

---

## CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR EN COLONES

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

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

**Matilde Asturias Ekenberg**  
**Apoderada General**

## INDICE

CLÁUSULA 1.	DEFINICIONES: .....	4
CLÁUSULA 2.	BASES DEL CONTRATO .....	6
CLÁUSULA 3.	COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO .....	6
CLÁUSULA 4.	COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES.....	7
CLÁUSULA 5.	COBERTURA ADICIONAL DE PAGO DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: .....	7
CLÁUSULA 6.	BENEFICIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE .....	8
CLÁUSULA 7.	SUMA ASEGURADA .....	8
CLÁUSULA 8.	PERÍODO DE CARENCIA .....	8
CLÁUSULA 9.	DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA .....	9
CLÁUSULA 10.	EXCLUSIONES .....	9
CLÁUSULA 11.	BENEFICIARIOS .....	11
CLÁUSULA 12.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES .....	11
CLÁUSULA 13.	OBLIGACIONES DEL TOMADOR .....	11
CLÁUSULA 14.	OBLIGACIONES DEL ASEGURADO .....	12
CLÁUSULA 15.	OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO .....	12
CLÁUSULA 16.	OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO .....	12
CLÁUSULA 17.	TARIFA DE SEGURO .....	12
CLÁUSULA 18.	PRIMAS .....	12
CLÁUSULA 19.	PAGO DE LA PRIMA .....	13
CLÁUSULA 20.	PERÍODO DE GRACIA .....	13
CLÁUSULA 21.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS .....	13
CLÁUSULA 22.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO .....	14
CLÁUSULA 23.	REVISIÓN Y DECLINACIÓN DEL RECLAMO .....	15
CLÁUSULA 24.	VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA .....	16
CLÁUSULA 25.	VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO .....	16
CLÁUSULA 26.	TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA .....	16
CLÁUSULA 27.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO .....	17
CLÁUSULA 28.	CONDICIONES VARIAS .....	17
CLÁUSULA 29.	CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN .....	17
CLÁUSULA 30.	ACEPTACIÓN DE RIESGO .....	17
CLÁUSULA 31.	ELEGIBILIDAD.....	18
CLÁUSULA 32.	INCLUSIÓN DE ASEGURADOS .....	18
CLÁUSULA 33.	AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA .....	19
CLÁUSULA 34.	REPORTES DE ASEGURADOS CON MOTIVO DE PRÓRROGA .....	20

CLÁUSULA 35.	REGISTRO DE ASEGURADOS .....	20
CLÁUSULA 36.	NULIDAD DE LA PÓLIZA.....	20
CLÁUSULA 37.	RECTIFICACIÓN.....	21
CLÁUSULA 38.	COMUNICACIONES EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO .....	21
CLÁUSULA 39.	COMISIÓN DE COBRO PARA EL TOMADOR.....	21
CLÁUSULA 40.	COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN.....	21
CLÁUSULA 41.	RECTIFICACIÓN DE LA EDAD .....	21
CLÁUSULA 42.	MONEDA Y TIPO DE CAMBIO .....	21
CLÁUSULA 43.	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	21
CLÁUSULA 44.	TRASPASO O CESIÓN.....	22
CLÁUSULA 45.	PRESCRIPCIÓN .....	22
CLÁUSULA 46.	LEGISLACIÓN APLICABLE .....	22
CLÁUSULA 47.	PLAZO DE RESOLUCIÓN.....	22
CLÁUSULA 48.	IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIÓN.....	22
CLÁUSULA 49.	CONTROVERSIAS .....	22
CLÁUSULA 50.	INFORMACIÓN Y ASESORÍA EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA .....	22
CLÁUSULA 51.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES .....	23

**Cláusula 1. 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.
- b. Asegurado:** Es la persona física deudor del Tomador del seguro que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume el riesgo de Fallecimiento, Incapacidad Total Temporal e Incapacidad Total y Permanente, que se individualiza expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza. Para que una persona física sea Asegurado, su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía, se debe de haber pagado la Prima dentro del plazo del Período de Gracia estipulado en la Póliza.
- c. Beneficiario Principal e Irrevocable:** Es el Tomador, quien actúa como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de la cobertura y hasta el valor del Saldo Insoluto de la Deuda al momento del siniestro.
- d. Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- 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 o Contratante y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- 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 y no declaradas por él (reticencia o declaraciones inexactas). Transcurrido este plazo, la Compañía sólo tendrá 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 26 del presente contrato.
- h. Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- i. Enfermedad:** Es toda aquella alteración del estado de la salud del Asegurado, sea una condición física o mental cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuada por un Médico.
- 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 indubitablemente en el momento de la suscripción de la Solicitud de Inclusión como Asegurado; 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, de la Incapacidad Total Temporal, o de la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
- l. Factura:** Documento contable emitido por la Compañía donde se establece el valor de la Prima periódica correspondiente a la totalidad de la Póliza.
- m. Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado por la Compañía y que puede utilizar el Tomador para el pago de la prima, que puede ser cualquiera de las siguientes formas: efectivo, cheque debidamente acreditado, transferencia bancaria, tarjeta de débito y/o tarjeta de crédito. Todo pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador dentro del Plazo de Gracia que adelante se indica. Se entiende que para que el cheque sea aceptado por la Compañía como una Forma de Pago de la Prima, este debe de haber sido debidamente acreditado en la cuenta de la Compañía.
- n. Grupo Asegurable:** Se entenderá que el Grupo Asegurable está constituido por todas las personas físicas deudores del Tomador del seguro, y que a su vez reúnan individualmente los requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.

- o. 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.
- p. 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 de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS).
- q. 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, o por una enfermedad diagnosticada durante la vigencia de la Póliza. 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 irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado. La temporalidad o permanencia de la incapacidad es definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS), o en su defecto por un médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS).
- r. Infección Oportunista:** Es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.
- s. Informe Confidencial:** Escrito claro y conciso realizado por un investigador de manera reservada, para uso exclusivo y confidencial de la Aseguradora, en el que se incluye información del potencial Asegurado relacionada con su, profesión y actividad, procedencia de sus bienes y capital de trabajo, manejo crediticio y de cuentas bancarias o similares, que utiliza la Aseguradora con el propósito de medir el riesgo moral del posible Asegurado. Los costos de este tipo de informes corren en su totalidad a cargo de la Aseguradora.
- t. Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- u. 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.
- v. Médico:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina debidamente inscrito al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- w. Monto Original del Préstamo:** Es el monto del principal del préstamo al momento del ingreso del Asegurado a la Póliza, debidamente reportado por el Tomador del seguro en el "Reporte de Asegurados", aceptado por la Compañía y por el cual se ha pagado la Prima correspondiente.
- x. Monto Insoluto de la Deuda:** referirse a "Saldo Insoluto de la Deuda".
- 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. 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 Reporte de Asegurados. 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.

- bb. 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.
- cc. Registro de Asegurados:** Es un 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 Original del Préstamo que le adeuda el Asegurado al Tomador 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.
- dd. Reporte de Asegurados:** Es el 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 del Préstamo al día de ingreso a la póliza. El Tomador deberá entregar el listado en medio magnético o vía internet en el formato establecido por la Compañía para tal fin.
- ee. Saldo de la Deuda:** Es el saldo de la operación crediticia del Asegurado al último día de cada mes calendario, que para efectos de la presente Póliza comprende el monto del principal del crédito más sus intereses corrientes, el mismo que aparece registrado en los libros oficiales de la Contabilidad del Tomador como deuda en esa fecha, sin incluir intereses moratorios o gastos adicionales.
- ff. Saldo Insoluto de la Deuda:** Es el saldo de la operación crediticia del Asegurado que comprende el monto por concepto del principal del crédito más sus intereses corrientes, que aparece registrado en los libros oficiales de la Contabilidad del Tomador como deuda a la fecha del Siniestro sin incluir intereses moratorios o gastos adicionales.
- gg. SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- hh. Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, que obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- ii. 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.
- jj. Tomador o Contratante:** Es la persona jurídica que actúa como acreedor a título oneroso y que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.

## 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. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

## Cláusula 3. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

En caso que un Asegurado fallezca por cualquier causa cubierta bajo esta Póliza, la Compañía pagará al Tomador de la Póliza en su calidad de Beneficiario Principal e irrevocable el valor del Saldo Insoluto de la Deuda al momento del fallecimiento del Asegurado. La Cobertura Básica de Fallecimiento se pagará siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.



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

**Cláusula 4. 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 Fallecimiento los 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 adicionalmente dentro del Período de Gracia la Prima correspondiente establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. Los Beneficios 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 pago de la Cuota Mensual del crédito por Incapacidad Total Temporal;
- II. Beneficio por Incapacidad Total y Permanente;

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 asegurado por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

**Cláusula 5. COBERTURA ADICIONAL DE PAGO DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:**

Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador la ha contratado junto con la Cobertura Básica de Fallecimiento, 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 todos los Asegurados.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal que le impida hacer frente al pago de las cuotas mensuales del crédito con el Tomador, condición que deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista, el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía se compromete en pagarle al Tomador el valor de las cuotas mensuales de principal e intereses corrientes de los meses en que el Asegurado se encuentre en dicha condición de Incapacidad Total Temporal. Esta cobertura aplicará a todos aquellos créditos que le haya otorgado el Tomador al Asegurado, que se encuentren vigentes, que estén cubiertos y sobre los cuales el Tomador haya pagado la correspondiente Prima.

**Esta cobertura la dejará de pagar la Compañía al Tomador cuando ocurra alguna de las siguientes condiciones, la que ocurra primero: (i) cuando la Compañía haya cubierto un total de doce (12) cuotas mensuales; (ii) cuando el Asegurado fallezca; (iii) cuando el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Incapacidad Total Temporal; o (iv) cuando se dé la cancelación total de los créditos cubiertos del Asegurado.**

En caso de Siniestro, el Tomador deberá completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de la cobertura de Pago de la Cuota Mensual del Crédito por Incapacidad Total Temporal.

Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Incapacidad Total Temporal, deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio en su estado de salud, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades. En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Incapacidad y no le notifique dicho cambio en su estado de salud a la Compañía, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere, la devolución de los pagos que hizo al Tomador sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha cobertura.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, 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 6. BENEFICIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Este beneficio es opcional y sólo será otorgado por la Compañía si el Tomador lo ha contratado junto con la Cobertura Adicional de Pago de la Cuota Mensual del Crédito por Incapacidad Total Temporal, 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 o una Enfermedad que le cause una Incapacidad Total y Permanente, que le impida hacer frente al pago de las cuotas mensuales del crédito con el Tomador, condición que deberá ser 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 Tomador la suma establecida para la Cobertura Básica de Fallecimiento definida para esta Póliza como el valor del Saldo Insoluto de la Deuda al momento del Siniestro, hasta alcanzar la Suma Asegurada de cada préstamo cubierto, que haya sido registrado y reportado por el Tomador, sin exceder el Límite Máximo Individual establecido.

En caso de Siniestro, el Tomador de la Póliza deberá completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente. Cuando la Compañía haya pagado este Beneficio, se cancelará automáticamente la totalidad del seguro para el Asegurado indemnizado.

**Cláusula 7. SUMA ASEGURADA**

La Suma Máxima Asegurada por crédito para las diferentes Coberturas y Beneficios es definida por el Tomador o Contratante de la Póliza, y se establece de la siguiente manera:

- a. Para la Cobertura de Fallecimiento la Suma Máxima Asegurada será el Saldo de la Deuda del Asegurado, que aparece registrado en los libros oficiales de la Contabilidad del Tomador.
- b. Para la Cobertura Adicional de Pago de la Cuota Mensual del Crédito por Incapacidad Total Temporal, la Suma Máxima Asegurada será el valor de hasta un máximo de doce (12) cuotas mensuales de amortización correspondiente a todos los créditos vigentes del Asegurado con el Tomador al momento del Siniestro.

Dichas sumas no podrán exceder el Límite Máximo Individual por Cobertura y por Asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los nuevos créditos que adquiera el Asegurado con el Tomador de la Póliza serán considerados como incrementos de la Suma Asegurada para el Asegurado en particular, por lo tanto deberán ser reportados por el Tomador del Seguro y sometidos a valoración de la Compañía de acuerdo con la Cláusula "ELEGIBILIDAD". Teniendo en cuenta el orden cronológico de su otorgamiento y el Límite Máximo Individual, califican para la determinación de la Suma Asegurada el total de los Saldos adeudados al Tomador, que hayan sido reportados por el Tomador a la Compañía al momento del Siniestro sufrido por el Asegurado y sobre los cuales el Tomador haya pagado la correspondiente Prima dentro del Período de Gracia.

**Cláusula 8. PERÍODO DE CARENCIA**

**El Período de Carencia aplica exclusivamente para la Cobertura Básica de Fallecimiento.**

**a. Suicidio**

**Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación.**

**Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, sea que estuviere o no en el pleno uso de**



**sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.**

**b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno**

**Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.**

**Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.**

**Cláusula 9. 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 10. EXCLUSIONES**

**La Cobertura Básica por Fallecimiento NO TIENEN exclusiones.**

**Para la Cobertura ADICIONAL DE PAGO DE CUOTAS MENSUALES DEL CRÉDITO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro fuere causado por o durante:**

- a. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;**
- b. 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;**
- c. 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, montañismo, alas delta, parapente, carreras de auto, de moto, justas hípicas;**
- d. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;**
- e. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.**
- f. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, dolencia o lesión de origen accidental o no, causadas por el envejecimiento natural del asegurado adulto mayor, y relacionadas con: el sistema nervioso, meningitis, encefalitis, atrofas, esclerosis, epilepsia, neuropatías, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadriplejía y paroplejía, hidrocefalos, enfermedad de**

**alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, trastornos en músculos y tendones, trastornos en la densidad y estructura ósea, osteopatías, osteoporosis, enfermedad de cualquier tipo en la córnea o la retina, en el nervio óptico o en las vías ópticas, alteraciones de la visión y ceguera, cataratas, glaucoma o refracción; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, oído externo, medio y mastoides, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroides, diabetes, desnutrición, deficiencias nutricionales, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis, diabetes melitus, cardiopatías, demencia por multinfarto o la corea de huntington (mal de San Vito) e hipertensión.**

**Para el Beneficio ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro fuere el resultado o a causa de:**

- a) Cuando el Asegurado se encuentre en calidad de pensionado y que al momento de dictaminársele la incapacidad total y permanente no se encuentre cotizando a la CCSS.**
- b) Originadas en cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.**
- c) Originadas en Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, dolencia o lesión de origen accidental o no, causadas por el envejecimiento natural del asegurado adulto mayor, y relacionadas con: el sistema nervioso, meningitis, encefalitis, atrofas, esclerosis, epilepsia, neuropatías, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadriplejía y paraplejía, hidrocefalos, enfermedad de alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, trastornos en músculos y tendones, trastornos en la densidad y estructura ósea, osteopatías, osteoporosis, enfermedad de cualquier tipo en la córnea o la retina, en el nervio óptico o en las vías ópticas, alteraciones de la visión y ceguera, cataratas, glaucoma o refracción; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, oído externo, medio y mastoides, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroides, diabetes, desnutrición, deficiencias nutricionales, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis, diabetes melitus, cardiopatías, demencia por multinfarto o la corea de huntington (mal de San Vito) e hipertensión.**

**SI EL ASEGURADO ES DECLARADO INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE 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 11. BENEFICIARIOS**

Si la solicitud de indemnización presentada por el Tomador procede, el Saldo Insoluto de la Deuda será pagado por la Compañía al Tomador, al momento del fallecimiento o de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado. Si al Asegurado le es declarada una Incapacidad Total Temporal, la Compañía le pagará exclusivamente al Tomador el valor de las cuotas mensuales del principal e intereses corrientes de todos los créditos cubiertos por la Compañía y vigentes con el Tomador, y sobre los cuales haya pagado la correspondiente Prima dentro del Período de Gracia.

El Asegurado o sus causahabientes, tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Tomador, quien es el acreditante Beneficiario del seguro, el importe del Saldo Insoluto de la Deuda amparado por el seguro más sus accesorios.

#### **Cláusula 12. OBLIGACIONES DE LAS PARTES**

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

#### **Cláusula 13. OBLIGACIONES DEL TOMADOR**

Sin que implique intermediación, el Tomador podrá llevar a cabo todos los actos dirigidos a la celebración y ejecución del contrato, su prórroga y modificación lo cual hará en su función de Tomador de un seguro por cuenta ajena, de tal manera que podrá entregar y recibir toda información y documentación, lo cual ha sido debidamente facultado por la Compañía. El Tomador se encuentra obligado a llevar a cabo las siguientes obligaciones:

- a) Con el fin de mantener actualizados los registros de los asegurados, el Tomador del seguro deberá entregar a la Compañía un reporte de variaciones de Asegurados, dicho reporte deberá presentarlo de conformidad con lo establecido en la disposición sobre Registro de los Asegurados no obstante, si el Tomador del seguro así lo requiere, puede presentar variaciones durante el transcurso de la vigencia del contrato.
- b) Informar a los Asegurados la participación de un intermediario de seguros cuando corresponda.
- c) Informar a los Asegurados si en la intermediación de la póliza participa una sociedad corredora de seguros, e informar si esta actúa como asesor contra prestación de honorarios asumida por el Tomador, así como las obligaciones y responsabilidades de dicha sociedad corredora.
- d) Entregar y recibir todo tipo de información y documentación necesaria para la gestión de la póliza, incluyendo las solicitudes de inclusión, exclusión e informes previos a la fecha de vencimiento.
- e) En caso que el Tomador decida terminar el contrato de forma anticipada, deberá colaborar con la Compañía para informar a los Asegurados con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de previo a la fecha de finalización, a efectos de que sus intereses no se vean afectados.
- f) En caso que así se acuerde, deberá recopilar la información para los trámites de reclamos de los Asegurados y reportarlos a la Compañía según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
- g) En virtud que la póliza colectiva se da por ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, debe informar al Asegurado de forma expresa y clara, si la contratación es obligatoria o si resulta opcional para este.
- h) Pagar la Prima dentro de los plazos establecidos.
- i) Elegir la Suma Máxima Asegurada.
- j) **Obligaciones en relación con la Prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo:** 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.

Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado. En caso que exista algún incumplimiento u omisión por parte del Tomador, la Compañía reparará la afectación al Asegurado, con independencia de las acciones que pueda ejercer hacia el Tomador, las cuales no serán oponibles al Asegurado de buena fe.

#### **Cláusula 14. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

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

#### **Cláusula 15. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO**

Sin perjuicio que se trata de terceros relevantes para el presente contrato, en su momento el Beneficiario 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.

Colaborar con la Compañía en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.

#### **Cláusula 16. 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 17. TARIFA DE SEGURO**

La Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es un factor que regirá durante la vigencia de la Póliza, y que se aplica mensualmente al Saldo de la Deuda de cada Asegurado para obtener su correspondiente Prima de Seguro. La Tarifa de Seguro se establece en la Tabla de Tarifas definida en las Condiciones Particulares de la Póliza, y para su determinación inicial y eventuales prórrogas será calculada tomando en cuenta las variables a considerar tales como a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado y b) Siniestralidad de la póliza.

En caso de prórroga la Compañía podrá ajustar la prima de esta Póliza de conformidad con lo que se establece en la Cláusula de AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA.

#### **Cláusula 18. PRIMAS**

Las Primas cobradas serán facturadas por la Compañía con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza y mediante una de las Formas de Pago aceptadas por la Compañía.

Las Primas cobradas por la Compañía serán calculadas multiplicando el valor del Saldo de la Deuda de los créditos vigentes de cada Asegurado que han sido cubiertos por la Compañía, por el factor correspondiente establecido en la Tabla de Tarifas de seguro acordada en las Condiciones Particulares de la misma.

El valor de la Prima correspondiente a la totalidad de la Póliza será calculado y la correspondiente Factura será entregada al Tomador por la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de recibo del Reporte de Asegurados. Para efectos del presente contrato, la fecha de la Factura antes mencionada se considera como la fecha de aceptación de los riesgos a que esta corresponde.

La responsabilidad del pago total de la Prima de cada uno de los créditos de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador de la Póliza. Todo pago lo hará el Tomador 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.

Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta póliza se establece por las partes como de forma CONTRIBUTIVA, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la Prima que cada uno ha de pagar, esta proporción estará indicada en la "Solicitud de Seguro" y se incluirá en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si la Modalidad del Pago se establece como de forma NO CONTRIBUTIVA, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la Modalidad de Pago, la responsabilidad del pago total de la Prima de cada uno de los préstamos de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador de la Póliza. Todo pago lo hará el Tomador 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 sólo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio la Factura 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 19. PAGO DE LA PRIMA**

El pago de la Prima correspondiente al primer período para todos y cada uno de los Asegurados, así como los posteriores pagos periódicos de Primas deberá hacerlos el Tomador dentro del Período de Gracia establecido en esta póliza.

#### **Cláusula 20. 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 "ACEPTACIÓN DEL RIESGO".

Si durante el Período de Gracia llegan 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 21. 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 22. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO**

En cualquier caso, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Tomador de la Póliza deberá dar aviso a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación debidamente completado 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. En ese mismo plazo, adicionalmente y según sea el caso deberá presentar la siguiente documentación en el domicilio de la compañía:

**a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO**

En caso de reclamación por Fallecimiento de uno de los Asegurados en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, El Tomador deberá 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. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
4. Original de la Certificación del Contador del Tomador en la que se indique el valor del Saldo Insoluto de la Deuda al momento del fallecimiento del Asegurado.

El Tomador deberá 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 PAGO DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

En caso de Reclamación por Incapacidad Total Temporal:

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. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
4. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que se originó la Incapacidad Total Temporal.
5. Original de la Certificación del Contador del Tomador en la que se indique el valor de las siguientes doce (12) cuotas de amortización mensuales, número de cuotas pagadas y número de cuotas pendientes correspondientes a cada uno de los Créditos del Asegurado vigentes al momento en que el médico decretó su Incapacidad Total Temporal.
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.

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.

**c. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente 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. Original de la Certificación del Contador del Tomador en la que se indique el valor del Saldo Insoluto de la Deuda al momento de declararse la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
6. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente o se diagnosticó la enfermedad que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.
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.

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.

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.

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 23. REVISIÓN Y DECLINACIÓN DEL RECLAMO**

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

**Revisión:** El(los) Beneficiario(s) puede(n) solicitar la revisión ante la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso que la reciba el Tomador o intermediario, éste la remitirá a la Compañía en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de

recibida y la Compañía deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales, contados a partir de la recepción de dicha solicitud.

#### **Cláusula 24. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA 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. Se entiende que esta Póliza es prorrogable de forma obligatoria para la Compañía por períodos iguales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento de la misma. La prórroga automática aplica en tanto se haya pagado la prima correspondiente en el plazo previsto. La eficacia de la cobertura para cada uno de los Asegurados que se incluyan durante la vigencia de la misma correrá a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguros respectivos. El Asegurado que haya sido incorporado a la póliza, mantendrá dicha condición en las prórrogas subsecuentes, salvo mora individual en el pago de la prima, o por solicitud expresa de exclusión de su parte o del Tomador de la póliza.

La participación del Asegurado en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. En ese sentido, en caso de que el Tomador y la Compañía acuerden modificaciones, estas deben ser informadas a los Asegurados con al menos treinta (30) días naturales de previo a la entrada en vigor de alguna variación en las condiciones particulares, a efectos de que sus intereses no se vean afectados. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

De la misma manera, durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos sesenta (60) días naturales de anticipación a la fecha de eficacia del acto. En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada.

La Compañía se obliga a notificar con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Tomador, quien es el acreditante Beneficiario del seguro, el importe del Saldo Insoluto de la Deuda.

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. El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

#### **Cláusula 25. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO**

Los deudores del Tomador 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 PRÓRROGADA POR EL TOMADOR O EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.**

#### **Cláusula 26. 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 y/o la Compañía, con al menos sesenta (60) días naturales de anticipación. En caso que el Tomador solicite la terminación anticipada de la póliza, se le deberá informar al Asegurado con al menos cuarenta y cinco días de antelación.

- 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 en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

#### **Cláusula 27. 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 el Asegurado o se declare su Incapacidad Total y Permanente;
3. La Compañía pague la totalidad del Beneficio por Incapacidad Total y Permanente;
4. 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 gracias;
5. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
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 incapacidad de la Caja Costarricense del Seguro Social y/o una entidad similar, las Coberturas Adicionales de pago de la Cuota Mensual del Crédito por Incapacidad Total Temporal y el Beneficio por Incapacidad Total y Permanente terminarán de forma automática. La Cobertura Básica de Fallecimiento continuará 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 Tomador en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura.

#### **Cláusula 28. CONDICIONES VARIAS**

#### **Cláusula 29. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**

Este contrato es un seguro es colectivo de vida, con 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 30. 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 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 o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza.
- 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 o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza.

**Cláusula 31. ELEGIBILIDAD**

Para la cobertura principal de Fallecimiento, son elegibles para ser Asegurados, aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que sea deudor del Tomador del Seguro, (ii) que forme parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza, y (iii) No estar Incapacitado Total y Temporalmente o Total y Permanentemente al momento de ingreso del Asegurado a la Póliza. Para las coberturas adicionales, son elegibles para ser Asegurados, aquellas personas que reúnan los requisitos de elegibilidad (i), (ii) y (iii) anteriores y adicionalmente: (iv) que se encuentre desempeñando de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual y que no tenga en trámite el pago ni reciba pago de prestaciones en dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad de la Caja Costarricense del Seguro Social y/o una entidad similar.

**Cláusula 32. 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 incapacidad o 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 que se indican.

En caso que la suma total del Monto Original de los Préstamos de cada Asegurado sea menor a treinta millones de Colones (₡30.000.000), éste será incluido en la Póliza, sin importar su sexo, siempre que reúna los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza. En caso que la Compañía lo considere necesario, podrá solicitarle alguno de los exámenes médicos y de laboratorio que se indican en esta misma cláusula .

Sin perjuicio de lo anterior, en caso que el Asegurado haya contestado de forma afirmativa alguna de las preguntas del formulario de "Solicitud de Inclusión Individual de Asegurado" al momento de presentarlo, dicho formulario deberá ser sometido a estudio para su aprobación o rechazo por parte de la Compañía, y en un término no mayor a treinta (30) días, la Compañía informará al Tomador su determinación de aceptar o no la inclusión del Asegurado en la Póliza. La ausencia de manifestación por parte de la Compañía en el plazo antes indicado indicará al Tomador que el Asegurado consultado fue aceptado para ser incluido en esta Póliza.

En caso que la suma total del Monto Original de los Préstamos de cada Asegurado sea igual o superior a treinta millones de Colones (₡30.000.000), el Asegurado deberá presentar, por medio del Tomador, los resultados de los exámenes médicos y de laboratorio que se establecen a continuación según el Monto Original de los Préstamos:

- a) En caso que la suma total del Monto Original de los Préstamos sean iguales o superiores a treinta millones de Colones (₡30.000.000), sin que exceda setenta y cinco millones de Colones (₡75.000.000), deberá someterse a un "Examen Médico General" y uroanálisis, con cualquiera de los Médicos y laboratorios designados por la Aseguradora para tal fin.
- b) En caso que la suma total del Monto Original de los Préstamos sean iguales o superiores a setenta y cinco millones de Colones (₡75.000.000), sin que exceda ciento veinticinco millones de Colones (₡125.000.000), deberá someterse a un "Examen Médico General", uroanálisis, electrocardiograma en reposo y valoración cardiovascular, con cualquiera de los Médicos y laboratorios designados por la Aseguradora para tal fin.
- c) En caso que la suma total del Monto Original de los Préstamos sean iguales o superiores a ciento veinticinco millones de Colones (₡125.000.000), deberá someterse a un "Examen Médico General", uroanálisis, Test de Elisa, electrocardiograma en reposo, valoración cardiovascular, con cualquiera de los Médicos y laboratorios designados por la Aseguradora para tal fin, e Informe Confidencial.

Los exámenes médicos a que refiere la presente cláusula deberán ser realizados por el Médico designado por la Compañía para tal fin, así como los exámenes de laboratorio clínico deberán ser realizados por el laboratorio clínico designado por la Compañía para tal fin. Los costos de los exámenes médicos, los exámenes de laboratorio, e informe confidencial, estarán a cargo de la Aseguradora.

El Asegurado quedará amparado cuando la Aseguradora manifieste en forma expresa y por escrito la aceptación del riesgo según lo que se indica en la Cláusula "ACEPTACIÓN DEL RIESGO", siempre y cuando la Prima correspondiente a dicha cobertura se haya pagado dentro del Período de Gracia antes indicado. En todo

caso, la Compañía, en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la "Solicitud de Inclusión como Asegurado" deberá aceptar o rechazar 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, que se hará llegar al Asegurado mediante el Tomador.

**Cláusula 33. AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA**

Cumplido el primer año de vigencia de la Póliza y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable. Dicho ajuste a la tabla de tarifas se realizará en función de: a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado, y b) Ajuste por Siniestralidad:

**a. Ajuste por Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado:**

Al momento de la prórroga, la Prima se ajustará siguiendo el proceso de retarificación según el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado a la fecha de la prórroga. Tal determinación se hará según la fecha de nacimiento del Asegurado indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La Compañía podrá ajustar el valor de la Prima cuando el Asegurado supere el grupo etario, según se muestra a continuación:

Grupo Etario por rango de edad del Asegurado	Ajuste porcentual máximo sobre la prima del Grupo Etario anterior
Entre 18 y 65	30%
Entre 66 y 75	40%
Entre 76 y 85	250%
Más de 86	300%

**b. Ajuste por Siniestralidad:**

Basado en la prima pagada por el Contratante, y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un análisis del resultado de la siniestralidad del periodo del último año. La siniestralidad se define como el ratio entre los siniestros netos incurridos del último año y las primas netas pagadas del último año.

Los siniestros incurridos serán: Siniestros pagados del último año más los siniestros pendientes reportados a fin de vigencia, menos los siniestros pendientes reportados al inicio de la vigencia.

Dependiendo del resultado del índice de siniestralidad, se procederá a incluir un recargo de las primas calculadas para la próxima prórroga después del proceso de re-tarificación (Ajuste por cambio de Edad, ocupación, Incapacidad o cualquier otra variable que modifique las condiciones iniciales del riesgo).

El recargo será de conformidad con la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Menos del 40%	0%
Más de 40% hasta 50%	5%
Más de 50% hasta 60%	20%
Más de 60% hasta 75%	40%
Más 75%	100%

La tarifa resultante después de aplicar el ajuste en función de la siniestralidad será aplicada a todo el Grupo Asegurado.



En caso de que proceda el ajuste por cualquiera de los supuestos indicados según corresponda, y previa determinación y análisis de la Compañía, esta dará aviso escrito al Tomador con al menos sesenta (60) 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 quince (15) 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. Sin perjuicio de lo anterior, cualquier modificación en la tarifa del seguro, deberá notificarse al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales previo a la entrada en vigencia de dicha modificación.

#### **Cláusula 34. REPORTES DE ASEGURADOS CON MOTIVO DE PRÓRROGA**

En caso de prórroga, la Compañía entregará al Tomador del seguro un reporte completo de asegurados, indicando para cada uno el detalle de coberturas y montos amparados, en un plazo máximo a treinta (30) días naturales previos a la fecha de finalización de la póliza.

El Tomador del seguro deberá revisar dicho listado y validar en el plazo acordado entre las partes e indicado en las Condiciones Particulares, la información aportada, debiendo comunicar cualquier diferencia presentada la Compañía.

Es responsabilidad del Tomador el fiel cumplimiento de las condiciones de esta póliza.

#### **Cláusula 35. REGISTRO DE ASEGURADOS**

Conforme a la información inicial suministrada a la Compañía por el Tomador en el Reporte de Asegurados junto con las respectivas Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados, la Compañía llevará un Registro de Asegurados con la información del Reporte de Asegurados, y adicionalmente, documentará en dicho Registro de Asegurados el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde a cada Asegurado, y la fecha de cada una de las modificaciones a cada uno de los Asegurados.

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

- a) El Reporte de Asegurados actualizado indicando claramente los ingresos y retiros del Grupo Asegurado, así como el Saldo de la Deuda correspondiente a los créditos vigentes de todos y cada uno de los Asegurados en la póliza.
- b) Las Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados que ingresan a la Póliza debidamente completadas.

Los Reportes de Asegurados deberán ser entregados por el Tomador a la Compañía en medio magnético o vía internet en el formato establecido por la Compañía para tal fin. En caso que no haya cambios en el Reporte de Asegurados con respecto al mes anterior, bastará con que el Tomador le envíe a la Compañía un comunicado indicando que no se dieron cambios.

Las variaciones en la Póliza, independientemente de su forma de pago, reportadas con posterioridad al día diez (10) de cada período acordado, entrarán en vigor a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que fueron reportadas a la Compañía.

#### **Cláusula 36. 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 Tomador, 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 o inexactitud 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 37. RECTIFICACIÓN**

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 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 38. COMUNICACIONES EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

Cualquier cambio a las condiciones de esta póliza debe constar por escrito, en idioma español y aceptado por las partes. En ese sentido, en caso de que el Tomador y la Compañía acuerden modificaciones, estas deben ser informadas a los Asegurados con al menos treinta (30) días naturales de previo a la entrada en vigor de alguna variación en las condiciones particulares, a efectos de que sus intereses no se vean afectados.

De la misma manera, durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos sesenta (60) días naturales de anticipación a la fecha de eficacia del acto.

La Compañía se obliga a notificar con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Tomador, quien es el acreditante Beneficiario del seguro, el importe del Saldo Insoluto de la Deuda.

Toda notificación y/comunicación deberá ser comunicados al Asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en la cláusula de Comunicaciones y Notificaciones.

**Cláusula 39. COMISIÓN DE COBRO PARA EL TOMADOR**

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 especificará en las Condiciones Particulares de esta Póliza. El porcentaje de comisión que LA ASEGURADORA reconozca al Tomador bajo esta cláusula incluye el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de cobro de la Póliza, incluyendo los costos indirectos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

**Cláusula 40. COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN**

La Compañía previa negociación con el Intermediario según corresponda, podrá reconocer al Intermediario una comisión de intermediación como contraprestación por la comercialización e intermediación esta Póliza la cual se especificará en las Condiciones Particulares de esta Póliza e incluye el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Intermediario, incluyendo los costos indirectos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro. En caso que proceda la comisión de intermediación, la misma estará incluida en la prima indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

**Cláusula 41. RECTIFICACIÓN DE LA 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 42. 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 43. 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 44. 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 45. PRESCRIPCIÓN**

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

**Cláusula 46. LEGISLACIÓN APLICABLE**

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

**Cláusula 47. 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 30 "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO".

**Cláusula 48. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIÓN**

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 49. 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 50. INFORMACIÓN Y ASESORÍA EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA**

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la aseguradora, copia de las Condiciones Generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones, para ello la Aseguradora tiene a disposición de los Asegurados los siguientes medios de contacto a través de los cuales podrán obtener información y asesoría respecto a esta póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

- Teléfono: (+506) 4101-0000  
Correo electrónico: [gestiones@adisa.cr](mailto:gestiones@adisa.cr)

- Sitio web: <https://adisa.cr/>

**Cláusula 51. 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, 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 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.

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° P14-40-A07-257 de fecha 21 de junio de 2011.

## SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR EN COLONES

Registro en SUGESE número P14-40-A07-257

Este documento contiene un resumen de las principales coberturas, exclusiones, carencias, límites y sublímites, por lo tanto, **No** contiene todas las condiciones del contrato, las cuales se podrán consultar en su totalidad en el enlace <https://adisa.cr/>

### 1. INFORMACIÓN Y ASESORÍA EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la aseguradora, copia de las Condiciones Generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones, para ello la Aseguradora tiene a disposición de los Asegurados los siguientes medios de contacto a través de los cuales podrán obtener información y asesoría respecto a esta póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

- Teléfono: (+506) 4101-0000
- Correo electrónico: [gestiones@adisa.cr](mailto:gestiones@adisa.cr)
- Sitio web: <https://adisa.cr/>

### 2. COBERTURAS

#### I. COBERTURA BÁSICA:

A. Cobertura de Fallecimiento.

#### II. COBERTURAS Y BENEFICIOS OPCIONALES

- B. Cobertura Adicional de Pago de la Cuota Mensual del Crédito por Incapacidad Total Temporal  
C. Beneficio Adicional por Incapacidad Total y Permanente

Su participación en este seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el Tomador y el Asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. Usted tiene derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario.

### 3. EXCLUSIONES

La Cobertura Básica por Fallecimiento **NO TIENEN** exclusiones.

Para la Cobertura ADICIONAL DE PAGO DE CUOTAS MENSUALES DEL CRÉDITO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro fuere causado por o durante:

- a. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;
- b. 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;
- c. 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, montañismo, alas delta, parapente, carreras de auto, de moto, justas hípicas;
- d. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;
- e. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.
- f. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, dolencia o lesión de origen accidental o no, causadas por el envejecimiento natural del asegurado adulto mayor, y relacionadas con: el sistema nervioso, meningitis, encefalitis, atrofias, esclerosis, epilepsia, neuropatías, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadriplejía y paraplejía, hidrocéfalos, enfermedad de alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, trastornos en músculos y tendones, trastornos en la densidad y estructura ósea, osteopatías, osteoporosis, enfermedad de cualquier tipo en la córnea o la retina, en el nervio óptico o en las vías ópticas, alteraciones de la visión y ceguera, cataratas, glaucoma o refracción;

enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, oído externo, medio y mastoides, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroides, diabetes, desnutrición, deficiencias nutricionales, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis, diabetes melitus, cardiopatías, demencia por multinfarto o la corea de 25untington (mal de San Vito) e hipertensión.

Para el Beneficio ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro fuere el resultado o a causa de:

- a. Cuando el Asegurado se encuentre en calidad de pensionado y que al momento de dictaminársele la incapacidad total y permanente no se encuentre cotizando a la CCSS.
- b. Originadas en cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.
- c. Originadas en Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, dolencia o lesión de origen accidental o no, causadas por el envejecimiento natural del asegurado adulto mayor, y relacionadas con: el sistema nervioso, meningitis, encefalitis, atrofias, esclerosis, epilepsia, neuropatías, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadriplejía y paraplejía, hidrocefalos, enfermedad de alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, trastornos en músculos y tendones, trastornos en la densidad y estructura ósea, osteopatías, osteoporosis, enfermedad de cualquier tipo en la córnea o la retina, en el nervio óptico o en las vías ópticas, alteraciones de la visión y ceguera, cataratas, glaucoma o refracción; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, oído externo, medio y mastoides, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroides, diabetes, desnutrición, deficiencias nutricionales, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis, diabetes melitus, cardiopatías, demencia por multinfarto o la corea de huntington (mal de San Vito) e hipertensión.

SI EL ASEGURADO ES DECLARADO INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE 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.

#### 4. AJUSTES DE PRIMA EN CASO DE PRORROGA

Cumplido el primer año de vigencia de la Póliza y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable. Dicho ajuste a la tabla de tarifas se realizará en función de: a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado, y b) Ajuste por Siniestralidad:

- b. **Ajuste por Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado:**

Al momento de la prórroga, la Prima se ajustará siguiendo el proceso de retarificación según el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado a la fecha de la prórroga. Tal determinación se hará según la fecha de nacimiento del Asegurado indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La Compañía podrá ajustar el valor de la Prima cuando el Asegurado supere el grupo etario, según se muestra a continuación:

Grupo Etario por rango de edad del Asegurado	Ajuste porcentual máximo sobre la prima del Grupo
--	---

	<b>Etario anterior</b>
<b>Entre 18 y 65</b>	30%
<b>Entre 66 y 75</b>	40%
<b>Entre 76 y 85</b>	250%
<b>Más de 86</b>	300%

**c. Ajuste por Siniestralidad:**

Basado en la prima pagada por el Contratante, y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un análisis del resultado de la siniestralidad del periodo del último año. La siniestralidad se define como el ratio entre los siniestros netos incurridos del último año y las primas netas pagadas del último año.

Los siniestros incurridos serán: Siniestros pagados del último año más los siniestros pendientes reportados a fin de vigencia, menos los siniestros pendientes reportados al inicio de la vigencia.

Dependiendo del resultado del índice de siniestralidad, se procederá a incluir un recargo de las primas calculadas para la próxima prórroga después del proceso de re-tarificación (Ajuste por cambio de Edad, ocupación, Incapacidad o cualquier otra variable que modifique las condiciones iniciales del riesgo).

El recargo será de conformidad con la siguiente tabla:

<b>Rango de índice de siniestralidad</b>	<b>Porcentaje de Recargo</b>
Menos del 40%	0%
Más de 40% hasta 50%	5%
Más de 50% hasta 60%	20%
Más de 60% hasta 75%	40%
Más 75%	100%

La tarifa resultante después de aplicar el ajuste en función de la siniestralidad será aplicada a todo el Grupo Asegurado.

En caso de que proceda el ajuste por cualquiera de los supuestos indicados según corresponda, y previa determinación y análisis de la Compañía, esta dará aviso escrito al Tomador con al menos sesenta (60) 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 quince (15) 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. Sin perjuicio de lo anterior, cualquier modificación en la tarifa del seguro, deberá notificarse al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales previo a la entrada en vigencia de dicha modificación.

## **6. PLAZOS DE DISPUTABILIDAD**

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.

## **7. PERIODO DE CARENCIA**

El Período de Carencia aplica exclusivamente para la Cobertura Básica de Fallecimiento, en los siguientes supuestos:



Suicidio

- a. Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

- b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

### 8. VIGENCIA Y PRÓRROGA.

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. De conformidad con el artículo 14 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la prórroga del contrato es obligatoria para el Asegurador en tanto se cancele la prima determinada técnicamente, según las condiciones pactadas en dicha póliza. Por tal motivo, los términos y condiciones de la póliza, salvo las que se negocien para los nuevos asegurados, no sufrirán modificación distinta de los ajustes automáticos contemplados en la misma.

**Recuerde que los demás documentos de la póliza pueden incluir aspectos adicionales que son aplicables a su contrato.**

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° P14-40-A07-257 de fecha 21 de junio de 2011