
CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR MEGA 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").

Javier Navarro Giraldo
Apodero General

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

Teléfono: (506) 4101-0000

info@adisa.cr

ÍNDICE

Cláusula 1.	DEFINICIONES GENERALES:.....	3		
Cláusula 2.	BASES DEL CONTRATO	7		
Cláusula 3.	CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	7		
Cláusula 4.	COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO	7		
Cláusula 5.	COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES.	7		
Cláusula 6.	COBERTURA ADICIONAL DE PAGO DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:	8		
Cláusula 7.	COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO.	9		
Cláusula 8.	BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDAD TERMINAL:	10		
Cláusula 9.	BENEFICIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	10		
Cláusula 10.	SUMA ASEGURADA.....	11		
Cláusula 11.	PERÍODO DE CARENCIA	11		
Cláusula 12.	PLAZO DE ESPERA PARA LA COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO	12		
Cláusula 13.	EXCLUSIONES.....	12		
Cláusula 14.	BENEFICIARIOS	15		
Cláusula 15.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES	15		
Cláusula 16.	OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO	16		
Cláusula 17.	TARIFA DE SEGURO	16		
Cláusula 18.	PRIMAS	16		
Cláusula 19.	PAGO DE LA PRIMA.....	16		
Cláusula 20.	PERÍODO DE GRACIA	17		
Cláusula 21.	COMISIÓN DE COBRO	17		
Cláusula 22.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.....	18		
Cláusula 23.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO.....	18		
Cláusula 24.	DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	21		
	Cláusula 25.	VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.....	21	
	Cláusula 26.	VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO	22	
	Cláusula 27.	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	22	
	Cláusula 28.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO	22	
	Cláusula 29.	CONTINUIDAD DE COBERTURA .	22	
	Cláusula 30.	CONDICIONES VARIAS	23	
	a.-	ACEPTACIÓN DE RIESGO.....	23	
	b.-	ELEGIBILIDAD	23	
	c.-	INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	24	
	d.-	REGISTRO DE ASEGURADOS	24	
	e.-	DIPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	25	
	h.-	NULIDAD DE LA PÓLIZA	25	
	i.-	RECTIFICACIÓN DE EDAD	25	
	j.-	PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES POR BAJA SINIESTRALIDAD	25	
	k.-	MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	26	
	l.-	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN ..	26	
	m.-	TRASPASO O CESIÓN	26	
	n.-	PRESCRIPCIÓN	26	
	o.-	LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	26	
	p.-	LEGISLACIÓN APLICABLE	26	
	q.-	REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA	27	
	r.-	PLAZO DE RESOLUCIÓN.....	27	
	r.-	IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES.....	27	
	s.-	OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	27	
	t.-	DOMICILIO	27	
	Cláusula 31.	CONTROVERSIAS	27	
	Cláusula 32.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	27	

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES:

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, Desempleo Involuntario, Incapacidad Total y Permanente, y Enfermedad Terminal 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, y se debe de haber pagado su Prima correspondiente 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 en riesgo para la cobertura 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. Cuota Mensual de Amortización:** Es cada uno de los pagos mensuales que debe cancelar el Asegurado al Tomador, cuyo propósito es reducir el monto del principal del crédito y sus correspondientes intereses corrientes registrados en los libros oficiales de la contabilidad del Tomador como deuda en la fecha del pago, y que para efectos de esta Póliza **no incluye los pagos por concepto de intereses moratorios o gastos adicionales.**
- h. Desempleo Involuntario:** Se refiere al despido de un Empleado de forma injustificada, con responsabilidad patronal, o por causas ajenas a su voluntad, y que como consecuencia pierda totalmente sus fuentes de ingresos. Para efectos de esta Póliza, en caso que el Empleado esté laborando para más de un Patrono, ó para un Patrono y adicionalmente como Empleado Independiente, la condición de Desempleo Involuntario aplica únicamente si al ser despedido de forma injustificada, con responsabilidad patronal, el Empleado pierde la totalidad de sus ingresos de manera simultánea. Si con posterioridad al despido el Asegurado continúa registrado ante la CCSS como Empleado Independiente, se considerará que no ha perdido totalmente sus fuentes de ingresos y como tal no es objeto de cobertura.
- i. Despido Colectivo o Masivo:** Se refiere a la decisión unilateral del Patrono de dar por terminado o extinguir, con responsabilidad patronal, los contratos de trabajo de un número de Empleados igual o mayor al diez por ciento (10%) del total de la planilla de un Patrono con más de cien (100) Empleados, o igual o mayor al veinte por ciento (20%) del total de la planilla de un Patrono con menos de cien (100) pero más de cincuenta (50) Empleados, o a un número mayor de diez (10) Empleados cuando el Patrono tiene menos de cincuenta (50) Empleados, fundamentando la anterior decisión unilateral de terminación en causas económicas, de competitividad del país, causas técnicas, organizativas o de producción del Patrono. Para efectos de la presente Póliza, los despidos deben realizarse dentro de un plazo máximo de seis meses a partir de su notificación por parte del Patrono.
- j. 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 de "DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA" del presente contrato.

- k. Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).
- l. Empleado:** Persona que desempeña, de conformidad con las leyes de Costa Rica, un trabajo y que a cambio recibe una remuneración por parte de un Patrono bajo una relación laboral. Para que se considere que existe una relación laboral amparable bajo la presente Póliza, el Empleado tiene haber suscrito y firmado un contrato individual de trabajo por tiempo indefinido con su Patrono, debe haber cotizado y pagado durante toda la relación laboral como Empleado ante la CCSS y debe haber estado trabajando para el mismo Patrono por un término mayor a seis (6) meses, con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales. Sin perjuicio de lo que establezca la legislación laboral costarricense, para los efectos de la presente Póliza, los Trabajadores Independientes, los trabajadores de libre nombramiento y remoción en el gobierno central o descentralizado y/o los contratos laborales por tiempo definido o por obra determinada (proyecto determinado), no serán considerados Empleados y por ende quedarán excluidos de cobertura.
- m. 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.
- n. 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.
- o. Enfermedad Terminal:** Para todos los efectos del presente documento, es aquella enfermedad de carácter progresivo diagnosticada por un Médico especialista. Para efectos de la presente Póliza, las únicas Enfermedades Terminales cubiertas serán las que se especifican a continuación: Adenocarcinoma de Páncreas, Alteraciones glicosilación proteica, Amiloidosis, Aplasia medular grave (constitucional o adquirida), Carcinoma de células renales, Carcinoma Hepatocelular (CHC), Cardiopatías con disfunción cardíaca y clase funcional III-IV, Cardiopatías congénitas con hipertensión pulmonar, Condrodisplasia punctata, Condrosarcoma, Cordoma, Encefalitis límbica, Encefalomiелitis aguda diseminada, Encefalopatías epilépticas, Enfermedad de Dent, Enfermedad de Refsum, Esclerodermia sistémica, Esclerosis múltiple, Fibrosarcoma, Fibrosis quística, Hemangiosarcoma, Hemoglobinopatías constitucionales graves, Hemosiderosis pulmonar, Hepatitis B, Hepatopatía grave, Enfermedad tromboembólica crónica, Hipomagnesemia con hipercalciuria y nefrocalcinosis, Lesión medular severa, Leucemia aguda no linfoblástica, Leucemia linfoblástica aguda, Linfoma de Hodgkin, Lupus eritematoso sistémico, Nefrocalcinosis, Neutropenias constitucionales graves, Osteosarcoma, Polineuropatía crónica desmielinizante, Proteinosis alveolar, Sarcoidosis, Sarcoma de Ewings, Sarcomas de tejidos blandos, Síndrome de HiperIgE, Síndromes de disregulación inmune y linfoproliferación, Traumatismo craneoencefálico severo e irreversible, Tumor de Wilms, Tumores de células germinales en Estadio IV, Tumores renales Cromófbos.
- p. Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del Fallecimiento, de la Incapacidad Total Temporal, Desempleo Involuntario, de la Incapacidad Total y Permanente o de una Enfermedad Terminal del Asegurado.
- q. Factura:** Documento contable emitido por la Compañía donde se establece el valor de la Prima periódica correspondiente a la totalidad de la Póliza.
- r. 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.
- s. 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.
- t. 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.

- u. 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 **por un mínimo de sesenta (60) días calendario**. 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 permanencia de la incapacidad es definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica ("CCSS"), o en su defecto por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica, según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada en el periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982 (Costa Rica), de manera particular en lo que refiere a los porcentajes de incapacidad establecidos en el Artículo 224 de la misma Ley.
- v. Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%) de manera permanente, que definitivamente le impide desempeñar de forma lucrativa o de remuneración, una profesión, actividad u oficio. Debe haberse producido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, o por una Enfermedad diagnosticada durante la vigencia de la Póliza, en cualquiera de los dos casos debe ser clínicamente demostrable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de este contrato, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación y a causa de un Accidente de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado. La permanencia de la incapacidad es definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica ("CCSS"), o en su defecto por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada en el periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982 (Costa Rica), de manera particular en lo que refiere a los porcentajes de incapacidad establecidos en el Artículo 224 de la misma Ley.
- w. Infección Oportunista:** Es una Enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.
- x. 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 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.
- y. Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- z. Límite Máximo de Valor 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 otorgados.
- aa. Máximo Valor Mensual a Indemnizar para la Cobertura de Desempleo:** Es el valor máximo reconocido por la Compañía equivalente al valor de la Cuota Mensual de Amortización del crédito, en caso que el Asegurado sufra un Desempleo Involuntario.
- bb. Médico:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina en Costa Rica, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y deberá demostrar una experiencia mínima de tres (3) años como Médico.
- cc. 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.
- dd. Monto Insoluto de la Deuda:** refiérase a "Saldo Insoluto de la Deuda".
- ee. Neoplasma Maligno:** Son las enfermedades en donde hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

- ff. Patrono:** Persona física o jurídica debidamente inscrita ante la CCSS como tal, que legalmente puede contratar en Costa Rica a personas físicas bajo una relación laboral debidamente documentada.
- gg. 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 se establece entre las partes y aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- hh. Período de Espera:** Es el período de dos (2) meses que inicia a partir del momento en que el Asegurado entra en una situación de Desempleo Involuntario y durante el cual la Aseguradora no está obligada a indemnizar de conformidad por la Cobertura de Desempleo Involuntario. Durante este período el Asegurado deberá continuar pagándole al Tomador las Cuotas Mensuales de Amortización.
Una vez transcurrido el Período de Espera y que se cumplan las condiciones establecidas en esta Póliza, la Compañía deberá realizar aquellos abonos que le correspondan a de conformidad con la presente Póliza.
- ii. 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.
- jj. Plan de Desempleo Involuntario:** Alternativa seleccionada por el Tomador en la Solicitud de Seguro y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza donde se indica claramente el número de cuotas cubiertas por la Aseguradora (tres, seis, nueve o doce meses) bajo la cobertura adicional de Desempleo Involuntario así como la Prima a pagar.
- kk. 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.
- ll. 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, Saldo de la Deuda que le adeuda el Asegurado al Tomador, así como cada una de las modificaciones a este archivo y la fecha en que se realizó cada modificación.
- mm. 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 Saldo de la Deuda. El Tomador deberá entregar el listado en medio magnético o vía internet en el formato establecido por la Compañía para tal fin.
- nn. 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 los intereses que hayan sido incluidos en los valores declarados a la aseguradora como saldo de la deuda o suma asegurada y según aparecen registrados en los libros oficiales de la Contabilidad del Tomador como deuda en esa fecha, **sin incluir intereses moratorios o gastos adicionales.**
- oo. Saldo Insoluto de la Deuda:** Es el saldo de la operación crediticia del Asegurado al día del siniestro, que para efectos de la presente Póliza comprende el monto del principal del crédito más los intereses que hayan sido incluidos en los valores declarados a la Aseguradora como saldo de la deuda o suma asegurada y según aparecen registrados en los libros oficiales de la contabilidad del Tomador como deuda en esa fecha, **sin incluir intereses moratorios o gastos adicionales.**
- pp. SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida decretado médicamente, en 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 HIV, VIH o V.I.H.
- qq. Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- rr. Suicidio:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.

- ss. 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 subgrupo etario que conforma el Grupo Asegurado.
- tt. Trabajador Independiente:** Persona física que por sí misma y de forma independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no. Se entiende que es la persona que no tiene relación laboral con un Patrono, y ejecuta sus actividades profesionales o su oficio de forma independiente, y que cotiza como tal ante la CCSS. **Para efectos de esta Póliza, la situación de Trabajador Independiente y Empleado son excluyentes entre sí.**
- a. 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: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado y el Certificado Individual de Cobertura. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

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

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

Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro 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 4. 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 y hasta por el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura como Límite Máximo de Valor Asegurado, o el último saldo reportado a la Aseguradora, el que sea menor de los dos. 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 definido en la Cláusula de EXCLUSIONES del presente documento.

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

Cláusula 5. 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. Cobertura por Desempleo Involuntario;
- III. Beneficio por Enfermedad Terminal;
- IV. 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 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 Asegurado se encuentre asegurado bajo la presente Póliza, que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza y que no sea producto de un evento excluido de conformidad con la Cláusula de EXCLUSIONES de la presente Póliza.

Cláusula 6. 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 de forma expresa en la "Solicitud de Seguro" junto con la Cobertura Básica de Fallecimiento, y cubrirá exclusivamente a los Asegurados que actúen como **Trabajadores Independientes, y/o cuya relación laboral sea por tiempo definido o por obra o contrato determinado ó trabajadores de libre nombramiento y remoción**, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente este riesgo para la totalidad de dichos Asegurados.

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, condición que deberá ser debidamente diagnosticada por un Médico especialista, que le impida ejercer sus actividades lucrativas u ocupación habitual y por ende le impida hacerle frente al pago de las cuotas mensuales del crédito con el Tomador, la Compañía le abonará al Tomador de la Póliza el valor de las Cuotas Mensuales de Amortización cubiertas, correspondientes a todos los créditos vigentes y otorgados al Asegurado por el Tomador, que se encuentren asegurados y sobre los cuales el Tomador haya pagado la correspondiente Prima, sin exceder el Límite Máximo de Valor Asegurado establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura, y hasta un máximo de doce (12) cuotas mensuales consecutivas, siempre y cuando el Asegurado se encuentre y se mantenga en condición de Incapacidad Total Temporal. **Sin perjuicio de lo anterior, el Deudor Asegurado será el único responsable de pagarle oportunamente al Tomador cualquier saldo de la cuota mensual del Crédito y/o el saldo total del Crédito.**

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.

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 Médico especialista le diagnostique al Asegurado 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 y/o Asegurado deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en este documento, para el caso específico de la cobertura de Pago de la Cuota Mensual del Crédito por Incapacidad Total Temporal.

Cláusula 7. COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador la ha contratado de forma expresa en la "Solicitud de Seguro" junto con la Cobertura Básica de Fallecimiento, y cubrirá exclusivamente a la totalidad de los Asegurados **Empleados**, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente este riesgo para la totalidad de dichos Asegurados.

En caso que el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario, y que como resultado pierda la totalidad de sus ingresos, la Compañía le abonará al Tomador de la Póliza, según el Plan de Desempleo Involuntario elegido por el Tomador, el valor de las Cuotas Mensuales de Amortización cubiertas, correspondientes a todos los créditos vigentes y otorgados al Asegurado por el Tomador, que se encuentren asegurados y sobre los cuales el Tomador haya pagado la correspondiente Prima, sin exceder el Límite Máximo de Valor Asegurado establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura, y hasta un máximo de doce (12) cuotas mensuales consecutivas, siempre y cuando el Asegurado se encuentre y se mantenga en dicha condición de Desempleo Involuntario, y que esta condición no se haya originado en un Despido Colectivo o Masivo anunciado de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorizaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La Obligación de la Compañía de llevar a cabo la anterior indemnización de hasta un máximo de doce (12) cuotas al Tomador inicia a partir de la tercera cuota de amortización, posterior a la fecha en que se haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado, razón por la cual el Asegurado será el responsable, sin importar el Plan de Desempleo Involuntario elegido por el Tomador, del pago de las primeras dos (2) Cuotas Mensuales de Amortización de todos los créditos vigentes y otorgados al Asegurado, que se encuentren asegurados, en calidad de Plazo de Espera, según lo establece la Cláusula de "PLAZO DE ESPERA PARA LA COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO" de la presente Póliza. **En caso que el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario en más de una ocasión durante la vigencia del crédito, la Compañía le pagará al Tomador de la Póliza hasta un máximo de dieciocho (18) cuotas mensuales durante la vigencia total del crédito.** Una vez el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio en su situación laboral, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades al Tomador de la Póliza.

Para efectos de esta Póliza, en caso que el Empleado esté laborando para más de un Patrono a la misma vez, la condición de Desempleo Involuntario únicamente aplica si al Empleado lo despiden con responsabilidad patronal en todos sus trabajos y como consecuencia pierde totalmente sus fuentes de ingresos. **Sin perjuicio de lo anterior, el deudor Asegurado será el único responsable de pagarle oportunamente al Tomador cualquier saldo de la cuota mensual del Crédito y/o el saldo total del mismo Crédito.**

Con base en lo anterior, el Tomador será el único responsable de elegir en la Solicitud y en las Condiciones Particulares de la Póliza el Plan de Desempleo Involuntario que amparará a la totalidad de los Asegurados Empleados, debiendo elegir únicamente un Plan de Desempleo Involuntario según las siguientes opciones:

Planes de Desempleo Involuntario	
Plan A	12 cuotas
Plan B	9 cuotas
Plan C	6 cuotas
Plan D	3 cuotas

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 el número de cuotas mensuales cubiertas según el Plan de Desempleo Involuntario elegido, (ii) cuando el Asegurado fallezca, (iii) cuando el Asegurado sea contratado y deje de estar en condición de Desempleo Involuntario, (iv) cuando el Asegurado deje de estar en condición de Desempleo Involuntario ya sea por una nueva contratación o bien por entrar en condición de Trabajador Independiente, (v) cuando

el Asegurado inicie su etapa de jubilación, retiro obligatorio o voluntario o ingreso al régimen de pensiones, o (vi) cuando se dé la cancelación total del Crédito del Asegurado.

En caso de Siniestro, el Tomador y/o el Asegurado deberá completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de la cobertura de Desempleo Involuntario.

Cláusula 8. BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDAD TERMINAL:

Este Beneficio es opcional y sólo será otorgado por la Compañía si el Tomador lo ha contratado junto con la cobertura Básica de Fallecimiento, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que al Asegurado Principal se le diagnostique una Enfermedad Terminal 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, la Compañía le **ADELANTARÁ** al Tomador la Suma Asegurada 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. El Asegurado gozará de este Beneficio siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Asegurado se encuentre asegurado bajo la presente Póliza, que la Enfermedad Terminal haya sido diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la Póliza, y que no sea producto de un evento excluido de conformidad con la Cláusula de EXCLUSIONES de la presente Póliza.

Una vez se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado afectado.

En caso que coincida el diagnóstico de una Enfermedad Terminal y alguna de las otras coberturas contratadas bajo la presente Póliza, se entiende que la Compañía tendrá la obligación de indemnizar al Tomador únicamente bajo una de las coberturas, terminando así el seguro para el Asegurado afectado.

En caso de Siniestro, el Tomador y/o el Asegurado deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Beneficio por Enfermedad Terminal.

Cláusula 9. 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 ejercer sus actividades lucrativas u ocupación habitual y por ende 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, la Compañía le **ADELANTARÁ** al Tomador la Suma Asegurada 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 y/o el Asegurado de la Póliza deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente. Cuando la Compañía haya pagado este Beneficio, se cancelará automáticamente la totalidad del seguro para el Asegurado indemnizado.

Cláusula 10. SUMA ASEGURADA

La Suma Máxima Asegurada por cada 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 Insoluto de la Deuda del Asegurado al momento de la fecha de su fallecimiento, que aparece registrado en los libros oficiales de la Contabilidad del Tomador, para los créditos asegurados, cuya Prima ha sido pagada por el Tomador y que han sido reportados a la Compañía.
- 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, que han sido reportados a la Compañía, sin exceder el Límite Máximo de Valor Asegurado establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura.
- c. Para la Cobertura Adicional por Desempleo Involuntario, 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 declararse el Desempleo Involuntario, cuya Prima ha sido pagada por el Tomador según el Plan de Desempleo Involuntario elegido por el Tomador, que han sido reportados a la Compañía, sin exceder el Límite Máximo de Valor Asegurado establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura, y hasta por un máximo de dieciocho (18) meses de desempleo para varios siniestros durante la vigencia del Crédito.
- d. Para el Beneficio Adicional por Enfermedad Terminal, la Suma Máxima Asegurada será el Saldo Insoluto de la Deuda del Asegurado en la fecha de diagnóstico de su Enfermedad Terminal, que aparece registrado en los libros oficiales de la Contabilidad del Tomador para los créditos asegurados, cuya Prima ha sido pagada por el Tomador y que han sido reportados a la Compañía.

Sin perjuicio de lo anterior, dichas Sumas Máximas Aseguradas en ningún caso podrán exceder el Límite Máximo de Valor Asegurado por Cobertura y por Asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las operaciones crediticias que adquiera el Asegurado con el Tomador después de la inclusión del Asegurado a la presente Póliza y que se pretendan incluir a la misma, serán consideradas como incrementos de la Suma Asegurada para ese Asegurado en particular, por lo tanto, deberán ser reportados por el Tomador del Seguro y sometidos a valoración de la Compañía de conformidad con la Cláusula de "ELEGIBILIDAD" de la Póliza. 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 11. PERÍODO DE CARENIA

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.

c. Desempleo

Si un Asegurado entra en situación de Desempleo Involuntario o queda desempleado durante los dos (2) meses posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado entra en situación de Desempleo Involuntario durante los dos (2) meses posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, la compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

d. Enfermedades Preexistentes

Si un Asegurado fallece o es incapacitado total o temporalmente a causa de una enfermedad preexistente durante los doce (12) meses posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece o es incapacitado total o temporalmente a causa de una enfermedad preexistente durante los doce (12) meses 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 12. PLAZO DE ESPERA PARA LA COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

En cada Evento de Desempleo Involuntario cubierto por esta Póliza, el Asegurado, en calidad de Plazo de Espera, deberá pagar al Tomador las dos (2) primeras Cuotas Mensuales de Amortización de todos los créditos vigentes y otorgados al Asegurado, posteriores a la fecha en que haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado.

Cláusula 13. 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 y/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 hípcas;**

- 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.**

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. Enfermedades del 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, 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, 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 y diabetes melitus, cardiopatías, demencia por multiinfarto o la Corea de Huntington e hipertensión.**

Para el BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDAD TERMINAL Asegurado, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando la Enfermedad Terminal provenga de:

- a. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.**
- b. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;**
- c. El consumo excesivo de alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.**
- d. La sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.**
- e. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.**
- f. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de**

diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.

Para la COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO la Compañía no cubrirá el pago si el Asegurado:

- a. Entra en situación de Desempleo Involuntario en consecuencia de un despido sin responsabilidad patronal para el Patrono según lo define el Código de Trabajo de la República de Costa Rica. En caso que el Asegurado apele o inicie un proceso judicial en contra del Patrono y sea necesaria una sentencia judicial, se deberá presentar copia certificada de la misma.**
- b. Renuncia o pierde voluntariamente su trabajo.**
- c. Terminan su relación laboral de mutuo acuerdo con el empleador.**
- d. Es despedido por participar activamente en paros, disputas laborales o huelgas.**
- e. Entra en situación de Desempleo Involuntario debido a cambios en su condición mental.**
- f. Es un trabajador independiente, temporal, contratado por tiempo determinado o definido, por obra o contrato determinado, o por temporada.**
- g. Entra en situación de Desempleo Involuntario durante el Período de Carencia.**
- h. No ha trabajado con el mismo Patrono por un período superior a seis (6) meses, los que deberá demostrar con las constancias de la CCSS, y/o con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales.**
- i. Entra en situación de Desempleo Involuntario como producto de su jubilación, retiro obligatorio o voluntario o ingreso al régimen de pensiones.**
- j. Desempeña un cargo público como Empleados estatal y/o de carrera pública de libre nombramiento y remoción en el gobierno central o descentralizado o bien desempeña un cargo público de confianza cuya terminación se hace al término de una administración presidencial cada cuatro años. Esta exclusión aplica a aquellos puestos interinos cuyo nombramiento se hace con el fin de suplir a otro trabajador en propiedad, sin importar que se den renovaciones o recontrataciones con dicho Patrono, siempre y cuando dichas renovaciones o recontrataciones sean con el fin de continuar con dicha suplencia.**
- k. Se desempeña como Empleado de una empresa, industria o comercio cuya propiedad accionaria le pertenece en al menos un cincuenta por ciento (50%) al Asegurado o a uno de sus familiares hasta un tercer grado de afinidad o consanguinidad o cuya representación legal la ejerce el Asegurado o un familiar del mismo hasta un tercer grado de afinidad o consanguinidad. Esta exclusión aplica a los casos en los que la persona que firma la carta de despido es el mismo Asegurado o un familiar del mismo hasta un tercer grado de afinidad o consanguinidad.**
- l. Es despedido de su trabajo en comunicación firmada por el mismo Asegurado, o es despedido por un familiar hasta en segundo grado de afinidad o consanguinidad, siendo este último quien firma la carta de despido o actúa en calidad de superior o gerente general de la empresa que lo despide.**
- m. Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un despido individual o colectivo anunciado por su empleador, o por cualquier medio de comunicación público, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo**

y Seguridad Social, con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro para el Asegurado.

- n. Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un Despido Colectivo o Masivo del Patrono, anunciado por éste de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.**
- o. Desarrolla simultáneamente dos (2) o más trabajos, y pierde solo uno de ellos, aún sea con responsabilidad del patrón.**

SI EL TOMADOR O EL ASEGURADO PRESENTAN UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE, POR ENFERMEDAD GRAVE, O POR LA PERDIDA INVOLUNTARIA DE SU EMPLEO POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SEÑALADAS EN ESTA CLÁUSULA, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA PARA DICHA RECLAMACIÓN, NI OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE LA MISMA.

Cláusula 14. BENEFICIARIOS

Si la solicitud de indemnización presentada por el Tomador procede, el Saldo Insoluto de la Deuda será pagado por la Compañía al Tomador como Beneficiario Principal e Irrevocable, al momento del fallecimiento, de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente o de la declaratoria de Enfermedad Terminal del Asegurado, siempre que la correspondiente Prima haya sido pagada, registrada y reportada por el Tomador, y hasta por el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza como Límite Máximo Individual.

Si al Asegurado le es declarada una Incapacidad Total Temporal, la Compañía le pagará exclusivamente al Tomador como Beneficiario Principal e Irrevocable 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.

De la misma manera, cuando el Asegurado quede Desempleado y sea demostrado su estado de Desempleo Involuntario, la Compañía le pagará exclusivamente al Tomador como Beneficiario Principal e Irrevocable el valor de las Cuotas Mensuales de Amortización de todos los Créditos del Asegurado, vigentes y cuya Prima haya sido oportunamente pagada por el Tomador de la Póliza, sin exceder el Límite Máximo Asegurado para este amparo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

Cláusula 15. 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:

Obligaciones del Tomador: El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

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

correspondan al Asegurado.

Obligaciones del Asegurado: El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

- a) Pagar la Prima, cuando se establezca bajo la modalidad contributiva;
- b) 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.

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.
- b) 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 la que se indica en las Condiciones Particulares y en Certificado de Cobertura del Asegurado, y para su determinación inicial o al momento de cada prórroga, serán calculadas según sea la probabilidad de fallecimiento o de Incapacidad Total para los asegurados que conforman el Grupo Asegurable, teniendo en cuenta los historiales de salud, estadísticos y actuariales de la población costarricense y de cada sub-grupo etario que conforma el Grupo Asegurado.

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

Cláusula 18. PRIMAS

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. Las Primas 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.

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.

Cláusula 19. PAGO DE LA PRIMA

Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como CONTRIBUTIVA, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la Prima que cada uno ha de pagar. Esta proporción estará indicada en la "Solicitud de Seguro" y se incluirá en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, el Asegurado podrá realizar el pago de la Prima correspondiente mediante pagos realizados con la misma temporalidad acordada entre el Tomador y la Aseguradora, por adelantado con cargo automático en una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o

débito, o bien en efectivo o mediante cheque. **Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente.**

Si la Modalidad del Pago se establece como NO CONTRIBUTIVA, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la Modalidad de Pago, la responsabilidad del pago total de la Prima de cada una de las operaciones crediticias 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 actúe 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.

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

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

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

Cláusula 20. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima, la Compañía le concede al Tomador o Contratante un Período de Gracia de treinta (30) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrito según se establece en la cláusula de "ACEPTACIÓN DEL RIESGO" de este documento. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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

Cláusula 21. COMISIÓN DE COBRO

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

Cláusula 22. 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 23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

En cualquier caso, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado o el Beneficiario Principal e Irrevocable 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) 4101-0000 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. En ese mismo plazo, adicionalmente y según sea el caso deberá presentar la totalidad de la documentación que se detalla a continuación 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 o Beneficiario Principal e Irrevocable 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 expedido por el Registro Civil y donde se indique claramente la causa del fallecimiento 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.
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.
7. Para demostrar la continuidad de la Incapacidad Total Temporal, y así obtener el pago de las cuotas objeto de dicha cobertura, el Asegurado o su representante deberá presentar a la Aseguradora todos los

meses una certificación expedida por la CCSS o por el Médico que lo atiende, donde se indique que el Asegurado continúa incapacitado totalmente; adicionalmente deberá presentar el original de las correspondientes boletas de incapacidad. La fecha de expedición de cada certificación mensual no podrá exceder de cinco (5) días laborales anteriores a la fecha de presentación a la Aseguradora.

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 OBTENCION DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD TERMINAL

En caso de Reclamación para obtener el Beneficio por Enfermedad Terminal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico donde se indique claramente la enfermedad o padecimiento del Asegurado, la clase, nivel o estadio en que se encuentra la enfermedad y la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de la misma, así como la fecha exacta del primer diagnóstico correspondiente a la enfermedad en cuestión.
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.

d. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

En caso de Reclamación por Desempleo Involuntario del Asegurado:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.
2. Original y copia del contrato de trabajo firmado por el último Patrono, donde se indique la fecha de inicio del contrato y el número de horas semanales laboradas por el Asegurado y el tipo de contrato, sea este a término definido o indefinido.
3. Original y copia de la carta de despido del trabajo firmada por el Patrono, donde se indique la fecha de inicio, la fecha de terminación del contrato de trabajo, y la causa clara de terminación del mismo. Únicamente en caso que la terminación de la relación laboral se deba al cierre de operaciones del Patrono y el despido de todo su personal y por ende el Patrono no expida carta de despido, el Asegurado podrá aportar declaración jurada en escritura pública mediante la cual incluya los requisitos antes indicados para la carta de despido.
4. Certificación de estudio de salarios de los últimos doce (12) meses expedida por la CCSS.
5. Original y copia de la última orden patronal expedida por la CCSS.
6. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
7. Certificado del Contador del Tomador de la Póliza mediante el cual se acredite el valor de la cuota o cuotas mensuales correspondientes a todos y cada uno de los Créditos vigentes del Asegurado que se encuentren debidamente amparados por la Póliza.
8. Para la realización de cada pago mensual que deba hacer la Aseguradora al Tomador de la Póliza, el Asegurado deberá presentarse a las instalaciones de la Compañía, o bien en alguna de las instalaciones que ésta indique, a firmar una declaración jurada en la que declare que su estado de desempleo continúa. Adicionalmente, al momento de cada firma deberá entregar a la Aseguradora la certificación del estudio de salarios actualizada y con menos de cinco (5) días laborales de haber sido expedida por la CCSS.

e. 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.
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 lo que se establece a continuación.

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

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación del reclamo, comunicará el requerimiento al Tomador y al Beneficiario Principal e Irrevocable en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales indicándole claramente el faltante de alguno de los documentos definidos en esta Cláusula. El Asegurado o el Tomador o Beneficiario Principal e Irrevocable, según sea el caso, tendrán quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, **el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente la totalidad de los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio. En ningún caso se tramitará la solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

Será responsabilidad de la Compañía disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado; por su parte, tanto el Asegurado como el Tomador y Beneficiario Principal e Irrevocable de la Póliza deberá hacer todo lo que esté a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

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 Tomador o Beneficiario Principal e Irrevocable, según sea el caso, deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

En caso de siniestro, de conformidad con la cobertura de esta Póliza, se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la Prima de esta Póliza cuya vigencia es de un (1) año.

Cláusula 24. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

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

Cláusula 25. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

En caso que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador bajo su entera responsabilidad, lo comunicará de inmediato a los Asegurados para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador para que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éste. Una vez entrada en vigencia la Póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares de la Póliza deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador.

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

La Compañía se obliga a notificar al Tomador y a los Asegurados, 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.

El Tomador y los Asegurados deben informar cualquier modificación de su domicilio a la Compañía para que ésta, llegado el caso, les notifique correcta y oportunamente las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

Cláusula 26. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Los Asegurados, 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 RENOVADA, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.

Cláusula 27. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza se tendrá por terminada cuando finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma.

Igualmente, ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a) A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del seguro con al menos un mes de anticipación.
- b) Por Falta de Pago de la Prima total o parcial, según la Periodicidad de Pago de la Prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia del pago vencido correspondiente.
- c) A partir del momento en que la Compañía compruebe un declaración falsa o inexacta del Tomador o del Asegurado de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

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

Cláusula 28. 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,
3. El Tomador o Contratante solicite la baja del Asegurado,
4. El Asegurado pague la totalidad del crédito.
5. La Compañía pague la totalidad del Beneficio por Incapacidad Total y Permanente,
6. A partir del momento en que la Compañía compruebe una declaración falsa o inexacta del Tomador o del Asegurado de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
7. 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, la Cobertura Adicional 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, así como el Beneficio por Enfermedad Terminal continuarán siempre y cuando se pague la Prima determinada de conformidad con la Tabla de Tarifas.

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

Cláusula 29. CONTINUIDAD DE COBERTURA

En caso que el Tomador y la Compañía así lo acuerden y lo establezcan por escrito, la Compañía podrá reconocer el beneficio de Continuidad de Cobertura para aquellos Asegurados con seguro vigente en otra entidad aseguradora en la fecha de traslado de la Póliza, hasta por el monto del valor asegurado que se tuviera contratado con la anterior entidad aseguradora para aquellas coberturas contratadas que son objeto de traslado. En todo caso, el monto del valor asegurado deberá ser reportado a la Compañía, se debe de indicar en el Certificado de Cobertura y el Tomador debe de pagar la Prima correspondiente dentro del Periodo de Gracia.

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

Es requisito indispensable que el Tomador o el intermediario de seguros entregue a la Aseguradora el último listado de asegurados emitido por la entidad aseguradora anterior, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de aceptación de la cobertura, con la siguiente información: nombres, apellidos, número de documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de la cobertura, sobreprimas o recargos por salud, cumplimiento de plazos de espera y períodos de carencia en la aseguradora anterior y/o actividad de cada uno de los Asegurados.

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

De conformidad con el artículo 28 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, en caso de traslado de cartera, la Compañía no debe soportar las normas del contrato de origen, debiendo regir para todos los efectos lo que establece la presente Póliza.

Considerando que esta Póliza opera bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, únicamente cubre reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, y toda reclamación relacionada con un siniestro ocurrido durante la vigencia de la entidad aseguradora anterior será responsabilidad exclusiva de esa entidad aseguradora anterior.

Cláusula 30. CONDICIONES VARIAS

a.- ACEPTACIÓN DE RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza y de las coberturas para cada uno de los Asegurados solamente:

- a) Cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, o bien mediante la entrega de la Factura emitida por la Compañía y su correspondiente Registro de Asegurados en la Póliza,
- b) 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.
- c) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, entregue al Tomador de la Póliza la manifestación expresa y por escrito de aceptación por parte de la Compañía, o bien la Factura emitida por la Compañía y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza.
- d) Cuando un Corredor de Seguros o una Sociedad Corredora de Seguros que actúa como intermediario, entregue al Tomador de la Póliza la manifestación expresa y por escrito de aceptación por parte de la Compañía, o bien la Factura emitida por la Compañía y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza.

b.- ELEGIBILIDAD

Para la cobertura principal de Fallecimiento, y para la Cobertura Adicional de Pago de la Cuota Mensual del Crédito por Incapacidad Total Temporal y el Beneficio por Incapacidad Total y Permanente, son elegibles para ser Asegurados bajo esta Póliza, 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 la Cobertura de Desempleo Involuntario son elegibles para ser Asegurados bajo esta Póliza, aquellas personas que reúnan los requisitos (i), (ii) y (iii) anteriores y adicionalmente (iv) que se encuentren 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.

Para el Beneficio por Enfermedad Terminal, son elegibles para ser Asegurados bajo esta Póliza, aquellas personas que reúnan los requisitos (i), (ii) y (iii) anteriores y adicionalmente (vi) No haber sido diagnosticados de una Enfermedad Terminal al momento de ingreso del Asegurado a la Póliza o que la misma esté siendo investigada o en proceso de estudio.

c.- INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá completar y presentar, por medio del Tomador, el formulario de "Solicitud de Inclusión como Asegurado" el cual incluye la autorización donde indica 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 adicionalmente cumplir con los requisitos de elegibilidad que se indican.

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", su solicitud será sometida 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 todo caso, cuando la Compañía lo considere necesario, podrá solicitarle al Asegurado alguno de los exámenes médicos y de laboratorio que se indican en la Cotización y en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

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. 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 de "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. 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

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 por intermedio del Tomador.

d.- REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información inicial suministrada a la Compañía por el Tomador en el Reporte de Asegurados y por los Asegurados en la respectiva "Solicitud de Inclusión del Asegurado", 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.

e.- DIPUTABILIDAD 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.

h.- NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere muto engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas al Asegurado, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

i.- RECTIFICACIÓN DE EDAD

Si la Edad de un Asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. La cobertura del Asegurado bajo la presente Póliza no será cambiada si las cantidades aplicables a los Asegurados individuales bajo cada cobertura no dependen 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.

j.- PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES POR BAJA SINIESTRALIDAD

La Aseguradora podrá reconocer al Tomador del Seguro un porcentaje de la utilidad de la Póliza, según se estipula en las Condiciones Particulares de este seguro.

La Utilidad o Pérdida de la Póliza por baja siniestralidad se calculará una vez las partes acuerden la renovación de la Póliza, para lo cual, al valor de la Prima total emitida correspondiente a la Póliza, se restarán los siguientes gastos específicos relacionados con esta Póliza durante la vigencia inmediatamente anterior: El valor por concepto de la contribución al Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica, el valor por concepto del Impuesto de Ventas, (cuando aplique), el valor por concepto de los siniestros ocurridos, el valor por concepto de comisiones de intermediación, recaudo o administración realizado a cualquier intermediario de seguros o al

Tomador de la Póliza cuando corresponda, y el valor por concepto de gastos de suscripción, adquisición y administración.

Para calcular la participación del Asegurado o el Tomador en las utilidades de la Póliza, al resultado de la operación descrita en el párrafo anterior se aplicará el porcentaje definido como PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES POR BAJA SINIESTRALIDAD en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Si para un año de vigencia en particular el resultado de esta Póliza presenta pérdida, el monto de la misma se le deberá restar a la liquidación de la utilidad o pérdida de la Póliza del año siguiente. Si en un segundo año consecutivo se presenta nuevamente pérdida, o la utilidad de ese año no alcanza para compensar la pérdida de los anteriores años, esta se reflejará en la liquidación de la utilidad o pérdida del año siguiente, y se procederá a recalcular la tarifa del Grupo Asegurado para someterla a consideración del Tomador de la Póliza, y la siguiente vigencia se considerará como si fuese la primera vigencia.

En caso que el pago de la Prima se realice bajo la modalidad contributiva, la participación en la utilidad de la Póliza será abonada como parte de la Prima del Seguro en forma proporcional a las Primas pagadas en el año inmediatamente anterior por cada uno de los miembros del Grupo Asegurado. Si de otra forma, el pago de la prima se realiza de forma no contributiva, la participación en la utilidad de la Póliza será abonada en su totalidad al Tomador como parte de la Prima del Seguro o pagada al Tomador de la Póliza según se acuerde en las Condiciones Particulares de la misma.

k.- 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.

l.- 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.

m.- TRASPASO O CESIÓN

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

n.- PRESCRIPCIÓN

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

o.- LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

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.

p.- 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, I 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.

q.- REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza, la Compañía, emitirá un duplicado sin costo alguno. Previa solicitud escrita del Asegurado.

r.- PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora de Seguros No. 8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO".

r.- IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de treinta (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

s.- OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en que incurra el Asegurado o el Beneficiario, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una Póliza ya emitida donde haya mediado pago de Prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las Primas no devengadas, tal y como se indica en la Cláusula "Pago de Primas" de este documento. Si el pago de la Prima es mensual, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

t.- DOMICILIO

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

Cláusula 31. CONTROVERSIAS

Todas las divergencias que surjan bajo esta Póliza, en relación con la indemnización a pagar, podrán ser sometidas de común acuerdo entre las partes para su solución de acuerdo a alguno de los procedimientos (mediación, conciliación o arbitraje) previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N° 7727 de 9 de diciembre de 1997 en la República de Costa Rica.

Cláusula 32. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P14-40-A07-695 de fecha 01/12/2016.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR MEGA EN COLONES CONDICIONES PARTICULARES

Póliza No.	VSMC-1097
Vigencia Póliza	01/09/2024 al 01/09/2025
Tomador	KREDIYA
Intermediario	DIRECTO
Moneda	COLONES

1. COBERTURAS OTORGADAS:
Cobertura Básica de Fallecimiento:

En caso de 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 y hasta por el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura como Límite Máximo de Valor Asegurado, o el último saldo reportado a la Aseguradora, el que sea menor de los dos. 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 definido en la Cláusula de EXCLUSIONES del presente documento.

Desempleo Involuntario:

En caso de que el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario, y que como resultado pierda la totalidad de sus ingresos, la Compañía le abonará al Tomador de la Póliza, según el Plan de Desempleo Involuntario elegido por el Tomador, el valor de las Cuotas Mensuales de Amortización cubiertas, correspondientes a todos los créditos vigentes y otorgados al Asegurado por el Tomador, que se encuentren asegurados y sobre los cuales el Tomador haya pagado la correspondiente Prima, sin exceder el Límite Máximo de Valor Asegurado establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado Individual de Cobertura, y hasta un máximo de seis (6) cuotas mensuales consecutivas, siempre y cuando el Asegurado se encuentre y se mantenga en dicha condición de Desempleo Involuntario, y que esta condición no se haya originado en un Despido Colectivo o Masivo anunciado de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorizaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La Obligación de la Compañía de llevar a cabo la anterior indemnización de hasta un máximo de seis (6) cuotas al Tomador inicia a partir de la segunda cuota de amortización, posterior a la fecha en que se haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado, razón por la cual el Asegurado será el responsable, sin importar el Plan de Desempleo Involuntario elegido por el Tomador, del pago de la primer (1ª) Cuota Mensual de Amortización de todos los créditos vigentes y otorgados al Asegurado, que se encuentren asegurados, en calidad de Plazo de Espera, según lo establece la Cláusula de "PLAZO DE ESPERA PARA LA COBERTURA ADICIONAL POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO" de la presente Póliza. En caso de que el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario en más de una ocasión durante la vigencia del crédito, la Compañía le pagará al Tomador de la Póliza hasta un máximo de dieciocho (18) cuotas mensuales durante la vigencia total del crédito. Una vez el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio en su

situación laboral, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades al Tomador de la Póliza.

2. BENEFICIOS:

Beneficio por Incapacidad total y permanente: En caso que el Asegurado sufra un Accidente o una enfermedad que le cause una Incapacidad Total y Permanente, que le impida ejercer sus actividades lucrativas u ocupación habitual y por ende 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, la Compañía le ADELANTARÁ al Tomador la Suma Asegurada 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 y/o el Asegurado de la Póliza deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente. Cuando la Compañía haya pagado este Beneficio, se cancelará automáticamente la totalidad del seguro para el Asegurado indemnizado.

En caso de que el Asegurado deje de desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual en virtud de acogerse a una pensión por invalidez o vejez de la Caja Costarricense del Seguro Social y/o un sistema de pensiones similar, el Beneficio Adicional por Incapacidad Total y Permanente terminarán de forma automática.

Beneficio por Enfermedad Terminal: En caso que al Asegurado Principal se le diagnostique una Enfermedad Terminal 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, la Compañía le ADELANTARÁ al Tomador la Suma Asegurada 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.

El Asegurado gozará de este Beneficio siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Asegurado se encuentre asegurado bajo la presente Póliza, que la Enfermedad Terminal haya sido diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la Póliza, y que no sea producto de un evento excluido de conformidad con la Cláusula de EXCLUSIONES de la presente Póliza.

Una vez se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado afectado. En caso de que coincida el diagnóstico de una Enfermedad Terminal y alguna de las otras coberturas contratadas bajo la presente Póliza, se entiende que la Compañía tendrá la obligación de indemnizar al Tomador únicamente bajo una de las coberturas, terminando así el seguro para el Asegurado afectado.

3. ASISTENCIA UN MEDICO A TU LADO

Médico a Domicilio: Visita de un médico general en donde experimente alguna enfermedad que requiera valoración sin que se encuentre en riesgo la vida (Cobertura en todo Costa Rica, previa coordinación). *Aplican restricciones en zonas de alto riesgo.* Se solicita al call center: 2290-5555.

Atención de Emergencias: Servicio de atención extrahospitalaria en ambulancias de soporte avanzado en casos de urgencias o emergencias dentro del GAM (previa coordinación del médico).

Telemedicina: Consulta virtual orientada por médicos generales con amplia experiencia en telemedicina. La cita

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR MEGA COLONES
N° de Registro en SUGESE: P14-40-A07-695

se brinda por medio de chat o videollamada a través de la aplicación Emergencias Médicas.

Servicio	Eventos por año	Copago
Médico a Domicilio	3	\$15
Atención de Emergencias	3	\$15
Orientación Médica Telefónica	Ilimitado	\$0
Telemedicin a	Ilimitado	\$0

4. BENEFICIARIOS

Por tratarse de una póliza de Saldo Deudor, el TOMADOR del seguro será el único beneficiario de la Póliza.

5. CUOTAS CUBIERTAS:

En caso de Desempleo Involuntario se cubrirán: 6 cuotas luego de transcurrido el Plazo de Espera

6. DISPUTABILIDAD:

Periodo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar la póliza del Asegurado: 2 años.

7. CARENANCIA:

Periodo durante el cual no se ampararan reclamaciones del Asegurado, a causa de:

- Suicidio: 2 años
- Sida: 2 años
- Enfermedades Preexistentes: El monto del cúmulo asegurado determina la carencia para enfermedades preexistentes. Para montos asegurados de hasta ₡1.000.000,00 no aplica carencia. En el caso de montos entre ₡1.000.001,00 y ₡25.000.000,00, la carencia es de 1 año, mientras que para montos superiores a ₡25.000.000,00, la carencia es de 2 años.
- Desempleo Involuntario: 1 mes

8. PLAZO DE ESPERA:

Periodo durante el cual el Asegurado deberá continuar pagando las cuotas mensuales de amortización al Tomador: Desempleo Involuntario: 1 mes-

9. EXCLUSIONES
Beneficio de Incapacidad Total y Permanente:

a. Enfermedades del sistema nervioso, meningitis, encefalitis, atrofia, 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, 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 mastoideas, oído externo, medio y mastoideas, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroidea, diabetes, desnutrición, deficiencias nutricionales, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis y diabetes mellitus, cardiopatías, demencia por multiinfarto o la Corea de Huntington e hipertensión.

Desempleo Involuntario:

a. Entra en situación de Desempleo Involuntario en consecuencia de un despido sin responsabilidad patronal para el Patrono según lo define el Código de Trabajo de la República de Costa Rica. En caso que el Asegurado apele o inicie un proceso judicial en contra del Patrono y sea necesaria una sentencia judicial, se deberá presentar copia certificada de la misma.

b. Renuncia o pierde voluntariamente su trabajo.

c. Terminan su relación laboral de mutuo acuerdo con el empleador.

d. Es despedido por participar activamente en paros, disputas laborales o huelgas.

e. Entra en situación de Desempleo Involuntario debido a cambios en su condición mental.

f. Es un trabajador independiente, temporal, contratado por tiempo determinado o definido, por obra o contrato determinado, o por temporada.

g. Entra en situación de Desempleo Involuntario durante el Periodo de Carencia.

h. No ha trabajado con el mismo Patrono por un período superior a seis (6) meses, los que deberá demostrar con las constancias de la CCSS, y/o con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales.

i. Entra en situación de Desempleo Involuntario como producto de su jubilación, retiro obligatorio o voluntario o ingreso al régimen de pensiones.

j. Desempeña un cargo público como Empleados estatal y/o de carrera pública de libre nombramiento y remoción en el gobierno central o descentralizado o bien desempeña un cargo público de confianza cuya terminación se hace al término de una administración presidencial cada cuatro años. Esta exclusión aplica a aquellos puestos interinos cuyo nombramiento se hace con el fin de suplir a otro trabajador en propiedad, sin importar que se den renovaciones o recontrataciones con dicho Patrono, siempre y cuando dichas renovaciones o recontrataciones sean con el fin de continuar con dicha suplencia.

k. Se desempeña como Empleado de una empresa, industria o comercio cuya propiedad accionaria le pertenece en al menos un cincuenta por ciento (50%) al Asegurado o a uno de sus familiares hasta un tercer grado de afinidad o consanguinidad o cuya representación legal la ejerce el Asegurado o un familiar del mismo hasta un tercer grado de afinidad o consanguinidad. Esta exclusión aplica a los casos en los que la persona que firma la carta de despido es el mismo Asegurado o un familiar del mismo hasta un tercer grado de afinidad o consanguinidad.

l. Es despedido de su trabajo en comunicación firmada por el mismo Asegurado, o es despedido por un familiar hasta en segundo grado de afinidad o consanguinidad, siendo este último quien firma la carta de despido o actúa en calidad de superior o gerente general de la empresa que lo despide.

m. Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un despido individual o colectivo anunciado por su empleador, o por cualquier medio de comunicación público, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro para el Asegurado.

n. Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un Despido Colectivo o Masivo del Patrono, anunciado por éste de forma pública o privada por cualquier medio, con o sin autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

o. Desarrolla simultáneamente dos (2) o más trabajos, y pierde solo uno de ellos, aún sea con responsabilidad del patrón.

10. ¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El Tomador del seguro y/o Asegurado deberán presentar los siguientes requisitos:

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) 4101-0000 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. En ese mismo plazo, adicionalmente y según sea el caso deberá presentar la totalidad de la documentación que se detalla a continuación en el domicilio de la Compañía:

Para la Cobertura Básica de Fallecimiento:

1. Original y copia del Certificado de Defunción del expedido por el Registro Civil y donde se indique claramente la causa del fallecimiento del Asegurado. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR MEGA COLONES
N° de Registro en SUGESE: P14-40-A07-695

aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;

2. Copia de la cédula y/o documento de identidad del Asegurado.

3. 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.

4. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.

5. En caso que la Aseguradora así lo requiera Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado.

Para la Cobertura de Desempleo Involuntario:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.

2. Original y copia del contrato de trabajo firmado por el último Patrono, donde se indique la fecha de inicio del contrato y el número de horas semanales laboradas por el Asegurado y el tipo de contrato, sea este a término definido o indefinido.

3. Original y copia de la carta de despido del trabajo firmada por el Patrono, donde se indique la fecha de inicio, la fecha de terminación del contrato de trabajo, y la causa clara de terminación del mismo. Únicamente en caso que la terminación de la relación laboral se deba al cierre de operaciones del Patrono y el despido de todo su personal y por ende el Patrono no expida carta de despido, el Asegurado podrá aportar declaración jurada en escritura pública mediante la cual incluya los requisitos antes indicados para la carta de despido.

4. Certificación de estudio de salarios de los últimos doce (12) meses expedida por la CCSS.

5. Certificado del Contador del Tomador de la Póliza mediante el cual se acredite el valor de la cuota o cuotas mensuales correspondientes a todos y cada uno de los Créditos vigentes del Asegurado que se encuentren debidamente amparados por la Póliza.

6. Copia de la cédula y/o documento de identidad del Asegurado.

7. Para la realización de cada pago mensual que deba hacer la Aseguradora al Tomador de la Póliza, el Asegurado deberá presentarse a las instalaciones de la Compañía, o bien en alguna de las instalaciones que ésta indique, a firmar una declaración jurada en la que declare que su estado de desempleo continúa. Adicionalmente, al momento de cada firma deberá entregar a la Aseguradora la certificación del estudio de salarios actualizada y con menos de cinco (5) días laborales de haber sido expedida por la CCSS.

Para La Obtención Del Beneficio De Incapacidad Total Y Permanente

1. 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;

2. 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.

3. Copia de la cédula y/o documento de identidad 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 de declararse la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado.

6. Certificación de la CCSS en la que se indique que el Asegurado no tiene en trámite el pago o bien recibe prestaciones de dinero en virtud de una pensión por invalidez o incapacidad. En caso que la CCSS no emita dicha certificación, se deberá aportar declaración jurada mediante la cual haga

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

7. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía. 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 lo que se establece a continuación.

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

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación del reclamo, comunicará el requerimiento al Tomador y al Beneficiario Principal e Irrevocable en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales indicándole claramente el faltante de alguno de los documentos definidos en esta Cláusula. El Asegurado o el Tomador o Beneficiario Principal e Irrevocable, según sea el caso, tendrán quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente la totalidad de los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio. En ningún caso se tramitará la solicitud de reclamación con los requisitos incompletos

11. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA:

Se tendrá por terminada cuando finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de la misma. Igualmente, ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del seguro con al menos un mes de anticipación.
- 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.
- A partir del momento en que la Compañía compruebe un declaración falsa o inexacta del Tomador o del Asegurado de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

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

12. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA SALDO DEUDOR MEGA COLONES
N° de Registro en SUGESE: P14-40-A07-695

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-A07-695 de fecha 01 de diciembre del 2016. Las Condiciones Generales aplicables se encuentran publicadas en el sitio web: <https://www.sugese.fi.cr/seccion-polizas-registradas/pólizas-vigentes>.

Todos los demás términos, límites y condiciones establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza quedan sin cambio ni alteración alguna.



Kevin M. Lucas Holcombe. Gerente General
Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.



Plan de beneficios

¿En que consiste el servicio?

Médico en casa

Atención médica a domicilio 24/7 en donde la persona experimente alguna enfermedad que requiera valoración sin que se encuentre en riesgo la vida.

Dispone de 3 atenciones al año de Médico en casa con un copago de \$15 en cada evento.

Atención de Emergencias

Servicio de atención extrahospitalaria en ambulancias de soporte avanzado en casos de urgencias o emergencias dentro el GAM (Previa coordinación del médico).

Dispone de 3 atenciones de emergencias al año con un copago de \$15 en cada evento.

Telemedicina

Consulta médica virtual 24/7 por videollamada o chat, con recetas y recomendaciones enviadas por correo electrónico.

El servicio de telemedicina es ilimitado.

¿Cómo solicitar los servicios?

Médico en casa y atención de emergencias

- 1 Llamar al 2290-5555
- 2 Brinde su número de teléfono del cuál llama para asegurar la comunicación
- 3 Brinde su nombre completo, cédula y que cuenta con una póliza de ADISA
- 4 Brinde la dirección y cualquier consulta adicional
- 5 Espere por la atención

Telemedicina

- 1 Descargue la app Emergencias Médicas en <https://qrco.de/AppEM>
- 2 Ingrese su número de identificación
- 3 Seleccione la opción de chat o videollamada según su preferencia.
- 4 Indique la información de sus síntomas.
- 5 Espere por la atención.

COBERTURA POR REPARACION DE PANTALLA DE CELULAR

Este servicio cubre la reparación de pantallas de celulares financiados por KREDIYA, incluyendo el reemplazo del cristal), debido a daños físicos accidentales ocurridos durante el período de vigencia del crédito Krediya dentro del territorio de la República de Costa Rica, servicio coordinado por Synergia BDC.

2. Condiciones Generales:

- **Requisitos:** Para hacer uso del servicio, el cliente deberá:
 - Estar al día con el crédito Krediya.
 - Presentar y entregar el dispositivo dañado.
 - Comunicarse a la línea de servicio vía whatsapp: +50671808100 o al correo electrónico: servicioalcliente@synergia-bdc.com
 - Llenar formulario de reclamación y de reparación
 - Informar el incidente dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del daño.

- **Proceso de Reparación:**
 - El cliente entregará el dispositivo en un centro de servicio autorizado o utilizará el servicio de recojo y entrega dependiendo su ubicación y accesibilidad, validación que lo hará el gestor que lo atiende.
 - La reparación se realizará dependiendo el stock y disponibilidad de la pantalla de repuesto y se comunicará al cliente
 - Se utilizarán repuestos originales o compatibles de calidad.

- **Costo de la Reparación:**
 - La empresa se hará cargo del costo de la reparación de la pantalla, hasta un límite máximo de 60.000 colones.
 - Dependiendo la ubicación del cliente y su accesibilidad, la empresa podrá incluir el servicio de recojo y entrega del equipo para su reparación.

- **Límite de Uso:**
 - Cada cliente tendrá derecho a un (1) reparación durante la vigencia de su crédito

3. Limitaciones y Excepciones:

- **Equipos:** El servicio aplica únicamente a teléfonos celulares financiados por la empresa Krediya.
- **Daños Estéticos:** No se cubrirán daños estéticos que no afecten la funcionalidad de la pantalla.
- **Pérdida o Robo:** La pérdida o robo del dispositivo no está cubierto por este servicio.
- **Garantía:** La reparación tendrá una garantía de 1 mes.



4. Procedimiento para Solicitar el Servicio:

- **Notificación:** El cliente deberá notificar a la empresa sobre el daño a través servicioalcliente@synergia-bdc.com la línea de WhatsApp: +50671808100
- **Autorización:** La empresa emitirá una autorización para la reparación.
- **Entrega del Dispositivo:** El cliente deberá entregar el dispositivo en el lugar indicado por el agente que le atiende ya sea en un centro autorizado o si es que aplica el servicio de recojo y entrega.

5. Documentación Requerida:

- Formulario de reclamación y de reparación debidamente diligenciado.
- Documento de identidad del cliente.
- Numero de contrato Krediya.
- Dispositivo dañado.

