

Cláusula 1. OBJETO DEL CONTRATO

Mediante el presente Contrato de Seguros (de ahora en adelante "Póliza"), Aseguradora Del Istmo (ADISA) S.A. se obliga, contra el pago de la Prima acordada y en el caso de que se produzca el Evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares del Contrato y el Certificado Individual de Cobertura.

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

Cláusula 3. DEFINICIONES:

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

- 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: La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. **No se entenderá como Accidente el suicidio o tentativa de suicidio o sus consecuencias, estando el Asegurado cuerdo o demente.**
- b. Accidente de Tránsito, Aviación, Ferroviario o Marítimo:** Es la acción culposa cometida por los conductores de vehículos, sus pasajeros o peatones, al transitar por las vías terrestres, aéreas, ferroviarias o marítimas que estén al servicio y al uso del público en general. Para los efectos del presente contrato, este tipo de eventos son considerados Accidentes bajo la anterior definición.
- c. Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos de Fallecimiento por o en un Accidente, Incapacidad Total y Permanente por causa accidental, Desmembramiento por Causa Accidental, Gastos Funerarios, Incapacidad Total Temporal por causa accidental, los cuales se individualizan expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados Individuales de Cobertura.
- d. Beneficiario:** 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, el Beneficiario será el mismo Asegurado.
- e. CCSS:** Caja Costarricense de Seguro Social.
- f. 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 y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- g. Desmembramiento:** Es la amputación o inhabilitación funcional total e irreparable de un órgano o miembro del Asegurado o parte de este, en forma tal que el Asegurado no puede volver a desarrollar ninguna de las funciones naturales del mismo.
- h. 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 32 del presente contrato.

- i. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- j. **Enfermedades Preexistentes o Anteriores:** Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia que afecte o haya afectado al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitadamente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.
- k. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del fallecimiento, la Incapacidad Total y Permanente o Temporal, o el Desmembramiento
- l. **Factura:** Documento contable emitido por la Compañía donde se establece el valor de la prima correspondiente a la totalidad de la Póliza.
- m. **Fenómeno de la Naturaleza de Carácter Catastrófico:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano.
- n. **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, 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.
- o. **Gastos Funerarios:** La suma que en caso de fallecimiento del Asegurado deben cancelar los Beneficiarios de la Póliza por la prestación de los servicios funerarios del Asegurado, y que para efectos de la presente Póliza incluyen exclusivamente: el valor del cofre funerario, 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 el valor del transporte de los deudos en vehículo colectivo alquilado desde el centro religioso hasta el lugar de sepultura el día del servicio funerario.
- p. **Grupo Asegurable:** Se entenderá que el Grupo Asegurable está constituido por todas las personas físicas que pertenezcan al grupo que representa el Contratante, que en su conjunto formen un grupo de personas con un propósito distinto al de contratar el seguro de Accidentes Personales y que a su vez reúnan individualmente los requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- q. **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 la primera Prima dentro del Período de Gracia y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de esta Póliza.
- r. **Homicidio:** Significa la muerte del Asegurado causada por acción culposa o dolosa de otras personas. El homicidio culposo o involuntario, es el causado por acciones u omisiones accidentales, fortuitos e involuntarios del causante, o como consecuencia del proceder negligente o culposo.
- s. **Incapacidad Total Temporal:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. **Debe haberse producido 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 la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS).
- t. **Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), lo que le impide de manera permanente desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. **Debe haberse producido 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 como Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación 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 irrecuperable del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será 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 utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS).

- u. Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- v. Lesión:** Significa cualquier traumatismo o herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un Accidente cubierto por esta Póliza. Como aclaración, se considera que la muerte es la máxima lesión.
- w. Lesiones Calificadas:** Daño o detrimento en la morfología o estructura de una parte del cuerpo humano, producido por un Accidente, que para efecto de la presente Póliza se encuentran relacionadas en la Cláusula 9 en la "TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO" de esta Póliza, y que debe ser determinado por un Doctor en Medicina autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión y calificado para diagnosticar y definir el tratamiento a seguir por el paciente.
- x. Límite Máximo Individual por Asegurado:** Es el valor máximo reconocido por la Compañía en caso de un Siniestro amparado por esta Póliza para un Asegurado y que se establece en las Condiciones Particulares de la misma para cada una de las Coberturas o Beneficios.
- y. Médico:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina debidamente inscrito al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- z. Muerte en Accidente Aéreo:** fallecimiento del Asegurado por Accidente durante el ascenso, vuelo o descenso de una aeronave de una aerolínea comercial autorizada, con itinerario fijo y honorarios de vuelos públicos, en la cual el Asegurado viaja como pasajero, pero no como miembro de la tripulación.
- aa. Ocupación del Asegurado.** Es el oficio, profesión o actividad económica principal del Asegurado a la cual se dedica principalmente y de la cual percibe la mayoría de sus ingresos.
- bb. Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que el Tomador se obliga a realizar el pago de la Prima. Para efectos de esta Póliza, el pago de la Prima puede hacerse de forma total contra entrega de la Póliza, o bien de forma mensual, trimestral, semestral o anual. La Periodicidad del Pago de la Prima la determina el Tomador y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- cc. Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, el Reporte de Asegurados y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.
- dd. Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro en contraprestación por la cobertura de riesgo para cada Asegurado objeto del presente contrato.
- ee. Registro de Asegurados:** Archivo magnético o base de datos de la Compañía donde se registra la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, número y tipo de identificación, ocupación, Monto Adeudado al Tomador por el Asegurado al Día de Ingreso a la Póliza, así como cada una de las modificaciones a este archivo y la fecha en que se realizó cada modificación.
- ff. Reporte de Asegurados:** Listado de Asegurados entregado por el Tomador a la Compañía que debe contener la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, número y tipo de identificación, ocupación y Monto original de la Deuda al día de ingreso a la póliza. La Compañía podrá exigir este listado en forma física, por escrito o en medio magnético en el formato que esta última lo solicite.
- gg. Salario Líquido:** Salario neto del trabajador después de deducir todas las cargas, deducciones e impuestos que por ley aplican.
- hh. Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- ii. Suicidio:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- jj. Tabla de Tarifas:** Es la tabla que se incluye en las Condiciones Particulares de esta Póliza en la que se indican los valores por los cuales deberá multiplicarse la Suma Asegurada para determinar la Prima de

cada Asegurado, la cual se define en función de los elementos estadísticos, históricos de salud y actuariales de cada sub – grupo etario que conforma el Grupo Asegurado.

kk. Tomador o Contratante: Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado

Cláusula 4. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo de accidentes personales, con posibles coberturas y beneficios adicionales, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

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

Cláusula 5. COBERTURA BÁSICA DE 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 de 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 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.

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 adicional contratado. Una vez que ocurra el fallecimiento del Asegurado, terminarán automáticamente todas las coberturas para el Asegurado.

Cláusula 6. COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES

El Tomador del seguro podrá solicitar la inclusión a la Póliza de cualquiera de las Coberturas y Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica de Muerte Accidental, las cuales se detallan a continuación, y estarán amparadas exclusivamente aquellas que se detallan como cubiertas en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura, considerando que por cada Cobertura el Tomador o Contratante deberá pagar dentro del Período de Gracia la Prima correspondiente establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. Los Beneficios que abajo se detallan (III. y IV.) serán otorgados al Asegurado sin costo alguno para él o el Tomador, según las condiciones que se establecen en este clausulado para cada uno de ellos:

- I. Cobertura Adicional de Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por causa Accidental.
- II. Cobertura Adicional para Gastos Funerarios por Muerte Accidental.
- III. Beneficio por Desmembramiento por Causa Accidental;
- IV. Beneficio de Incapacidad Total y Permanente por Causa Accidental;

Las Coberturas y Beneficios Adicionales son de libre elección para el Tomador de la Póliza y se especifican en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura de la misma. Las Coberturas y Beneficios Adicionales entrarán en vigencia una vez la Compañía haya aceptado el riesgo para cada una de una de las Coberturas y Beneficios Adicionales y se haya pagado la Prima establecida en las Condiciones Particulares dentro del período de gracia. Estas Coberturas y Beneficios Adicionales se pagarán 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 esta Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Cláusula 7. COBERTURA ADICIONAL DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR CAUSA ACCIDENTAL:

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 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. La Suma Asegurada de esta Cobertura será el cincuenta por ciento (50%) de la Cobertura Básica de Muerte Accidental.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal 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 pagará al Asegurado o a su representante en forma mensual y consecutiva una suma igual a su Salario Líquido Mensual vigente a la fecha del Accidente que le causó la Incapacidad Total Temporal, hasta agotar la suma asegurada para esta cobertura, fallezca o tenga conocimiento de la terminación de su incapacidad, lo que ocurra primero. En caso que el Asegurado no perciba un Salario Mensual de forma regular, la Compañía pagará al Asegurado en forma mensual, consecutiva una suma equivalente a cinco (5) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes en Costa Rica establecidos para la categoría de "Trabajadores Calificados" a la fecha del Accidente que le causó la Incapacidad Total Temporal, hasta agotar la suma asegurada, fallezca o tenga conocimiento de la terminación de su incapacidad, lo que ocurra primero.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 31. de la presente Póliza, para el caso específico de Cobertura de Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental.

Una vez que la Incapacidad Total Temporal termine ya sea porque los efectos o dolencias han desaparecido o bien porque un médico así lo determina, el Asegurado deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio de su estado de salud y terminación de la incapacidad; simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Muerte Accidental, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 8. COBERTURA ADICIONAL PARA 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".

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 Cláusula 31. de 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 de colones), 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 de colones).

Cláusula 9. BENEFICIO POR DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL:

Este beneficio 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.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause un Desmembramiento debidamente diagnosticado por un médico especialista, el cual deberá utilizar los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Muerte Accidental, únicamente en los casos de Desmembramiento establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO que se detalla a continuación:

TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO:

- i. Por la Pérdida Total y Definitiva de la visión de los dos (2) ojos: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- ii. Por la Pérdida de ambas manos: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- iii. Por la Pérdida de ambos pies: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- iv. Por la Pérdida de una mano y un pié: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- v. Por la Pérdida de una mano o un pié: el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada.
- vi. Por la Pérdida Total y Definitiva de la audición o del habla: el treinta y cinco por ciento (35%) de la Suma Asegurada.
- vii. Por la Pérdida total y definitiva de la visión de un (1) ojo: el treinta y cinco por ciento (35%) de la Suma Asegurada.
- viii. Por la Pérdida de los dedos índice y pulgar de una misma mano: el veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada.

Para efectos de esta Póliza, la pérdida con relación a las manos y los pies se entenderá como la amputación o pérdida funcional total a la altura de la muñeca y del tobillo respectivamente, o arriba de los mismos. En cuanto a los dedos se entenderá por la amputación a la altura de la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma. Igualmente, en ningún caso se consideran los alcances de valoración de Incapacidad que establece el Código de Trabajo.

Si en el Accidente el Asegurado sufre varias lesiones simultáneamente que originen diferentes tipos de Desmembramiento, la Compañía adelantará únicamente lo correspondiente al beneficio por el mayor Desmembramiento y hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada para la Cobertura Básica por Muerte Accidental. Cuando se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado afectado. Si adicionalmente los diferentes Desmembramientos del Asegurado concluyen en su Incapacidad Total y Permanente, la Compañía adelantará únicamente lo correspondiente al beneficio por el mayor Desmembramiento y hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada para la Cobertura Básica por Muerte Accidental. Cuando se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado afectado.

Para efectos de esta póliza se considera Desmembramiento cuando éste haya ocurrido durante la vigencia de la póliza y a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente generador del Desmembramiento.

En caso de Siniestro, El Asegurado o quien él designe deberá completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 31. de la presente Póliza.

Cláusula 10. BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL:

Este beneficio 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.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total y Permanente debidamente diagnosticada por un médico especialista, el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado o a su representante la Suma Asegurada establecida para la Cobertura Básica por Muerte Accidental, mediante cuatro (4) pagos trimestrales iguales y

consecutivos, debiendo realizarse el primer pago al cumplirse tres (3) meses de ocurrido el Accidente. Para que el pago de la presente cobertura proceda, el Asegurado deberá continuar en la misma condición de Incapacidad Total y Permanente en la fecha en que se haga efectivo el primer pago correspondiente a este Beneficio.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la Cláusula 31. de la presente Póliza para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente, y siempre que el Asegurador permanezca vivo e incapacitado total y permanentemente durante el período en el que procede el pago de los cuatro (4) pagos. Si el Asegurado 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 por 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 Cláusula 31. de la presente póliza y definido para el caso de Muerte Accidental.

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

Por tratarse de un Beneficio adicional a la Cobertura Básica por Muerte Accidental, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 11. SUMA ASEGURADA

La Suma Máxima Asegurada para las diferentes Coberturas y Beneficios 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. Los aumentos o disminuciones en las Sumas Aseguradas deberán ser solicitados por el Tomador del Seguro a la Compañía conforme a lo establecido en la cláusula de Elegibilidad Individual de esta Póliza.

Cláusula 12. TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro para cada Cobertura que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares, y tomará en cuenta la composición general del grupo según la Suma Asegurada y la 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 de la Póliza la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable a esta Póliza, 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.

La Compañía podrá otorgar un descuento por volumen de Personas Aseguradas. Este descuento se establecerá en las Condiciones Particulares y afectarán al Asegurado o al Tomador, según sea quien pague la Prima, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula 4. de "CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN".

Descuento por número de Asegurados	
De 0 a 50	0%
De 50 a 100	10%
De 100 a 400	20%
Más de 400	30%

Cláusula 13. 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 14. ACEPTACIÓN DE 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, 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 15. PRIMAS

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 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.

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

Cláusula 16. PAGO DE LA PRIMA Y DESCUENTOS

El pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador mediante un pago anual al momento en que la Compañía le notifique su aceptación del riesgo o bien mediante pagos mensuales, trimestrales o semestrales, según se indique en las Condiciones Particulares. Todo pago deberá ser realizado dentro del Periodo de Gracia según se indica adelante. Según sea la Periodicidad de Pago de la Prima que elija el Contratante e indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía aplicará descuentos, cuyos montos también se reflejará en las Condiciones Particulares con en base a la siguiente tabla:

Descuento por Pronto Pago Colones	
12 pagos	0%
4 pagos	3%
2 pagos	4%
1 pago	6%

Cláusula 17. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Contratante un Período de Gracia de quince (15) 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 escrita según se establece en la Cláusula 14. "ACEPTACIÓN DEL RIESGO".

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 previa cancelación por parte del Tomador del seguro de las Primas pendientes.

Cláusula 18. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

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

- a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador y al Asegurado en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
- 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 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 19. ELEGIBILIDAD

Para la cobertura principal de Muerte Accidental y las coberturas y beneficios adicionales de Gastos Funerarios por Muerte Accidental y Desmembramiento por Causa Accidental, son elegibles para ser Asegurados, aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para la Cobertura Adicional de Renta Mensual por Incapacidad Total y Temporal por Causa Accidental y el Beneficio de Incapacidad Total y Permanente por Causa Accidental, los Asegurados, adicionalmente, deberán encontrarse desempeñando de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión actividad u oficio habitual y no tener en trámite de pago ni estar recibiendo pago de prestaciones en dinero en virtud de una pensión por invalidez, vejez o incapacidad de la Caja Costarricense del Seguros Social y/o un sistema de pensiones similar.

Cláusula 20. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de Solicitud de Inclusión como Asegurado el cual incluye la autorización de que en caso de muerte autoriza a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a 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 la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá al Asegurado en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia antes indicado.

Cláusula 21. 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, sumas aseguradas por cobertura, beneficios, suma asegurada por beneficio en la Póliza así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

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

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

Cláusula 22. BENEFICIARIOS

El beneficio de pago de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Muerte Accidental de esta Póliza, así como el pago de la Suma Asegurada de las Coberturas Adicionales, será pagado al Asegurado o a los Beneficiarios expresamente señalados por el Asegurado que hayan sido registrados en la Póliza antes de la fecha de fallecimiento. En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado. En caso que con posterioridad al Evento el Asegurado no se encuentre en condiciones físicas o mentales para presentar la correspondiente reclamación la misma deberá ser presentada por el curador del Asegurado, debidamente nombrado de conformidad con la legislación aplicable.

En caso que no se hayan designado Beneficiarios, o estos no se encuentren con vida, o la designación se torne ineficaz, serán Beneficiarios los herederos del Asegurado según se indique mediante resolución por parte de un juez civil de conformidad con la legislación aplicable. Si se designare a dos o más Beneficiarios se entenderá que éstos tendrán una participación alícuota, salvo que el Asegurado haya indicado lo contrario. En caso de que, en una póliza con varios Beneficiarios, quede sin efecto la designación de uno o varios de ellos, acrecerá la proporción determinada a favor de las demás personas beneficiarias.

El Asegurado podrá modificar su designación de Beneficiarios, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, 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 un Evento que produzca el fallecimiento del Asegurado y que dicho Evento no esté excluido, la Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios registrados en esta Póliza, y 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.

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 23. 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 naturales 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, las cuales se deberán informar al Tomador con total claridad y con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Tomador o Contratante dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que la Compañía informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la Prima, esta Póliza se tendrá por renovada automática e indefinidamente por un período igual, caso contrario, se tendrá por no renovada.

De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un Addendum, de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso que la modificación genere la obligación de pagar una Prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia antes indicado.

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza, previa comunicación por escrito de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

En caso que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador 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.

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

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

Cláusula 24. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Las personas que ingresen a la Póliza en un momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza, podrán ser incorporadas, cubriendo la Compañía el riesgo objeto de cobertura, únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Compañía de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza así como el pago de la Prima correspondiente dentro del Período de Gracia. La fecha en la que termina la cobertura para estos Asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la Póliza.

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

Cláusula 25. EXCLUSIONES

Para TODAS las Coberturas y Beneficios, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro fuere causado por o durante:

- a. **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. **Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.**
- c. **Ejecución del Asegurado en cumplimiento de condena a pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor o cómplice;**
- d. **La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;**
- e. **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.**
- f. **Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.**
- g. **Acciones realizadas por el Asegurado infringiendo leyes o Reglamentos de obligatorio cumplimiento para los ciudadanos en cualquier lugar del mundo, en estado de ebriedad según lo define la Ley de Tránsito local vigente, o en cualquier circunstancia bajo los efectos de alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.**
- h. **Acciones en las que por sentencia judicial en firme se haya declarado a uno de los beneficiarios o herederos legítimos como homicida del Asegurado.**
- i. **Acciones o ejercicios físicos que originen hernias de cualquier tipo y sus consecuencias.**
- j. **Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.**
- k. **Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.**
- l. **La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, bicimotos, motocicletas, motonetas, triciclos, cuadraciclos o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve;**
- m. **La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;**
- n. **La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado.**
- o. **De la misma manera se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando al Asegurado le haya sido diagnosticada, o esté siendo investigada, o en proceso de estudio o de diagnóstico una o varias de las siguientes enfermedades, dolencias, o problemas de salud: Parkinson, apoplejía, epilepsia, paraplejia o artrosis con limitaciones de la funcionalidad de una o más articulaciones, de cadera, rodilla o de las articulaciones del tobillo, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.**

DE OCURRIR EL FALLECIMIENTO, DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD O DESMEMBRAMIENTO 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 26. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

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

Cláusula 27. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados a comunicar a la Compañía de forma completa y veraz las agravaciones del riesgo por cambio de ocupación o afición del Asegurado, lo anterior dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al conocimiento del cambio o nueva condición del riesgo. Esta comunicación a la Compañía deberá hacerla el Tomador o el Asegurado aunque el cambio de ocupación o Afición del Asegurado sea temporal. La Compañía, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles a la fecha de recibo de la comunicación, deberá manifestar por escrito al Tomador y al Asegurado las condiciones para la continuación de la Póliza o la rescisión de la misma. La Compañía podrá proponer las modificaciones que considere o aceptar la agravación sin mayor requerimiento. En caso de rescisión la Compañía devolverá la prima no devengada en los términos y condiciones establecidos para tal fin en esta Póliza.

Cláusula 28. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta, hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, el Contratante, 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. De acuerdo a la naturaleza colectiva de la Póliza, la nulidad se podrá aplicar independientemente para cada Asegurado de la Póliza. Si la falsedad, inexactitud o reticencia es intencional, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio; si la falsedad, inexactitud o reticencia no son intencionales, se podrá proceder según lo que indica el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cláusula 29. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

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

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

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

Cláusula 30. 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. Fallezca dicho Asegurado;

3. El Tomador no pague la Prima de Seguro correspondiente al Asegurado en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considera vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada, en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Periodo de Gracia;
4. El Contratante o Tomador solicite la baja del Asegurado.
5. Cualquier otra causal expresamente indicada en el presente contrato.
6. En caso que el Asegurado deje de desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual en virtud de acogerse a una pensión por invalidez o vejez de la Caja Costarricense del Seguro Social y/o un sistema de pensiones similar, la Cobertura Adicional de Renta Mensual por Incapacidad Total y Temporal por Causa Accidental y el Beneficio de Incapacidad Total y Permanente por Causa Accidental terminarán de forma automática. Las demás coberturas y beneficios continuarán siempre y cuando se pague la Prima determinada de conformidad con la Tabla de Tarifas.

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 31. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

El Asegurado, 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 está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

a. PARA LA COBERTURA BASICA POR MUERTE ACCIDENTAL y GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL:

En caso de reclamación por Muerte Accidental de uno de los Asegurados 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.
3. Original y Copia del acta del levantamiento del cadáver emitida por la autoridad competente donde se indique claramente la fecha, hora y origen del accidente que causó el fallecimiento del Asegurado.
4. 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 la Cobertura de Gastos Funerarios por Muerte Accidental.
5. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
6. Si el Asegurado no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del Historial Clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento.
7. Copia certificada del documento de identificación de cada uno de los Beneficiarios.

El Tomador y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo el fallecimiento del Asegurado.

b. PARA LA COBERTURA DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR CAUSA ACCIDENTAL

En caso de Reclamación por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental del Asegurado, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado 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 Temporal del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
3. Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por la 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 3 "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. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó la Incapacidad Total Temporal del Asegurado.
6. Certificación de Salario Líquido mensual emitido por el empleador.
7. Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso que la CCSS no emita dicha certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que en efecto no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.

c. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO DE DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL:

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio por Desmembramiento por Causa Accidental del Asegurado, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado 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 que valoró la lesión del Asegurado y determinó el Desmembramiento de la parte afectada, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.

d. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL:

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente por Causa Accidental del Asegurado, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado 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, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
3. Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por la 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 3 "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. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
6. Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso que la CCSS no emita dicha certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga constar que en

efecto no tiene en trámite el pago o recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad.

En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica o bien cualquier documento sea emitido por una autoridad extranjera, dichos documentos se deberán aportar debidamente legalizados por los mecanismos legales correspondientes (por medio del Consulado correspondiente o debidamente apostillado).

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. 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 los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio.

La Compañía tendrá el derecho a que un médico de su elección examine al Asegurado y acepte o rechace el dictamen médico aportado por el Asegurado y por consiguiente acepte o rechace el reclamo. Los honorarios de este médico examinador serán pagados por la Compañía. En caso que la Compañía rechace el reclamo como consecuencia de dicho examen, el Asegurado podrá ejercer las acciones correspondientes de conformidad con la cláusula arbitral establecida en la presente Póliza.

En caso que el Asegurado o Beneficiarios estén en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrán solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado o Beneficiario, según corresponda. En caso que no haya interés o no exista acuerdo entre las partes para realizar la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución de controversias establecido en la presente póliza.

Se conviene que en caso de Siniestro, de conformidad con la cobertura de esta Póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima total correspondiente al Asegurado fallecido, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, se deducirán de la liquidación correspondiente.

Cláusula 32. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

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

Cláusula 33. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el Tomador presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula 31 "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO".

Cláusula 34. 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 35. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

TODA LA INFORMACION QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA TANTO POR EL TOMADOR COMO POR EL ASEGURADO SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO PODRÁ SER REVELADA A TERCEROS, SALVO

AUTORIZACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LO QUE REFIERE A SU INFORMACIÓN, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Cláusula 36. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 37. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 38. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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

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

Cláusula 39. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

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

Las comunicaciones del Contratante o Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

Cláusula 40. IMPUGNACION 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 41. CONTROVERSIAS

En caso de diferencias, conflictos o disputas relacionadas con la ejecución, incumplimiento, interpretación o cualquier otro aspecto derivado del presente contrato, Las Partes, Asegurado y/o Beneficiarios, serán sometidas a un arbitraje de derecho de conformidad con los Reglamentos de Conciliación y Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, a cuyas normas las partes se someten en forma voluntaria e incondicional. El proceso se dilucidará de acuerdo con la legislación costarricense, siendo el lugar del

arbitraje el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. El arbitraje será resuelto por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. Cada parte designará un árbitro y estos dos árbitros designarán al tercero quien fungirá como Presidente del tribunal arbitral. El laudo arbitral se dictará por escrito, será definitivo y vinculante para las partes e inapelable, salvo recurso de revisión o de nulidad. Una vez que el laudo se haya dictado y haya adquirido firmeza, producirá los efectos de cosa juzgada material y las partes deberán cumplirlo sin demora. Los gastos relacionados con el proceso de arbitraje, incluyendo los honorarios de los árbitros, los asumirán las partes en igual proporción. Cada una de las partes cubrirá los honorarios de sus abogados y asesores. Los procesos y su contenido serán absolutamente confidenciales.

Cláusula 42. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P16-33-A07-283 de fecha 19 de Septiembre de 2011.