

## CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

### SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "PREVENCIÓN FAMILIAR"

El cual se registrará por las cláusulas que aparecen después del correspondiente índice.

#### ÍNDICE

<b>Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES</b> .....	2	<b>Cláusula 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA</b> .....	12
<b>Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO</b> .....	3	<b>6.1. PRIMA O TARIFA DE SEGURO</b> .....	12
<b>Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA</b> .....	4	<b>6.2. PAGO DE LA PRIMA</b> .....	12
<b>3.1. COBERTURA BÁSICA</b> .....	4	<b>6.3. PERIODO DE GRACIA</b> .....	12
<b>3.1.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD</b> .....	4	<b>Cláusula 7. RECARGOS Y DESCUENTOS</b> .....	13
<b>3.1.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE</b> .....	4	<b>Cláusula 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO</b> .....	13
<b>3.1.3. PERIODO DE ESPERA</b> .....	4	<b>8.1. PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO</b> .....	13
<b>3.1.4. DEDUCIBLE</b> .....	4	<b>8.2. DECLARACIÓN INEXACTA O FRAUDULENTE EN LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO</b> .....	14
<b>3.1.5. PERÍODO DE BENEFICIO</b> .....	4	<b>Cláusula 9. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA</b> .....	14
<b>3.1.6. HOSPITALIZACIONES SUCEсивAS</b> .....	4	<b>9.1. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA</b> .....	14
<b>3.2. COBERTURAS DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN</b> .....	4	<b>9.2. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA</b> .....	14
<b>3.3. COBERTURA OPCIONAL</b> .....	8	<b>Cláusula 10. CONDICIONES VARIAS</b> .....	14
<b>3.3.1. INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE E HIJOS</b> .....	8	<b>10.1. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN</b> .....	14
<b>3.4. SUMA ASEGURADA</b> .....	8	<b>10.2. EDAD Y ELEGIBILIDAD</b> .....	14
<b>3.5. ALCANCE TERRITORIAL DE LAS COBERTURAS</b> .....	9	<b>10.3. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO</b> .....	15
<b>3.6. PERÍODO DE COBERTURA</b> .....	9	<b>10.4. DERECHO DE RETRACTO</b> .....	15
<b>3.7. EXCLUSIONES</b> .....	9	<b>10.5. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN</b> .....	15
<b>Cláusula 4. BENEFICIARIOS</b> .....	11	<b>10.6. TRASPASO O CESIÓN</b> .....	15
<b>Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES</b> .....	11	<b>10.7. LEGISLACIÓN APLICABLE</b> .....	15
<b>5.1. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO</b> .....	11	<b>Cláusula 11. CONTROVERSIAS</b> .....	15
<b>5.2. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD</b> .....	11	<b>Cláusula 12. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES</b> .....	15
<b>5.3. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS</b> .....	11		
<b>5.4. OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS</b> .....	11		
<b>5.5. OBLIGACIONES ANTE EL SERVICIO DE ASISTENCIA</b> .....	12		

## COMPROMISO DE ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA) S.A.

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 las Condiciones Generales y la Propuesta de Seguro, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE").

**Matilde Asturias Ekenberg**  
**Apoderado General**

### Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES

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

- 1. ACCIDENTE:** Suceso involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico.
- 2. ASEGURADO:** Es la persona que está cubierta por esta Póliza y debidamente registrada en la Propuesta de Seguro como:
  - **ASEGURADO TITULAR:** Cuando así aparezca en la Propuesta de Seguro.
  - **CÓNYUGE:** Cuando así aparezca en la Propuesta de Seguro.
  - **HIJO(S):** Cuando así aparezca en la Propuesta de Seguro y sean mayores a dieciséis (16) años.
- 3. 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 Asegurado Titular y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- 4. CÓNYUGE:** Persona física que forma un matrimonio o que viva en unión libre con el Asegurado Titular, quien al ser incluido dentro de la cobertura de la Póliza será también llamado Asegurado.
- 5. DEDUCIBLE:** Se establece en la Propuesta de Seguro y se indica como el número de Días de Hospitalización que el Asegurado permanece hospitalizado y por los cuales no tiene derecho a indemnización.
- 6. DEPENDIENTE(S):** Se refiere al Cónyuge del Asegurado Titular y/o sus hijos menores de veintidós años (22) años que sean económicamente dependientes del Asegurado Titular.
- 7. DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:** Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en las cuales el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
- 8. EMERGENCIA:** Hecho que pone en riesgo la integridad física del Asegurado Titular o la de sus Dependientes, el cual debe ser reportado dentro de un máximo de veinticuatro (24) horas después de haber ocurrido.
- 9. ENFERMEDAD:** Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales, ocurrida durante la vigencia de la póliza.
- 10. ENFERMEDADES O INCAPACIDADES PREEXISTENTES O ANTERIORES:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona

### Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)

normalmente prudente asista a un Médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado; 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 adquisición de la Póliza.

- 11. GRUPO FAMILIAR:** Conjunto de personas formado por el Asegurado Titular y Dependientes.
- 12. HOSPITAL:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el servicio médico de personas enfermas o lesionadas que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, es decir, que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipos de radiografía y quirófanos atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
- 13. HOSPITALIZACIÓN/HOSPITALIZADO:** Situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo con la práctica común, y que utilice al menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería y pernoctando mínimo una noche. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.
- 14. MÉDICO:** Persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana en Costa Rica y calificada para efectuar el tratamiento y/o diagnóstico requerido. Para efectos de la Póliza se excluye al Médico cuando es el mismo Asegurado, socio, empleado del Asegurado o familiar de este hasta tercer grado de afinidad o consanguinidad.
- 15. PERÍODO DE ESPERA:** 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.
- 16. PLAN:** Alternativa seleccionada por el Asegurado Titular en la Propuesta de Seguro.
- 17. PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa de servicios auxiliares que prestará el servicio de asistencia de esta Póliza a través de su red de proveedores.
- 18. PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado Titular como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el presente contrato.
- 19. PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene una oferta realizada por la Aseguradora para cubrir los riesgos del Asegurado Titular, cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro.
- 20. SINIESTRO / EVENTO:** Ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Aseguradora al pago de la Suma Asegurada.
- 21. SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El agente infeccioso es el 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, la demencia por VIH y el síndrome de desgaste por VIH decretados médicamente. Para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del VIH.
- 22. SUMA ASEGURADA:** Valor que define el Asegurado Titular en la Propuesta de Seguro, de acuerdo al Plan contratado, cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Aseguradora en caso de Siniestro.

## 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 presentes Condiciones Generales y la Propuesta de Seguro. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que se indique en la Propuesta de Seguro sobre las Condiciones Generales.

### Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)

### Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA

#### 3.1. COBERTURA BÁSICA

##### 3.1.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto diario de renta de acuerdo con el Plan contratado, si el Asegurado es Hospitalizado a causa de una Enfermedad cubierta. Lo anterior queda sujeto al Período de Espera, Suma Asegurada, Límite de Responsabilidad Máxima y Deducible indicados en la Propuesta de Seguro.

##### 3.1.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto diario de renta de acuerdo con el Plan contratado, si el Asegurado es Hospitalizado a causa de un Accidente cubierto. Lo anterior queda sujeto a la Suma Asegurada, Límite de Responsabilidad Máxima y Deducible indicados en la Propuesta de Seguro.

##### 3.1.3. PERÍODO DE ESPERA

El Período de Espera en caso de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad se estipula en treinta (30) días naturales posterior al otorgamiento de la cobertura. Para Renta Diaria por Accidente no se establece Período de Espera.

##### 3.1.4. DEDUCIBLE

El Deducible se establece de acuerdo con el Plan contratado en la Propuesta de Seguro y se indica como el número de Días de Hospitalización que el Asegurado permanece Hospitalizado y por los cuales no tiene derecho a indemnización.

##### 3.1.5. PERÍODO DE BENEFICIO

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará el número de Días de Hospitalización que el Asegurado permanece en condición de hospitalizado, descontando los días de Deducible y sujeto a la Suma Asegurada establecida en la Propuesta de Seguro.

El Asegurado está cubierto por cada día de veinticuatro (24) horas continuas de internamiento en un Hospital, hasta un máximo de ciento ochenta (180) días estipulado como límite de responsabilidad máximo por hospitalización a causa de Enfermedad o Accidente.

##### 3.1.6. HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

1. En el caso de Hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo Accidente o Enfermedad, siempre y cuando ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, cada período de Hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de calcular el período máximo del beneficio en días.
2. En el caso de ocurrir una Hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido trescientos sesenta y cinco (365) días calendario desde el final de la Hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo Accidente o Enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).

#### 3.2. COBERTURAS DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN

Como parte complementaria a la Cobertura Básica, el Asegurado Titular y sus Dependientes contarán con un servicio de asistencia el cual se detalla a continuación:

Para efectos de límites territoriales se aclara que el servicio de asistencia se brindará en todo el territorio nacional de la República de Costa Rica.

#### Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)

Con el fin de que el Asegurado Titular y sus Dependientes puedan disfrutar de los servicios de asistencia contemplados, deberá cumplir con lo siguiente:

1. Identificarse como Asegurado Titular o Dependiente ante la Prestadora de Servicios o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
2. Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente de la Prestadora de Servicios.

En caso de requerir asistencia, el Asegurado Titular y/o Dependiente deberá comunicarse a la línea telefónica **(+506) 6040-4001** en el cual será atendido, con la finalidad de solicitar la coordinación de su atención.

De igual forma el Asegurado Titular y/o Dependiente podrá solicitar informes actualizados de los proveedores de la Prestadora de Servicios a la línea telefónica **(+506) 6040-4001**.

**TELEDOCTOR Y ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto con un Médico General a través de la aplicación tecnológica (*App*) llamada Teledocor Paciente; o bien, vía telefónica, para que, ante cualquier emergencia, le brinde orientación médica, utilización de medicamentos para la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que estén aquejando al solicitante, recomendaciones médicas en general, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, guardando un historial clínico.

Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo cual el médico no diagnosticará o recetará vía telefónica.

Este servicio será brindado sin límite de llamadas en el año póliza.

**TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA:** La Prestadora de Servicios brindará el traslado terrestre en ambulancia en caso de que algún miembro del Grupo Familiar, a consecuencia de una emergencia por un accidente o enfermedad, requiera y solicite ser trasladado al centro hospitalario más cercano, con previa evaluación y aprobación del Médico General o personal de cabina de la Prestadora de Servicios. En caso de que el Asegurado Titular o Dependiente no se pueda comunicar, el servicio lo podrá solicitar cualquier persona que se encuentre con quien requiera la asistencia para brindar la información que se solicite.

El personal médico de la Prestadora de Servicios orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, hasta el momento que lo reciba la ambulancia.

Una vez finalizado el traslado de ambulancia, todo gasto incurrido a consecuencia de la atención médica será responsabilidad del solicitante.

Este servicio será brindado por dos (2) traslados en el año póliza dentro del territorio costarricense. Se prestará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada, en caso de no tenerla se coordinará con ambulancia pública o de la Cruz Roja.

**ENVÍO DE ARTÍCULOS DE ASEO PERSONAL AL LUGAR DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar y a consecuencia de

#### Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)

una situación donde el Asegurado Titular sea hospitalizado, la Prestadora de Servicios gestionará el envío de los artículos de aseo personal del Asegurado Titular, con un proveedor perteneciente a la red, hasta el Hospital o centro médico donde se encuentre internado, previo envío del documento emitido por el Hospital que lo respalde.

La Prestadora de Servicios se limita a cubrir únicamente el traslado de los artículos por lo que no será responsable por cualquier tipo de gasto adicional como la compra de estos.

Este servicio será brindado una (1) vez en el año póliza, sujeto a que el precio del traslado no exceda la cantidad de cincuenta dólares americanos (USD \$50.00).

**TRASLADO DE UN FAMILIAR POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar y a consecuencia de la hospitalización del Asegurado Titular, la Prestadora de Servicios coordinará y gestionará el traslado de un familiar hasta el Hospital para que lo pueda acompañar el día inicial de la hospitalización, previo envío del documento emitido por el Hospital que lo respalde.

Este servicio será brindado por un (1) vez en el año póliza, sujeto a un desplazamiento máximo de cuarenta (40) kilómetros, desde el lugar donde se encuentre el familiar hasta el Hospital.

**TRASLADO DE IDA Y VUELTA DE FAMILIARES Y/O AMIGOS POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar y a consecuencia de la hospitalización del Asegurado Titular, la Prestadora de Servicios coordinará y gestionará el traslado de un grupo, no mayor a cuatro (4) personas, en el horario de visitas habilitado por el Hospital, previo envío del documento emitido por el Hospital que lo respalde.

Este servicio será brindado una (1) vez en el año póliza, sujeto a un desplazamiento máximo de cuarenta (40) kilómetros, desde el lugar donde se encuentren reunidas las personas hasta el Hospital y viceversa.

**SERVICIO DE MENSAJERÍA POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar y a consecuencia de la hospitalización del Asegurado Titular, la Prestadora de Servicios coordinará y gestionará con un mensajero perteneciente a la red, el transporte de documentos hacia el lugar solicitado, previo envío del documento emitido por el Hospital que lo respalde.

Este servicio será brindado tres (3) veces al año póliza, sujeto a un desplazamiento máximo de veinticinco (25) kilómetros, del lugar en donde se recojan los documentos hasta un único destino solicitado.

**TRASLADO DEL ASEGURADO TITULAR A SU DOMICILIO POR HOSPITALIZACIÓN:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar y a consecuencia de la hospitalización del Asegurado Titular, la Prestadora de Servicios gestionará y coordinará su traslado en ambulancia o taxi, basado en criterio médico, desde el Hospital hasta su domicilio, previo envío del documento emitido por el Hospital que lo respalde.

Este servicio será brindado una (1) vez en el año póliza, sujeto a un desplazamiento máximo de cuarenta (40) kilómetros, desde el Hospital hasta el domicilio del Asegurado Titular.



**ENVÍO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios coordinará y enviará, con un proveedor perteneciente a la red, los medicamentos necesarios a su domicilio sin costo en el traslado de estos. Al momento en el que el solicitante requiera el servicio, si dichos medicamentos requieran receta médica, deberá enviarla por correo electrónico.

El costo de los medicamentos es responsabilidad del solicitante y está sujeto a ser brindado en las principales ciudades.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año.

**CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios realizará la búsqueda del precio de un medicamento por marca comercial en las farmacias cercanas a la ubicación del solicitante y se le transmitirá la información vía telefónica, quedando entendido que este servicio es meramente informativo y en ningún momento se diagnosticará o recetará a ningún paciente.

Este servicio será brindado sin límite de llamadas en el año póliza.

**SERVICIO DE REFERENCIAS MÉDICAS Y PSICÓLOGOS:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, siempre que requiera información de profesionales en medicina o especialistas, psicólogos, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas, hospitales y clínicas dentales, la Prestadora de Servicios le brindará información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular, queda entendido que la selección del médico, psicólogo, centro hospitalario, centro de diagnóstico, laboratorio o clínica dental, así como la coordinación de cita, honorarios médicos, odontológicos y demás costos en que se incurran, correrán por cuenta exclusiva del solicitante.

Este servicio será brindado sin límite de llamadas en el año póliza.

**ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y PSICOLÓGICA TELEFÓNICA:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al solicitante con un profesional en el campo de la nutrición o psicología, quien lo orientará telefónicamente respecto a las necesidades requeridas.

Este servicio será brindado sin límite de llamadas en el año póliza.

**VISITA PRESENCIAL NUTRICIONAL Y PSICOLÓGICA:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios podrá dirigirlo con un profesional en el campo respectivo. Este servicio se brindará por un lapso no mayor a una (1) hora.

El horario hábil para realizar la visita es de **lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m.**

Este servicio será brindado hasta por un límite máximo de dos (2) visitas en el año póliza por especialidad. Esta asistencia se encuentra sujeta a un Período de Espera de tres (3) meses.

**ORIENTACIÓN CULINARIA TELEFÓNICA:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al solicitante con un especialista en temas de nutrición, quien lo orientará telefónicamente en preparación de dietas saludables, información sobre contenido calórico de los alimentos y recetas especiales para personas con diabetes, sobrepeso, intolerancia a la lactosa y gluten.

#### Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)

Este servicio será brindado sin límite de llamadas en el año póliza.

**ORIENTACIÓN TELEFÓNICA CON CHEF:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto al solicitante con un chef culinario, quien lo orientará telefónicamente en la preparación de platillos con recetas rápidas y saludables.

Este servicio será brindado sin límite de llamadas en el año póliza.

**VISITA PRESENCIAL CON MÉDICO GENERAL, INTERNISTA O GINECÓLOGO:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de servicios podrá dirigirlo con un médico general, internista o ginecólogo para realizar una evaluación clínica. Esta asistencia se brinda por enfermedades no preexistentes y está sujeta a la autorización de un Médico General, perteneciente a la red médica de la Prestadora de Servicios, con el cual se realiza previamente una orientación médica telefónica. Cualquier otro servicio o procedimiento médico diferentes a la evaluación clínica, estará excluido de la visita presencial.

El horario hábil para realizar la visita es de **lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m.**

Este servicio será brindado hasta por un límite máximo de doce (12) visitas en el año póliza, con un tiempo de espera de setenta y dos (72) horas entre cada cita, y será prestado en las principales ciudades del territorio costarricense.

**EXÁMENES DE LABORATORIO:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios podrá brindar la autorización y cita para realizar un examen de orina, heces, hematología completa, antígeno prostático o Papanicolaou.

El servicio de antígeno prostático se llevará a cabo en hombres mayores de cuarenta (40) años y el servicio de Papanicolaou a mujeres mayores de treinta (30) años. Estos servicios serán brindados con un prestador de salud perteneciente a la red médica de la Prestadora de Servicios.

Este servicio se encuentra sujeto a un Período de Espera de seis (6) meses y será brindado por dos (2) eventos al año sin límite de cobertura por evento.

### 3.3. COBERTURA OPCIONAL

#### 3.3.1. INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE E HIJOS

La Aseguradora ofrece al Asegurado Titular, mediante el pago adicional de Prima, la inclusión opcional de su Cónyuge y hasta cinco (5) Hijos mayores a dieciséis (16) años, quienes podrán gozar de las Coberturas Básicas de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente contratada por el Asegurado Titular, hasta por el monto de las Sumas Aseguradas indicadas en la Propuesta de Seguro. De igual manera que al Asegurado Titular, al Cónyuge e Hijos le serán aplicadas las condiciones y exclusiones detalladas en estas Condiciones Generales.

#### 3.4. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada Máxima para cada cobertura es definida por el Asegurado Titular y se establece de acuerdo con el Plan contratado en la Propuesta de Seguro.



### 3.5. ALCANCE TERRITORIAL DE LAS COBERTURAS

Las Coberturas de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar.

Las Coberturas del Servicio de Asistencia garantizan al Asegurado Titular y a sus Dependientes protección únicamente dentro de la República de Costa Rica.

### 3.6. PERÍODO DE COBERTURA

El seguro cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante la vigencia de la Póliza, aun si el reclamo se presenta después de vencida tal vigencia.

### 3.7. EXCLUSIONES

**A. Esta Póliza, de forma general, no cubre las pérdidas o gastos que se produzcan por:**

1. Actos de guerra declarados o no, invasión, fusión y fisión nuclear, actos de terrorismo, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no sean necesariamente nucleares, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares, actos delictivos o acciones dolosas o en hechos que las leyes califican como infracciones graves o delitos contra la seguridad interior del Estado.
2. Tentativa de suicidio, automutilación o autolesión del Asegurado, solo o con apoyo de terceros, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
3. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
4. Lesiones causadas por embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y alucinantes.
5. Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos.
6. Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial con itinerario fijo.
7. Deportes practicados en forma profesional o amateur como paracaidismo, alpinismo, motociclismo, automovilismo, buceo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, grecorromana u otras luchas similares, tiro y tauromaquia.
8. Realización o participación en una actividad riesgosa, que constituyan una agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlas. A vía de ejemplo el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión.
9. Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen sustancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivos.
10. Participación como piloto o pasajero de algún vehículo automotor en carreras formales o informales, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
11. Accidentes ocasionados a consecuencia de ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los que se produzcan en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.
12. Homicidio doloso.

13. Una infección bacteriana, excepto aquellas causadas por medio de una herida o cortadura accidental.
14. Muerte causada por arma cortante, cortopunzante o de fuego que, por cualquier circunstancia sean portadas por el Asegurado al momento de producirse el Accidente.
15. Intoxicación o envenenamiento por ingesta accidental de productos químicos, naturales o artificiales para el mantenimiento de desórdenes en la alimentación.
16. Lesiones producidas por los Rayos X, Gamma, Alfa, Beta, láser, radiactivos, catódicos o similares, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos.

**B. Exclusiones específicas de las Coberturas de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad:**

1. Enfermedades o Incapacidades Preexistentes o Anteriores.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nervioso, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente cubierto.
3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de Accidentes cubiertos.
4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias, salvo que el Asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro (4) meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.
5. Hospitalización por cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un Accidente ocurrido después del inicio de la vigencia de la Póliza.
6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
7. Curas de reposo o exámenes médicos generales, manejo de dolor, períodos de cuarentena o aislamiento.
8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.
9. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza excepto cuando se demuestre que fue accidental.
10. Epidemias oficialmente declaradas.
11. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
12. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
13. Tratamientos de medicina natural, medicina alternativa, medicina deportiva.
14. Reclusión o tratamiento a consecuencia o como secuela directa o indirecta de hemorragias de cualquier tipo.
15. Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o al uso de lámparas o de rayos para bronceado.
16. Reemplazo o acomodación total o parcial de aparatos prostéticos o implantes.

### C. Exclusiones específicas de las Coberturas del Servicio de Asistencia:

Quedan excluidos de los servicios de asistencia, establecidos en esta Póliza, los siguientes casos:

1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
2. Servicios que el Asegurado Titular o Dependiente hayan contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.
3. Gastos de los tratamientos médicos que requiera el Asegurado Titular o Dependiente.
4. Cuando el Asegurado Titular o Dependiente no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo la prestación de la asistencia.
5. Las enfermedades diagnosticadas antes de la suscripción de la Póliza.
6. Bajo la asistencia de Traslado Médico Terrestre en Ambulancia quedan excluidos:
  - 6.1. Traslados interhospitalarios.
  - 6.2. Traslados del Hospital hacia el domicilio del Asegurado Titular.
  - 6.3. Traslados del Hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios o clínicas.
7. Determinaciones que adopte el Asegurado Titular o Dependiente por las orientaciones médicas.

### Cláusula 4. BENEFICIARIOS

El Asegurado Titular será el mismo beneficiario de las coberturas descritas en la presente Póliza.

### Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

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

#### 5.1. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

El Asegurado Titular está obligado a declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo.

#### 5.2. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

Si el Asegurado Titular incurre en omisión o inexactitud en la declaración del riesgo, se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

#### 5.3. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

El Asegurado Titular se compromete a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Aseguradora solicite la colaboración para tal efecto.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso de que el Asegurado Titular incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza.

#### 5.4. OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios tendrán las siguientes obligaciones en caso de Siniestro:

1. Completar los requisitos establecidos en el Procedimiento en Caso de Reclamación o Siniestro descrito en la presente Póliza.

### Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)

2. Colaborar con la Aseguradora en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o Siniestro.

### 5.5. OBLIGACIONES ANTE EL SERVICIO DE ASISTENCIA

Con el fin de que el Asegurado Titular y sus Dependientes puedan disfrutar de los servicios de asistencia contemplados en las presentes condiciones, deberán cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Identificarse como Asegurado Titular y/o Dependiente al momento de solicitar cualquier servicio al amparo de esta Póliza.
2. Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente.
3. En caso de que el Asegurado Titular se vea en la necesidad de cancelar una cita médica, deberá dar aviso vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación a la cita programada, caso contrario se tomará como un evento consumido para su plan.
4. Cualquier costo que supere el monto o kilometraje debido a solicitudes extras del Asegurado Titular o Dependientes deberá ser pagado por cuenta de estos antes de la prestación del servicio.

## Cláusula 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

### 6.1. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Prima o Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en la Propuesta de Seguro de acuerdo al Plan contratado y para su determinación inicial o al momento de cada renovación, serán calculadas según sea la probabilidad de ocurrencia de las coberturas que conforman la Póliza, teniendo en cuenta los historiales estadísticos y actuariales de la población costarricense y del grupo etario en que se encuentre el Asegurado.

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la Póliza, la Aseguradora podrá modificar la tarifa aplicable a ésta, dando aviso escrito al Asegurado Titular con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Asegurado Titular 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 Aseguradora. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Asegurado Titular ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro.

### 6.2. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la Prima será de pago fraccionado, sin recargo, según la periodicidad y medio de pago indicados en la Propuesta de Seguro.

Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado Titular 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 del Seguro por parte del Asegurado Titular.

### 6.3. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Aseguradora le concede al Asegurado Titular 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 la Propuesta de Seguro.

## Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)

Si durante el Período de Gracia llegan a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Aseguradora pagará la indemnización correspondiente descontando las primas pendientes.

#### **Cláusula 7. RECARGOS Y DESCUENTOS**

Cuando el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años, la Aseguradora continuará otorgando la cobertura, con la aplicación de los recargos descritos a continuación, que incrementarán la Prima a pagar dependiendo del rango de edad en el que se encuentre el Asegurado:

<b>Rango de Edad</b>	<b>Recargo Porcentual en Prima de cada Asegurado</b>
<b>65 a 75 años</b>	Hasta 500%
<b>Más de 75 años</b>	Hasta 1500%

#### **Cláusula 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO**

##### **8.1. PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO**

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Beneficiario deberá avisar a la Aseguradora por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Siniestro al número de teléfono **(+506) 4101-0000**.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Beneficiario en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales, quienes 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 Aseguradora para resolver cualquier reclamación de Siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación. En ningún caso se tramitará la solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.

##### **Requisitos a presentar para la indemnización correspondiente de un Siniestro bajo la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad:**

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

Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

## **8.2. DECLARACIÓN INEXACTA O FRAUDULENTE EN LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO**

La Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad si el Beneficiario presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas o inexactas de acuerdo con lo indicado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 47.

## **Cláusula 9. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA**

### **9.1. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

La Póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de su suscripción, salvo se pacte otra cosa en la Propuesta de Seguro. La vigencia de la cobertura figura en la Propuesta de Seguro y está sujeta al pago de la Prima en tiempo y forma.

Esta Póliza es renovable anual y automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que el Asegurado Titular no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso de que la Aseguradora requiera incluir modificaciones en la cobertura o la Prima, éstas deberán ser comunicadas con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

### **9.2. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

1. Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la renovación de esta.
2. A solicitud expresa del Asegurado Titular.
3. El Asegurado Titular no pague la Prima de Seguro en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura se considerará vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada.
4. Cuando se decrete la nulidad absoluta de la Póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
5. Fallezca el Asegurado Titular.

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

## **Cláusula 10. CONDICIONES VARIAS.**

### **10.1. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**

La presente Póliza es un contrato definido bajo la categoría de Seguro de Personas, ramo de Salud, en la línea de Renta por Hospitalización, y se emite bajo la modalidad de Seguro Autoexpedible.

### **10.2. EDAD Y ELEGIBILIDAD**

Para poder contratar la presente Póliza el Asegurado Titular deberá de ser mayor a dieciocho (18) años, y serán elegibles todas aquellas personas que residan en Costa Rica.



### **10.3. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO**

Todos los valores de esta Póliza serán expresados en la moneda que se indique en la Propuesta de Seguro.

En caso de que el Seguro haya sido contratado en Dólares de los Estados Unidos de América y las obligaciones de la Aseguradora se requieran cumplir en moneda nacional, se tomará en cuenta el tipo de cambio que el Banco Central de Costa Rica publique en la fecha en que se efectúe el pago.

### **10.4. DERECHO DE RETRACTO**

En caso de que el Seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado Titular durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la Póliza y no se haya presentado alguna reclamación se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya 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.

### **10.5. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La información que sea suministrada a la Aseguradora por el Asegurado Titular será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte del Asegurado Titular en lo que refiere a su información personal, o ante requerimiento de la autoridad competente.

### **10.6. TRASPASO O CESIÓN**

La Aseguradora no reconocerá traspaso o cesión alguna que, de sus derechos sobre el Seguro, haga el Asegurado Titular.

### **10.7. LEGISLACIÓN APLICABLE**

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. 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, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como sus reformas y reglamentos.

### **Cláusula 11. 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 con alguno de los procedimientos (mediación, conciliación o arbitraje) previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N° 7727 de 9 de diciembre de 1997.

### **Cláusula 12. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES**

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Asegurado Titular en la Propuesta de Seguro. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificados por escrito a la Aseguradora quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en la Propuesta de Seguro de la Póliza por medio de Addendum.

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

### **Aseguradora del Istmo**

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)

Las comunicaciones del Asegurado Titular a la Aseguradora que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas y/o sucursales.

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, incisd) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, bajo el registro P20-67-A07-858 de fecha 14 de marzo de 2020

#### Aseguradora del Istmo

300 MTS OESTE DE TONY ROMAS,  
EDIFICIO STEWART TITLE,  
4TO PISO, SAN RAFAEL ESCAZÚ

TELÉFONO  
(506) 4101-0000

EMAIL  
info@adisa.cr

WEB  
[www.adisa.cr](http://www.adisa.cr)