

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN COLONES

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

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., con cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones que comprenden esta Póliza 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”), en el caso de que se produzca un Evento cuyo riesgo sea objeto de las coberturas aquí definidas.

Javier Navarro Giraldo
Apoderado General

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

Teléfono: (506) 2228-0483
info@adisa.cr

“SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN COLONES”

CONDICIONES GENERALES



ÍNDICE

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

Cláusula 1. DEFINICIONES:

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

- a. **Accidente:** Es todo suceso imprevisto, involuntario, repentino, futuro 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 lo siguiente: 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. **Igualmente y para efectos de la presente Póliza, NO se considera Accidente el Suicidio o el SIDA.**
- b. **Ambulancia Terrestre:** Es un vehículo de transporte terrestre de emergencia, debidamente especializado, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades graves.
- c. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya integridad la Compañía asume el riesgo de su Hospitalización por cualquier causa, el cual se individualiza expresamente en el Certificado de Cobertura de la misma.
- d. **Cobertura:** Para efectos del presente Contrato, es el riesgo que está cubierto por la Póliza contratada con todas sus limitaciones y exclusiones, por el cual el Asegurado paga una Prima a la Aseguradora.
- e. **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 (“SUGESE”), y es quien suscribe con el Asegurado y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- f. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización de una Cobertura de conformidad con la Póliza y/o la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- g. **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 DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA del presente contrato.
- h. **Carencia (Período de):** Es el número de Días Completos, contados **a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza**, durante los cuales el Asegurado no tiene derecho a recibir la Renta Diaria por Hospitalización objeto de esta Póliza, que aparece en el Certificado de Cobertura.
- i. **Día Completo:** Veinticuatro (24) horas continuas.
- j. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364)
- k. **Enfermedad:** Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, patología, incapacidad, lesión o dolencia cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuado por un Médico.
- l. **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 indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de expedición de esta Póliza.
- m. **Espera (Período de)** Número de Días Completos, contados **a partir de la fecha y hora de ingreso** al Hospital, Clínica o Centro Médico, durante los cuales el Asegurado no tiene derecho a recibir el beneficio de la Renta Diaria por Hospitalización objeto de esta Póliza, y que se establecen en el Certificado de Cobertura. Aplica para toda y cada Hospitalización del Asegurado.
- n. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador de una Hospitalización del Asegurado.
- o. **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 débito, y tarjeta crédito. Todo pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador dentro del Plazo de Gracia que adelante se indica.

“SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN COLONES”

CONDICIONES GENERALES



- 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 vida y que a su vez reúnan individualmente los requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza. Si el Tomador solicita la Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia, este grupo será ampliado al Grupo Familiar de cada Asegurado Principal.
- 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, hayan pagado la primera Prima dentro del Período de Gracia y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de esta póliza
- r. **Hospital, Clínica o Centro Médico:** Es todo establecimiento público o privado legalmente autorizado y en capacidad y funcionamiento para la Hospitalización y el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que cuenta con un Médico residente y asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día, cuyas instalaciones y facilidades son aptas y aprobadas para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas en su quirófano y con su equipo de rayos X propio. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, sanatorio de recuperación, instalación o casa de salud para convalecientes, para rehabilitación, de cuidado extendido, instituto hidroterápico, clínica de métodos curativos naturales, o Institución Mental.
- s. **Hospitalización:** Utilización durante al menos un (1) Día Completo o veinticuatro (24) horas continuas de los servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en un Hospital, Clínica o Centro Médico por un Asegurado que se registre como paciente por prescripción de un Médico.
- t. **Hospitalizaciones Recurrentes:** Son aquellas originadas en el mismo Accidente o Enfermedad, resultantes de causas iguales o que estén relacionadas directamente con las de una Hospitalización por la cual el Asegurado ya recibió un pago por concepto de Renta Diaria por Hospitalización parte de la Compañía con arreglo a su Plan, que comienzan dentro de los doce (12) meses siguiente a la Hospitalización original y durante la vigencia definida en el correspondiente Certificado de Cobertura. Por aclaración, se considerará como **Hospitalización Recurrente** aquella que ha ocurrido a causa de una misma Enfermedad, o que ha resultado del mismo Accidente, en un período no mayor a doce (12) meses, que para la determinación del Período Máximo de Beneficio y del Valor Máximo pagadero con arreglo a esta Póliza se considera parte de la Hospitalización original. Se considerarán como **Hospitalizaciones No-Recurrentes o Separadas** las Hospitalizaciones que no se encuentran dentro de un mismo período de doce (12) meses o más, y no se considerará que éstas han ocurrido durante el mismo período de Enfermedad o que han resultado de un mismo Accidente con el propósito de determinar el Período de Beneficios pertinentes y el Valor Máximo pagadero con arreglo a esta Póliza.
- u. **Infeción Oportunista:** Es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.
- v. **Institución Mental:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado y en capacidad y funcionamiento para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o de subnormalidad psíquica, psiquiátrica o mental, así como el departamento psiquiátrico de un hospital, una unidad especial de un Hospital o cualquier lugar utilizado para el tratamiento de personas adictas a las drogas o al alcohol.
- w. **Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- x. **Médico:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica el cual deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Sin perjuicio de lo anterior, el Médico en ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- y. **Neoplasma Maligno:** Son las enfermedades en donde hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
- z. **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.
- aa. **Plan Contratado:** Es la alternativa de cobertura seleccionada que aparece en el Certificado Individual de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura, la Prima a pagar por dicho Plan, el Período de Carencia y el Período de Espera.
- bb. **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, 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.
- cc. **Prima:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra el riesgo contratado mediante la presente Póliza.
- dd. **Prima No Devengada:** Porción de Prima pagada correspondiente al período de cobertura de una Póliza que aún no ha transcurrido.
- ee. **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en sus 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 con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o variantes que incluyan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H. y el Complejo Relacionado con SIDA (CRS), en cualquiera de sus estados incluyendo la etapa de portador del virus.
- ff. **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 o la prestación prevista en el contrato.
- gg. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- hh. **Suma Asegurada:** Es el valor máximo que, en caso de un siniestro amparado, se obliga a pagar la Compañía al Asegurado por la Cobertura. Este valor lo define el Tomador o Contratante y se establece en cada Certificado Individual de Cobertura de la presente Póliza.
- ii. **Tabla de Primas Mensuales:** Es la tabla que se incluye en las Condiciones Particulares de esta Póliza en la que se indica el valor de la Prima mensual de cada Asegurado, la cual se define en función de los elementos actuariales, estadísticos e históricos de salud de cada sub – grupo etario que conforma el Grupo Asegurado.
- jj. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.
- kk. **Urgencia o Emergencia Médica:** Situación en la que una persona, en razón a un Accidente o a una Enfermedad se encuentra repentinamente en estado grave de salud, de manera que, a su juicio o el de una persona adulta, si no es atendido clínicamente en forma inmediata, corre peligro su vida o la función de alguno de sus órganos.

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 haya 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. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato corresponde a un seguro colectivo de salud, que podrá ser contratado exclusivamente por el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

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

Cláusula 4. COBERTURAS

La Aseguradora indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan, siempre y cuando estén dentro de los límites y condiciones que se establecen en este documento. Esta

Póliza está conformada por todas las Coberturas, asistencias y servicios que se detallan en esta cláusula, por lo que no podrán ser contratadas por separado.

- a. Cobertura Básica de Renta Diaria por Hospitalización:** Una vez cumplido el Período de Espera definido para esta Póliza en la Cláusula "PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODOS DE ESPERA", cuando el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de una Enfermedad amparada por esta Póliza y diagnosticada por primera vez dentro del período de vigencia que aparece en el Certificado de Cobertura, la Aseguradora le pagará a él o a quien él autorice, la Suma Asegurada para esta Cobertura, que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días. De igual manera, cuando el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de un Accidente amparado por esta Póliza -de forma inmediata o bien dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo Accidente- la Aseguradora le pagará a él o a quien él autorice, la Suma Asegurada para esta cobertura que consiste en una renta diaria hasta por un máximo de ciento ochenta (180) días. En cualquier caso, sea Hospitalización por Enfermedad o por Accidente, ésta debe haber sido diagnosticada por un Médico y durante el tiempo de la Hospitalización el Asegurado debe haber permanecido bajo el cuidado y asistencia constante de un Médico. **El Período de Espera se aplica para cada 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 Espera definido en el Certificado de Cobertura.
- b. Cobertura de Servicio para Asistencias:** Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado contará con los siguientes servicios de asistencia que aplicarán únicamente en el territorio costarricense y con las limitaciones territoriales que en ésta Póliza establecen, siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación de los mismos:
- 1. Cobertura de Servicio de Orientación Médica Telefónica y de Ambulancia Terrestre para Emergencias Médicas:**
 - a. Servicio de Orientación Médica Telefónica:** Este servicio es ilimitado y aplica durante las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, para que el Asegurado pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia, malestar físico o enfermedad. Queda entendido que el servicio se prestará únicamente como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Todos los gastos en que incurra el Asegurado por servicios médicos de cualquier tipo relacionados con esta orientación correrán por cuenta del Asegurado.
 - b. Traslado Médico en Ambulancia Terrestre por Accidente o Emergencia Médica:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le provoque lesiones o traumatismos que requieran Hospitalización, o se enfrente a una Emergencia Médica derivada de una Enfermedad de índole grave y repentina, la Compañía -previa autorización al número de teléfono 6040-4001- gestionará y cubrirá por medio de la Empresa de Asistencias el servicio privado de traslado en Ambulancia Terrestre hasta el Hospital, Clínica o Centro Médico más cercano, dentro del territorio costarricense, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita; en caso de no existir, la Compañía o la Empresa de Asistencias coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio se limitará a dos (2) servicios de traslado médico en Ambulancia Terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.
 - 2. Indicación, consulta y localización de mejores precios de medicamentos y farmacias:** Previa solicitud telefónica del Asegurado, la Compañía por medio de la Empresa de Asistencias, realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del Asegurado y le transmitirá ésta información vía telefónica. Queda entendido que este servicio es meramente informativo sobre y se prestará únicamente como una orientación sobre el mejor precio de un medicamento y en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. De igual forma no hace referencia a la calidad de los puntos de venta o de los medicamentos que dichos puntos comercialicen. El costo de cualquier tratamiento y los gastos de adquisición relacionados con los medicamentos correrán por cuenta y responsabilidad del Asegurado. Este servicio de indicación, consulta y localización de mejores precios se prestará al Asegurado sin costo alguno y sin límite de eventos por año.

- 3. Información y orientación nutricional vía telefónica:** Previa solicitud telefónica del Asegurado, cuando éste requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia de alimentación, la Compañía por medio de la Empresa de Asistencias, lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en nutrición, exclusivamente con el fin de brindarle consejos básicos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, y alimentos que se deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a la lactosa. El costo de los alimentos así como de cualquier tratamiento relacionado con nutrición o desordenes en la alimentación correrán por cuenta y responsabilidad del Asegurado. Este servicio se prestará al Asegurado sin costo y sin límite de eventos por año.
- 4. Agenda y avisos para la ingesta puntual de medicamentos después de la Hospitalización:** Previa solicitud telefónica del Asegurado, la Compañía por intermedio de la Empresa de Asistencias, luego de una Hospitalización del Asegurado superior a cuarenta y ocho horas (48), registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del Asegurado, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos. El presente servicio se prestará al Asegurado sin costo y sin límite de eventos. Queda claro que el Asegurado será el responsable de indicarle a la Empresa de Asistencias las fechas y horas para la agenda, y que dicho servicio será únicamente como orientación y ayuda al Asegurado. Ni la Empresa de Asistencias ni la Compañía asumen responsabilidad alguna en caso que el Asegurado haga caso omiso a la ingesta del medicamento o que éste no sea localizable debido a problemas de comunicación, notificación, ubicación u otros ajenos a la Empresa de Asistencias y a la Compañía.

Cláusula 5. 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. Los cambios de Plan deberán ser solicitados por el Tomador del Seguro a la Compañía conforme a lo establecido en la cláusula de Elegibilidad Individual de esta Póliza.

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.

En ningún caso, la sumatoria de las Sumas Aseguradas para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización adquiridas por un mismo Asegurado con ADISA, bien sea en Pólizas colectivas o autoexpedibles, podrá exceder de ciento cincuenta mil Colones (\$150.000.00) por día de Hospitalización. En caso que el Asegurado adquiera más de una Póliza de Renta Diaria por Hospitalización o similar con la Compañía, ésta última considerará que esa persona únicamente está asegurada con arreglo a la Póliza que le provea al Asegurado el mayor beneficio. Cuando el Beneficio con arreglo a cada una de tales Pólizas sea idéntico, la Compañía considerará que esa persona está asegurada únicamente con arreglo a la primera Póliza emitida; en tal caso, la Compañía devolverá al Asegurado 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.

Cláusula 6. PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODOS DE ESPERA

Para obtener los beneficios que otorga la presente Cobertura, el Asegurado deberá completar el Período de Carencia según sea que la Hospitalización haya sido originada en una Enfermedad o en un Accidente. Para efecto de la presente póliza se establece un Período de Carencia de treinta (30) días calendario para la primera Hospitalización del Asegurado originada en una Enfermedad. En caso de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, el Período de Carencia no aplica. En todo caso, sea que la Hospitalización haya sido originada en una Enfermedad o en un Accidente, para cualquier Hospitalización del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, la Aseguradora aplicará un Período de Espera de un (1) Día Completo. Es decir, el pago de la Renta Diaria por Hospitalización empezará a cubrir a partir del momento en que el Asegurado haya estado más de veinticuatro (24) horas en el Hospital, Clínica o Centro Médico y el cobro sea por más de un (1) día de Hospitalización.

Cláusula 7. EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre cuando la Hospitalización del Asegurado se haya originado como consecuencia de, durante o por:

- a. SIDA.** Para efectos de esta exclusión, se consideran también las hospitalizaciones debidas a Infecciones Oportunistas causadas por el uso de ciertos medicamentos utilizados en tratamientos de, pero no limitados a: pulmonía, cáncer, virus de enteritis crónica o bacteriana, y/u otras condiciones malignas que se determinen como causantes de la Hospitalización en presencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Para efectos de esta exclusión, el término Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), adicional a la definición establecida en este documento, contendrá los significados asignados por la Organización Mundial de la Salud a la fecha de la Hospitalización del Asegurado.
- b. Neoplasma Maligno, cáncer o tumores de cualquier tipo.**
- c. Una Enfermedad Preexistente o Anterior, o diagnosticada por primera vez fuera del período de vigencia de la Póliza.**
- d. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades sanitarias locales o internacionales.**
- 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, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
- f. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, radiación, reacción atómica, guerra bacteriológica, y sus complicaciones.**
- g. Actos de Automutilación, intento de Suicidio 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**
- h. Acciones realizadas infringiendo leyes o Reglamentos de obligatorio cumplimiento para los ciudadanos.**
- i. Un Accidente ocurrido durante su participación activa en actos delictivos.**
- j. Un Accidente ocurrido fuera de la vigencia de la Póliza.**
- k. Un Accidente cuya primera atención médica se haya realizado después de los primeros treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que éste ocurrió.**
- l. Un Accidente de cualquier tipo sufrido en estado alcohólico, o bajo los efectos del alcohol, estupefacientes o psicotrópicos.**
- m. Un Accidente ocurrido durante la prestación de sus servicios como miembro de cualquier cuerpo militar, de policía o de seguridad o vigilancia pública o privada.**
- n. Un Accidente ocurrido durante su participación activa o como promotor de un motín, rebelión, insurrección civil o militar, revolución o alborotos populares, huelgas o riñas.**
- o. Un Accidente ocurrido durante una inmersión submarina de cualquier tipo.**
- p. Una Enfermedad o tratamiento que sea consecuencia directa del Alcoholismo o de adicción a las drogas, somníferos, barbitúricos, alucinógenos o estupefacientes por parte del Asegurado.**
- q. Un Accidente al encontrarse realizando o practicando alguna de las siguientes actividades, o actuando como:**

- I. Paracaidismo, alpinismo, equitación, esquí, toreo, vuelo en ala delta, parapente, boxeo, lucha libre, lucha grecoromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski o cualquier deporte aéreo.**
- II. Fumigación agrícola aérea o terrestre, estando en tierra o como piloto de la aeronave.**
- III. Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea o taxi aéreo.**
- IV. Pasajero de un taxi aéreo, o de cualquier avión o aeronave que no sea de línea comercial autorizada para el transporte regular de pasajeros.**
- V. Conductor o pasajero de un vehículo a motor de cualquier tipo que esté participando en competencias o entrenamientos de velocidad, resistencia o seguridad, sean estas legales o no, incluyendo pero no limitados a automóviles, camiones, lanchas o botes, motos, tricimotos, cuatrimotos o vehículos similares de motor, sobre superficie terrestre, acuática o de nieve.**
- VI. Profesional de cualquier deporte.**
- r. Tratamiento o crisis de enfermedades mentales, trastornos nerviosos, trastornos del sueño, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo.**
- s. Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva o musicoterapia.**
- t. Tratamientos o cirugías relacionadas con problemas o trastornos del crecimiento.**
- u. Tratamientos o cirugías para el rejuvenecimiento.**
- v. Cirugía plástica o estética, excepto que ésta se requiera a causa de un accidente amparado por la Póliza y que se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente ocurrido durante la vigencia de la misma.**
- w. Complicación médica derivada de un tratamiento médico o quirúrgico practicado en cualquier momento.**
- x. Participación en experimentos biológicos o farmacéuticos.**
- y. Reclusión o tratamiento en Institución Mental, o en Institución Mental o pabellón anexo a cualquier Hospital o Clínica.**
- z. Obesidad, trastornos alimenticios o de nutrición, reducción gástrica, o cirugía bariátrica.**
 - a. Acné, alergias, hipersensibilidad en cualquier parte del cuerpo.**
 - aa. Embarazo, complicaciones del embarazo, parto de cualquier tipo, pérdidas, aborto, cesárea, o amenorrea; secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.**
 - bb. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de cámaras, lámparas o de rayos para bronceado.**
 - cc. Período de cuarentena, aislamiento o convalecencia;**
 - dd. Manejo del dolor.**
 - ee. Períodos de preparación o espera para una cirugía o tratamiento en un Hospital o clínica superiores a dos (2) días.**

DE OCURRIR LA HOSPITALIZACIÓN 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 8. 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, la indemnización será pagada a favor de los Beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- a) 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;
- b) A falta de Beneficiario establecido en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos del Asegurado;
- c) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los padres del Asegurado;
- d) 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;
- e) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos del Asegurado;
- f) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos;
- g) 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 en cualquier momento 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.

En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal, o en caso que con posterioridad al evento, el Asegurado haya fallecido o no se encuentre en condiciones físicas o mentales para presentar la correspondiente reclamación, los Beneficiarios serán aquellos que haya designado el Asegurado Principal.

Cláusula 9. 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 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;
- b) Elegir el Plan correspondiente para la presente Póliza;
- 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 10. 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, 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 11. ELEGIBILIDAD

Para efecto de esta Póliza, son elegibles para ser Asegurados, aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la misma.

Cláusula 12. 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 Hospitalización 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 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 antes indicado.

Cláusula 13. 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, Plan contratado, Suma Asegurada, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas y beneficios, 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 14. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares, y para su determinación inicial así como al momento de cada prórroga se toma 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 de Seguro aplicable a ésta según las variables indicadas en el párrafo anterior, 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 15. PAGO DE LA PRIMA

La responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el 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 Formas 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 16. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima, la Compañía le concede al Tomador o Contratante un Período de Gracia de sesenta (60) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en 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 con la simple notificación al Tomador y/o 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 17. 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 18. 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 19. TERMINACIÓN ANTICIPADA 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) A solicitud expresa del Tomador o Contratante de la Póliza.

- c) 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
- d) La Aseguradora compruebe una declaración falsa o inexacta del Tomador o del Asegurado, de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
- e) 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 20. 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 cuestión 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. Siendo así, 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.

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 21. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Tomador o el Asegurado según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía utilizando el Formulario de Reclamación que le suministra la Compañía, el que deberá presentar 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 en las oficinas de la Aseguradora o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado o el Beneficiario deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Tomador o el Asegurado, tendrán 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.

Para el trámite de reclamos, el Tomador o el Asegurado deberán presentar:

1. El formulario de Reclamación suministrado por la Compañía completado.
2. Fotocopia de la cédula de identidad de Asegurado por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. Original y copia de la factura pagada a la Clínica u Hospital donde fue atendido el Asegurado, o del documento probatorio donde se indique claramente la fecha y hora de ingreso y la fecha y hora de salida del Hospital o Clínica;
4. Copia del historial médico completo donde se indique claramente la razón de la Hospitalización y el nombre del(los) Médico(s) que atendieron el evento. En caso que la Hospitalización inicial se extienda por más días, deberá aportar orden en la que se indique claramente la razón por la cual se extiende la Hospitalización y el nombre del Médico tratante;
5. Original y copia de la orden de Hospitalización del Médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre, el número de identificación del paciente y la razón de la Hospitalización, igualmente la fecha, el nombre, la dirección y el teléfono del Médico que la expidió.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. 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.

Para gozar de las Coberturas de Servicio de Asistencia y/o para obtener en todo momento información actualizada sobre los anteriores servicios, el Asegurado o su Representante deberán comunicarse telefónicamente con la Empresa de Asistencias al número telefónico 6040-4001 que también aparece en el Certificado de Cobertura y solicitar el servicio requerido. En ningún caso el Asegurado podrá contratar el servicio por su cuenta y solicitar reembolso del mismo.

Cláusula 22. 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 de Seguro según lo establecido en la cláusula de “PRIMA 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.

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 23. 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. 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 24. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía le comunicará por escrito al Tomador y al Asegurado, según corresponda, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El Tomador o el Asegurado pueden solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión deberán presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. 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 fecha de recepción de dicha solicitud.

Cuando el Asegurado o Beneficiario esté en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrá solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado. 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.

Cláusula 25. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

La reticencia o falsedad intencional en que incurra el Tomador o Asegurado, con dolo o culpa grave, 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 la cláusula 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 26. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será absolutamente nula en cualquier momento durante la vigencia de la misma, si se determina que el Tomador o el Asegurado han declarado intencionalmente en los formularios “Solicitud de Seguro” y “Solicitud de Inclusión como Asegurado” de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas por ellos, que son considerados como información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del mismo, originando modificaciones a las condiciones de la Póliza, o incluso retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o de 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 treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

Cláusula 27. RECTIFICACIÓN DE EDAD

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

Cláusula 28. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

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

Cláusula 29. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

LA INFORMACIÓN QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA 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 PERSONAL, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Cláusula 30. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 31. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 32. LEGITIMACIÓN DE 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 él. 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 33. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

Cláusula 34. 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 35. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora 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 interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula “PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO”.

Cláusula 36. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

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

En caso que sea aplicable, se entiende que el Tomador, el Asegurado o su representante 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 esta Póliza.

Cláusula 37. 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 de esta Póliza. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de

“SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AE EN COLONES”

CONDICIONES GENERALES



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, estas 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 Tomador o el 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 las oficinas de la Compañía en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

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° P20-67-A07-635 V.2.0. de fecha 09/06/2015