistencia la condición de salud oral que puede verse agravada, deteriorada o causar serias complicaciones y/o secuelas, incluso la pérdida de la pieza dental, cuando un Asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado, caso en el cual el asegurado será el único responsable por las complicaciones y secuelas generadas por dicho abandono.
- f) Fuerza mayor para asistencia por Urgencia o Emergencia Odontológica:** Cuando el Asegurado Principal le solicite al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos una o varias atenciones de Emergencia o Urgencia Odontológica para alguno de los Asegurados de la Póliza, y el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos le manifieste que por causas de fuerza mayor, en la zona geográfica y en el momento de la solicitud no hay disponibilidad de un Odontólogo, Consultorio o Institución Dental, clínica, centro de salud bucal o institución de salud y odontología autorizada por la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía que pueda atender su Emergencia o Urgencia Odontológica, la Compañía le reembolsará al Asegurado, excepcionalmente y con la autorización previa del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, el valor de los servicios odontológicos efectivamente recibidos y facturados hasta por la suma máxima de veinticinco mil colones (¢25.000.00) durante la vigencia de la presente Póliza. **El Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía le indicará al Asegurado el valor del reembolso autorizado y le asignará un código o número de autorización que el Asegurado deberá presentar al momento de solicitar el respectivo reembolso.** El valor del reembolso no excederá el valor del pago que haga el Asegurado y que esté debidamente soportado por una factura legal emitida por el prestador del servicio.
- g) Sustitución y/o cambio de profesionales en la Red de Servicios Odontológicos:** El Tomador y demás Asegurados dejan constancia en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado que aceptan que las personas físicas y jurídicas que conforman la Red de Servicios Odontológicos pueden cambiar o ser remplazados dependiendo de las circunstancias que se presenten, sin que lo anterior sea motivo para declarar el incumplimiento de este contrato por alguna de las partes. Sin perjuicio de lo anterior, con el fin de que el Asegurado pueda consultar, la Compañía actualizará regularmente la lista de Odontólogos y/o proveedores de la Red de Servicios Odontológicos en la siguiente página web: **www.e-dentalsys.com**
- h) Utilización de servicios fuera de la Red de Servicios Odontológicos:** Si el Asegurado, por error o por su propia determinación utiliza los servicios odontológicos de un Odontólogo o entidad que no pertenece a la Red en mención, la totalidad de los costos y/o servicios profesionales originados en dicho tratamiento deberán ser cancelados por el Asegurado sin que aplique reembolso alguno a favor de éste último.

Cláusula 9. EXCLUSIONES

Todas las Coberturas y Asistencias tendrán las exclusiones que se indican en el presente documento. Sin embargo, al tratarse de una Póliza Colectiva bajo la modalidad Tipo, estas exclusiones podrán ser negociadas y modificadas entre la Compañía y Tomador bajo el principio de la libre negociación y su descripción definitiva constará en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura de la misma. En caso que no conste modificación alguna en dichos documentos, se entiende que aplicarán las exclusiones que se establecen a continuación:

Esta Póliza no cubrirá los Siniestros cuando fueren causados por o durante:

- a. **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.**
- b. **Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, actos de terrorismo, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no son necesariamente nucleares.**
- c. **Una infección bacteriana (excepto aquellas con progenia causadas por medio de una herida o cortadura accidental).**
- d. **Una enfermedad de cualquier tipo o clase.**
- a. **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.**
- b. **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, o por condena a pena de muerte.**
- c. **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.**
- e. **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.**
- f. **Lesiones de arma cortante, cortopunzante o de fuego las que, por cualquier circunstancia sean portadas por el Asegurado al momento de producirse el Accidente.**
- g. **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).**
- h. **Lesiones producidas por los Rayos X, Gamma, alfa, beta, láser, radiactivos, catódicos o similares, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos.**
- i. **Lesiones producidas por alguno de los siguientes elementos químicos: Radio (Ra), Uranio (U), Francio (Fr), Plutonio (Pu), o cualquier materia radioactiva similar.**
- j. **Al momento de ocurrir el Accidente, se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas, o bebidas alcohólicas, los efectos de 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.**
- k. **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.**
- l. **Viaje como piloto o pasajero de motocicleta, moto, bicicleta a motor, tricimoto, o cuatrimoto, sea este vehículo terrestre, acuático o para nieve.**
- m. **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.**

- n. 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.
- o. Su participación en competencias o entrenamientos de surfing o deslizamiento en tabla sobre olas marinas, esquí acuático o de nieve, justas hípicas o toreo.
- p. 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.
- d. Su participación en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.
- q. 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.
- r. 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;
- s. 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.
- e. 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.
- f. Su realización de labores de fumigación agrícola aérea o terrestre.
- g. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
- h. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;
- i. Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.
- j. Acciones en las que por sentencia judicial en firme se haya declarado a uno de los beneficiarios o herederos legítimos como homicida del Asegurado.
- k. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.
- l. 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.

Adicional a las exclusiones ya mencionadas, y específicamente para las Coberturas Adicionales de Gastos Médicos por Accidente y de Renta Diaria por Hospitalización por causa Accidental, no cubrirá el pago de la cobertura, cuando los Gastos sean originados por:

- m. Cualquier solicitud de reembolso a causa de cualquier Enfermedad.
- n. Epidemias, pandemias, endemia, plaga o peste, oficialmente declaradas a nivel local o internacionalmente.
- o. Los traslados del Asegurado por una distancia mayor a cincuenta (50) kilómetros.
- p. Un tratamiento médico o quirúrgico, excepto en aquellos casos en que el tratamiento se haya realizado dentro de los noventa (90) días posteriores al Accidente y con el único propósito de prevenir el fallecimiento del Asegurado accidentado.
- q. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa que provenga.
- r. Hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- s. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- t. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales o que hay sido originados en la adicción a las drogas o al alcohol.
- u. Embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y alucinantes.
- v. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria y con ocasión de una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por la Póliza.

- w. **Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.**
- x. **Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general. Excepto los que sean necesarios a causa directa de un Accidente amparado por esta Póliza.**
- y. **Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.**
- z. **La atención de enfermería particular fuera del recinto hospitalario.**
- aa. **Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.**
- bb. **La atención otorgada por un Hospital o Clínica privada en el domicilio del Asegurado.**
- cc. **Embarazo o maternidad, alumbramiento, aborto o la pérdida que resulte de los mismos.**

Igualmente, para la Cobertura para Gastos Odontológicos de la presente Póliza se establecen adicionalmente como exclusiones de esta Póliza:

- a. **Los tratamientos o procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y/o cualquier cirugía reconstructiva incluyendo cualquier tipo de tratamiento o cirugía relacionada con el labio leporino.**
- b. **Cualquier tipo de tratamiento relacionado con el cambio de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas, así mismo restauraciones para sensibilidad dental, blanqueamientos de dientes vitales y no vitales, reparación de perforaciones dentales, remodelado óseo y procedimientos pre-protésicos en general.**
- c. **Los exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones dentales no cubiertas específicamente por esta Póliza.**
- d. **Procedimientos prestados por instituciones y Odontólogos no adscritos a la Red establecida por la Aseguradora.**
- e. **Las lesiones causadas por hechos o actuaciones de las fuerzas armadas, de policía o de los cuerpos de seguridad.**
- f. **Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono del tratamiento, por parte del asegurado.**
- g. **Procedimientos odontológicos prestados por instituciones odontológicas, Odontólogos o Médicos no adscritos a la Red establecida por la Aseguradora, excepto los que sean necesarios a causa directa de un Accidente amparado por esta Póliza.**

DE OCURRIR UN SINIESTRO POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA, Y POR ENDE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

Cláusula 10. CONTINUIDAD DE COBERTURA

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

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

Es requisito indispensable que el Tomador o el intermediario de seguros entregue a la Aseguradora el último listado de asegurados emitido por la entidad aseguradora anterior, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales

contados a partir de la fecha de aceptación de la cobertura, con la siguiente información: nombres, apellidos, número de documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de la cobertura, sobreprimas o recargos por salud y/o actividad de cada uno de los Asegurados.

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

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

Cláusula 11. BENEFICIARIOS

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

- 1) Al consorte o el conviviente en unión de hecho. En caso que el conviviente esté separado legalmente o de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización;
- 2) A falta de Beneficiario establecido en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos del Asegurado;
- 3) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los padres del Asegurado;
- 4) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos y demás ascendientes legítimos del Asegurado;
- 5) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos del Asegurado;
- 6) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos;
- 7) En caso de no existir ninguno de los Beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

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

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

Advertencia: En caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

Cláusula 12. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

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

Obligaciones del Tomador: El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

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

Obligaciones del Asegurado: El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

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

Obligaciones de los Beneficiarios: 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 13. ACEPTACIÓN DEL RIESGO

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

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

Cláusula 14. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que como mínimo reúnan los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza, (ii) No estar Incapacitado Total y Permanentemente al momento de ingreso como Asegurado en la Póliza; (iii) Que al momento de ingresar a la póliza **NO TENGA CONOCIMIENTO DE QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES:** ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia,

tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremes o de enajenación mental; y (iv) Que cumplan los demás requisitos que se negocien entre la Compañía y el Tomador y se establezcan en las Condiciones Particulares según las Coberturas y Beneficios que elija el Tomador.

Cláusula 15. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de Solicitud de Inclusión como Asegurado, el cual incluye la autorización a la Caja Costarricense de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre sus antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de su historial clínico, y cumplir con los requisitos de elegibilidad antes indicados.

La Compañía dentro de un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la Solicitud de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud; si en dicho plazo la Aseguradora no manifiesta por escrito su rechazo a la solicitud de inclusión, se entenderá que el solicitante ha sido aceptado como Asegurado en la Póliza, será incluido por la Compañía en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia establecido en las Condiciones Particulares.

Cláusula 16. REGISTRO DE ASEGURADOS

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

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

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

Cláusula 17. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

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

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la Póliza la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro.

Cláusula 18. PAGO DE LA PRIMA

Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como Contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la Prima que cada uno ha de pagar; esta proporción estará indicada en la "Solicitud de Seguro" y se incluirá en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si la Modalidad del Pago se establece como No Contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la

Modalidad de Pago de la Prima, la responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador o Contratante de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la forma y periodicidad de pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica, o bien por transferencia electrónica de dineros directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

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

Si la Póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, el Asegurado podrá realizar el pago de la Prima correspondiente mediante pagos realizados con la misma temporalidad acordada entre el Tomador y la Aseguradora, por adelantado con cargo automático en una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque. **Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente.**

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador o del Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que hayan pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Si se realizó el pago total de la Prima de forma adelantada y el Tomador o el Asegurado solicita la cancelación del seguro dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las Primas no devengadas.

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

Cláusula 19. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima, la Compañía le concede al Tomador o Contratante un Período de Gracia de noventa (90) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrito según se establece en la cláusula de “ACEPTACIÓN DEL RIESGO” de este documento. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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

Cláusula 20. COMISIÓN DE COBRO

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

Cláusula 21. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

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

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

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

Cláusula 22. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

- a) Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma.
- b) Si vencido el Período de Gracia el Asegurado no haya pagado la Prima correspondiente.
- c) A partir del momento en que la Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- d) Fallezca el Asegurado.

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

Cláusula 23. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

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

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable;
2. A solicitud expresa del Asegurado o bien en caso que el Tomador solicite la baja del Asegurado;
3. Fallezca dicho Asegurado;
4. La Compañía compruebe una declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
5. El Tomador no pague la Prima de Seguro en el plazo establecido en la CLÁUSULA de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considerará vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada. Con el fin de que aplique la anterior terminación, la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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

Cláusula 24. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado Principal, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de RECLAMACIÓN, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación, ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. El Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con

posterioridad a este plazo el Asegurado deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Beneficiario en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

El Beneficiario tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente CLÁUSULA, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación. En ningún caso se tramitará la solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. En caso de indemnización por la cobertura de esta póliza, si la forma de pago de la Prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la Prima de esta Póliza cuya vigencia es de un (1) año. Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL, LA COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO COMO PEATÓN, LA COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO, LA COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PRIVADO, LA COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL PAGADA EN RENTAS y LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS:

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

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado Principal expedido por el Registro Civil. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente o apostillada, según corresponda;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal;
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 Principal 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.
8. Fotocopia 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.
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.

Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Principal, los Beneficiarios podrán solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la Cobertura para Gastos Funerarios y hasta por un máximo de un millón de Colones (¢1.000.000) con la sola presentación del Certificado de Defunción del Asegurado Principal y una carta de solicitud del adelanto firmada por un Beneficiario. La Compañía pagará a los Beneficiarios este adelanto dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la recepción de la

solicitud de los Beneficiarios siempre y cuando la Prima correspondiente a la cobertura para el Asegurado Principal se encuentra efectivamente pagada por el Tomador o que el evento ocurrió dentro del Periodo de Gracia establecido para el pago de la Prima. La suma restante será pagada por la Compañía a los Beneficiarios una vez hayan completado satisfactoriamente el procedimiento establecido en este literal.

c. PARA LA OBTENCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal 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 dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado, y que éste quedara incapacitado para desempeñar un trabajo de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos;
3. Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por el Departamento de Medicatura Forense del Poder Judicial; de no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un Médico nombrado por el Asegurado, un Médico nombrado por la Compañía y un tercer Médico especialista nombrado de común acuerdo entre el médico del Asegurado y el médico de la Compañía. Los médicos de la mencionada junta deberán tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad y cumplir con la definición indicada en la cláusula de “DEFINICIONES”. Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al Médico de su escogencia, y los honorarios del tercer Médico designado serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
4. 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.
5. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.
6. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado Principal desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal.

d. PARA LA OBTENCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL POR GASTOS MÉDICOS:

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal 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 de la Ciudadanía del Asegurado.
3. Original y copia del dictamen Médico, donde se indique claramente: La fecha de atención al paciente, el nombre del paciente, el detalle de los medicamentos, y la firma y sello del médico tratante, adicionalmente debe contener las lesiones sufridas, la sintomatología, el diagnóstico y la evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado.
4. Original y copia de las facturas emitidas por el Hospital o empresa prestadora de los servicios de salud, así como de otros servicios relacionados con el evento y que estén amparados por esta cobertura.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado Principal desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó los padecimientos hasta su recuperación.
6. Declaración del Asegurado o su representante indicando si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.

7. Original de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos expedidos a nombre del Asegurado y que acrediten el gasto incurrido y su cancelación. Igualmente y según sea el caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidos en el numeral anterior.
8. Original de cualquier orden de Rayos X o de cualquier estudio especial cuando sea el caso.

De cualquier forma, la Aseguradora podrá practicar al Asegurado exámenes médicos relacionados directamente con la causa que refiere a la solicitud de indemnización. El costo de estos exámenes será a cargo de la Aseguradora.

e. PARA LA OBTENCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS ODONTOLÓGICOS EMERGENCIALES:

Cualquier reembolso previsto en la Cláusula de “CONDICIONES ESPECIALES APLICABLES ÚNICAMENTE A LA COBERTURA PARA GASTOS ODONTOLÓGICOS - FUERZA MAYOR PARA ASISTENCIA POR URGENCIA O EMERGENCIA” de esta póliza, será realizado en un plazo máximo de 30 (treinta) días, contados a partir de la presentación de los siguientes documentos necesarios para su procesamiento:

1. El formulario de Reclamación que le suministre la Compañía;
2. Resumen preparado por el odontólogo tratante de la atención odontológica donde haga constar: Nombre completo y número de cédula del Asegurado atendido, diagnóstico, plan de tratamiento odontológico y fecha de la realización de cada procedimiento. En este documento deberán aparecer claramente: el nombre completo, número de la cédula, número de registro profesional, dirección y número telefónico del consultorio y firma del Odontólogo tratante.
3. Radiografía periapical de los dientes afectados.
4. Original de la Factura timbrada y cancelada, correspondiente a los gastos odontológicos efectuados, con el detalle de cada uno de los elementos y/o servicios recibidos por el paciente Asegurado y su costo respectivo;
5. Solicitud escrita del reembolso firmada por el Asegurado, indicando claramente la(s) circunstancia(s) de fuerza mayor que lo llevaron a solicitar los servicios profesionales de un Odontólogo no vinculado a la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía.
6. Copia de la cédula u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. En caso de indemnización por la cobertura de esta póliza, si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima de esta póliza cuya vigencia es de un (1) año. Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

Cláusula 25. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las que deberán ser solicitadas por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de

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

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

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

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

Cláusula 26. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

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

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

Cláusula 27. 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 28. 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 29. 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 30. 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 31. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 32. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 33. 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 34. 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 35. 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 36. 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 37. 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 38. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

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

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

Cláusula 39. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

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

Cláusula 40. 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 41. DOMICILIO

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

Cláusula 42. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, bajo el registro P19-57-A07-644 de fecha 25/08/2015.