CONDICIONES GENERALES

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

ÍNDICE

1. DEFINICIONES 2
2. BASES DEL CONTRATO 3
3. ÁMBITO DE COBERTURA 3
3.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD 3
3.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE 3
3.3. COBERTURA OPCIONAL DE INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE E HIJOS .. 3
3.4. SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN 3
3.5. CONDICIONANTES A LAS COBERTURAS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN 5
3.6. CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA 6
3.7. SUMA ASEGURADA 6
3.8. ALCANCE TERRITORIAL 6
3.9. PERÍODO DE COBERTURA 6
3.10. EXCLUSIONES 6
4. BENEFICIARIOS 7
5. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO 7
6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA 8
6.1. PRIMA 8
6.2. AJUSTE DE PRIMA EN PRÓRROGAS 8
6.3. PAGO DE LA PRIMA 8
6.4. PERIODO DE GRACIA 8
7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA 8
7.1. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y REQUISITOS 8
7.2. PLAZO DE RESOLUCIÓN 9
8. VIGENCIA, PRÓRROGA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA 9
8.1. VIGENCIA Y PRÓRROGA 9
8.2. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA 9
9. CONDICIONES VARIAS 10
9.1. EDAD 10
9.2. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO 10
9.3. DERECHO DE RETRACTO 10
9.4. LEGISLACIÓN APLICABLE 10
10. CONTROVERSIAS 10
11. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES 10

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, representada por su Apoderado General, hace constar que en caso de que se produzca un evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta póliza.

Matilde Asturias Ekenberg
Apoderado General

1. DEFINICIONES

Los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **ACCIDENTE:** Suceso involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afectan al Asegurado causándole lesiones corporales que puedan ser determinadas por un médico.
2. **ASEGURADO:** Persona física que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en la Propuesta de Seguro como:
   - **ASEGURADO TITULAR:** Quien contrata el Seguro.
   - **CÓNYUGE:** Quien forma un matrimonio o que vive en unión libre con el Asegurado Titular.
   - **HIJO(S):** Hijos dependientes del Asegurado Titular y que sean mayores a dieciséis (16) años.
3. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia que existía con anterioridad a la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté en proceso de diagnóstico a la inclusión del Asegurado en la póliza.
4. **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.
5. **DEPENDIENTE(S):** Se refiere al cónyuge del Asegurado Titular y/o sus hijos menores de veintiún años (21) años que sean económicamente dependientes del Asegurado Titular.
6. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles el cual sintetiza las Condiciones Generales.
7. **DÍA DE HOSPITALIZACIÓN:** Veinticuatro (24) horas continuas en las cuales el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
8. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales, ocurrida durante la vigencia de la póliza. Bajo este concepto no se consideran enfermedades los eventos súbitos como tratamientos psiquiátricos o psicológicos, dentales, alveolares, gingivales, los requeridos por afecciones del embarazo, consumo de estupefacientes, curas de reposo, exámenes médicos de chequeo, tratamientos para control de peso o desórdenes alimenticios y cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual.
9. **GRUPO FAMILIAR:** Conjunto de personas formado por el Asegurado Titular y Dependientes.
10. **HOSPITAL:** Establecimiento legalmente autorizado para el servicio médico de personas, proporcionando asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, es decir, que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipos de radiografía y quirófanos atendidos por personal especializado. Bajo este concepto no se considera: 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.
11. **HOSPITALIZACIÓN/HOSPITALIZADO**: Situación en la que una persona esté registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice al menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería, pernoctando mínimo una noche. Este concepto no considera lo que se denomina hospitalización domiciliaria.
12. **MÉDICO**: Persona 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.
13. **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
14. **PLAN**: Alternativa seleccionada por el Asegurado Titular en la Propuesta de Seguro.

15. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa de servicios auxiliares que prestará el servicio de asistencia de esta póliza a través de su red de proveedores.
16. **PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene una oferta realizada por la Aseguradora para cubrir los riesgos del Asegurado Titular y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro.
17. **SERVICIO DE ASISTENCIA:** Conjunto de servicios técnicos y/o profesionales que tienen por objeto respaldar al Asegurado Titular o Dependientes, cuando corresponda, ante eventos adversos amparados en las presentes condiciones, para efectos de la póliza estos servicios deben ser requeridos por el Asegurado Titular o Dependientes y autorizados por la Prestadora de Servicios, siempre y cuando se administre la información y documentación solicitada y no se incumplan con aspectos de naturaleza legal.

2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza son las presentes Condiciones Generales, la Propuesta de Seguro y el Dersa. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que favorezca al consumidor del seguro.

3. ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. 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 máximo y deducible indicados en la Propuesta de Seguro.

3.2. 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 máximo y deducible indicados en la Propuesta de Seguro.

3.3. COBERTURA OPCIONAL DE INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE E HIJOS

La Aseguradora ofrece al Asegurado Titular, mediante el pago adicional de prima, la inclusión de su cónyuge y hasta cinco (5) hijos mayores a dieciséis (16) años, quienes podrán gozar de las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente contratadas 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. SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN

SERVICIOS MÉDICOS: A consecuencia de un accidente o enfermedad sufrida por uno de los miembros del Grupo Familiar, se le brindará y coordinarán los siguientes servicios de acuerdo con sus necesidades:

a. **Teledoctor y orientación médica telefónica:** Se pondrá en contacto al miembro del Grupo Familiar, a través de la aplicación tecnológica "Teledoctor Paciente", o vía telefónica, con un médico general quien lo orientará en la utilización de medicamentos, información sobre síntomas o molestias que esté padeciendo, recomendaciones médicas en general, así como la interpretación de exámenes de laboratorios. El servicio no sustituye la visita presencial, por lo que el médico no diagnosticará o prescribirá recetas.

b. **Orientación telefónica:** Se le pondrá en contacto, vía telefónica, para que se le brinde orientación nutricional, psicológica, asesoría con chef culinario, localización de mejores precios en medicamentos, así como referencias de profesionales en medicina, psicólogos, especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínica, hospitales y clínicas dentales.

c. **Servicios de coordinación:** Se le brindará y coordinará la cita en un consultorio con médico general, internista, ginecólogo, nutricionista o psicólogo; como también se le podrá coordinar el transporte de medicamentos ya pagados a su domicilio. En caso de emergencia se le brindará y coordinará su traslado terrestre en ambulancia al centro hospitalario más cercano.

   Límites:

   Cita en consultorio con médico general, internista o ginecólogo: Doce (12) citas en el año póliza, entre las especialidades médicas citadas, por Grupo Familiar.

   Cita en consultorio con nutricionista o psicólogo: Dos (2) citas al año póliza por especialidad por Grupo Familiar. Esta asistencia se encuentra sujeta a un período de espera de tres (3) meses.

   Transporte de medicamentos: Será brindado sin límite de eventos, sujeto a que el precio del transporte de los medicamentos no exceda la cantidad de cincuenta dólares americanos (USD $50.00) por evento.

   Traslado terrestre en ambulancia: Dos (2) traslados al año póliza por Grupo Familiar. En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con ambulancia de la Cruz Roja.

d. **Servicios de exámenes médicos:** Se le dirigirá con un médico, laboratorio o centro de diagnóstico para que se le realicen, sin ningún costo, exámenes de hematología completa, heces, orina, Papanicolau o antígeno protático, una vez este coordinada la cita.

   Límite: Dos (2) eventos al año póliza por Grupo Familiar. Esta asistencia se encuentra sujeta a un período de espera de seis (6) meses. El examen de Papanicolau será realizado en mujeres mayores de treinta (30) años y el de antígeno prostático será realizado en hombres mayores de cuarenta (40) años.

SERVICIOS POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:

Se brindará y coordinará el transporte de artículos de aseo personal al centro hospitalario, traslado de un (1) familiar hasta el centro hospitalario para que lo acompañe el día inicial de la hospitalización, traslado ida y vuelta de un grupo familiar y/o amigos, no mayor a cuatro (4) personas en el horario de visitas del centro hospitalario, servicio de mensajería y traslado a su domicilio por hospitalización en taxi o ambulancia basado en criterio médico.

Límites:

Transporte de artículos de aseo personal: Un (1) evento al año póliza, sujeto a que el precio del transporte no exceda la cantidad de cincuenta dólares americanos (USD $50.00).

Traslado de un familiar para ingreso de hospitalización: Un (1) evento al año póliza, sujeto a un desplazamiento máximo de cuarenta (40) kilómetros, desde el lugar donde se encuentre el familiar hasta el centro hospitalario.

Traslado ida y vuelta de un grupo familiar y/o amigos para visita: Un (1) evento al año póliza, sujeto a un desplazamiento máximo de cuarenta (40) kilómetros, desde el lugar donde se encuentren reunidas las personas hasta el centro hospitalario y viceversa.

Servicio de mensajería: Tres (3) eventos al año póliza, sujeto a un desplazamiento de veinticinco (25) kilómetros del lugar donde se recojan los documentos hasta un único destino solicitado.

Traslado a su domicilio por hospitalización: Un (1) evento al año póliza, sujeto a un desplazamiento máximo de cuarenta (40) kilómetros, del centro hospitalario hasta el domicilio del Asegurado Titular.

3.5. CONDICIONANTES A LAS COBERTURAS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

PERÍODO DE ESPERA

El periodo de espera aplica únicamente para hospitalizaciones por enfermedad y se establece en la Propuesta de Seguro. Para que una hospitalización por intervención quirúrgica o tratamiento de amigdalitis, adenoiditis o hernias, pueda ser cubierto, deberá haber transcurrido un período de espera de cuatro (4) meses.

PERÍODO DE BENEFICIO

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará los días que el Asegurado haya estado hospitalizado, descontando los días de deducible.

El Asegurado está cubierto por cada día de hospitalización, hasta un máximo de ciento ochenta (180) días que será el límite de responsabilidad máximo por hospitalización a causa de enfermedad o accidente.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad cubiertos 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.

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).

3.6. CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la Prestadora de Servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del solicitante.
b. Los servicios de orientación telefónica serán brindados sin límite de eventos en el año póliza.
c. Los servicios médicos y servicios de exámenes médicos deberán ser previamente autorizados en una orientación médica telefónica o Teledoctor.
d. Para todo servicio de citas en consultorio:
   - El horario hábil será de **lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m.**
   - En caso de necesidad de cancelar una cita, se deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
   - Las citas médicas tendrán un tiempo de espera de setenta y dos (72) horas entre cada cita, a excepción de servicios con nutricionistas y psicólogos.
   - Las citas en consultorio con nutricionista y psicólogos tendrán una duración máxima de una (1) hora.
e. Los servicios de asistencia que ofrecen orientación telefónica con nutricionista o psicólogo serán brindados en horario hábil de **lunes a viernes de 10:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a 12:00 p.m.**
f. Cualquier costo que supere los montos máximos de cobertura establecidos en los servicios debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por el solicitante con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.
g. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el solicitante pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.

3.7. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada cobertura se establece en la Propuesta de Seguro y es definida por el Asegurado Titular de acuerdo con el plan que contrate.

3.8. ALCANCE TERRITORIAL

Las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar.

El Servicio de Asistencia garantiza al Asegurado Titular y a sus Dependientes protección únicamente dentro de la República de Costa Rica.

3.9. PERÍODO DE COBERTURA

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

3.10. EXCLUSIONES

Esta Póliza, de forma general, no cubre las reclamaciones que se produzcan por:

1. **Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
2. **Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.**
3. **Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado.**

4. **Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.**
5. **Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.**
6. **Riñas o peleas.**
7. **Lesiones que se produzcan por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**
8. **Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección. Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres o acuáticas, portación de armas o actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.**
9. **Epidemias, endemia, pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales, diferentes a COVID-19.**
10. **Infección bacteriana, excepto aquellas causadas por medio de una herida accidental.**

Exclusiones específicas de las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización:

1. **Hospitalización por cirugía plástica, cosmética o colocación de prótesis e implantes, salvo que sea necesaria como resultado de un accidente ocurrido después del inicio de la vigencia de la Póliza y que se realice dentro de los seis (6) meses después del mismo.**

Exclusiones específicas del Servicio de Asistencia:

1. **Cualquier enfermedad crónica, medicamento o procedimiento diferente a la evaluación clínica.**
2. **Bajo el servicio de traslado terrestre en ambulancia, quedan excluidos los traslados interhospitalarios, del hospital hacia el domicilio del miembro del Grupo Familiar y del hospital.**

4. BENEFICIARIOS

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

5. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

a. Brindar la información requerida, de forma veraz y oportuna, al momento de contratar el seguro, sobre la ocurrencia de siniestros y solicitudes del Servicio de Asistencia.
b. Realizar el pago de la prima en tiempo y forma.
c. Brindar la información relacionada la Ley 8204 sobre prevención de legitimación de capitales. 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.
d. Asumir el deducible detallado en la Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

6.1. PRIMA

La prima es el precio que debe pagar el Asegurado Titular y se establece en la Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

6.2. AJUSTE DE PRIMA EN PRÓRROGAS

El valor de la prima, al momento de contratar el seguro o en cada prórroga, será determinado por el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado Titular. La Aseguradora podrá ajustar el valor de la prima cuando el Asegurado Titular supere la edad límite de cada grupo etario tal y como se establece en la Propuesta de Seguro. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

La Aseguradora notificará la modificación de la prima 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, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haberla recibido. 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 prima.

6.3. 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.

6.4. 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 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.

Si durante el período de gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y la Aseguradora pagará la indemnización correspondiente descontando las primas pendientes.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA

7.1. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y REQUISITOS

En caso de siniestro el Asegurado Titular deberá avisar a la Aseguradora al número de teléfono **(+506) 4101-0000** y en caso de requerir alguno de los servicios de asistencia al **(+506) 6040-4001**, en el que también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores de la Prestadora de Servicios.

Requisitos por presentar para reclamos bajo las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización:

1. Formulario de reclamación, suministrado por la Aseguradora, completo y firmado.
2. Fotocopia de la cédula de identidad del 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 hospitalizado el Asegurado.
4. 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.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado. **No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos**.

Requisitos por presentar en caso de solicitar alguno de los servicios de asistencia por hospitalización del Asegurado Titular:

1. Documentos emitidos por el hospital que respalde la hospitalización.

7.2. PLAZO DE RESOLUCIÓN

Presentados todos los requisitos, la Aseguradora deberá dar respuesta al Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. A partir de la aceptación del reclamo, la Aseguradora deberá efectuar el pago dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

Para efectos del Servicio de Asistencia, la atención será inmediata y coordinada por la Prestadora de Servicios.

8. VIGENCIA, PRÓRROGA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

8.1. VIGENCIA Y PRÓRROGA

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

Esta póliza es prorrogable automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que alguna el Asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial.

8.2. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza terminará cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Finalice la vigencia y no se proceda con la prórroga de esta.
2. A solicitud expresa del Asegurado Titular.
3. El Asegurado Titular no pague la prima en el plazo establecido.
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.

La Aseguradora salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada el seguro.

9. CONDICIONES VARIAS

9.1. EDAD

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.

9.2. 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 sea contratado en Dólares de los Estados Unidos de América y las obligaciones del Asegurado Titular y/o la Aseguradora se requieran cumplir en moneda nacional, se tomará en cuenta el tipo de cambio a precio de venta que el Banco Central de Costa Rica publique en la fecha en que se efectúe el pago.

9.3. 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, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado.

9.4. 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.

10. CONTROVERSIAS

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 Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social N° 7727 de 9 de diciembre de 1997.

El Asegurado podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono (+506) 2243-5108 de la central telefónica.

11. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El medio por el cual el Asegurado Titular será notificado será el que se establezca en la Propuesta de Seguro. Cuando existan modificaciones dicho medio, este deberá ser notificado a la Aseguradora.

Las comunicaciones del Asegurado Titular a la Aseguradora que se refieran a esta póliza, 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, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P20-67-A07-921 de fecha 14 de julio 2021.V.1.0

SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN "PREVENCIÓN FAMILIAR"

Registro en SUGESE número **XXX-XX-XXX-XXX de fecha XX de XXXX del 202X.**

Este es un Documento Estandarizado Resumen de Seguro Autoexpedible (Dersa), por lo tanto, **No** contiene todas las condiciones del contrato, las cuales se podrán encontrar en el enlace https://adisa.cr/.

1. ASEGURADORA Y MEDIOS DE CONTACTO

- **Aseguradora:** Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A.
- **Dirección de Oficinas Centrales:** 300Mts Oeste de Tony Romas, Edificio Stewart Title, 4to Piso, San Rafael Escazú.
- **Teléfonos:** (+506) 4101-0000
- **Correo Electrónico:** info@adisa.cr
- **Información del Producto y Condiciones Generales:** https://adisa.cr/nuestros-productos-autoexpedibles/
- **Contacto de Instancia de Atención al Consumidor de Seguros:**
- Primera instancia: Referirse a la Aseguradora al correo electrónico gestiones@adisa.cr
- Segunda instancia: Referirse al Centro de Defensa del Asegurador al correo electrónico clienteseguros@aap.cr

2. BENEFICIOS DEL SEGURO

El presente seguro brinda al Asegurado Titular las siguientes coberturas, de acuerdo con el plan contratado y detallado en la Propuesta de Seguro.

- Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad.
- Renta Diaria por Hospitalización por Accidente.
- Cobertura Opcional de Inclusión del Cónyuge e Hijos.
- Servicio de Asistencia Médica y Hospitalización.
  - Servicios Médicos.
  - Servicios por Hospitalización del Asegurado Titular.

3. EXCLUSIONES

Se aclara que las siguientes exclusiones no son las únicas que aplican al seguro, ver Condiciones Generales. De forma general, no se cubre las reclamaciones que se produzcan por:

11. **Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado.**
12. **Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.**

13. **Lesiones que se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**
14. **Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección. Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres o acuáticas, portación de armas o actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.**
15. **Epidemias, endemia, pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales, diferentes a COVID-19.**

Exclusiones específicas de las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización:

2. **Hospitalización por cirugía plástica, cosmética o colocación de prótesis e implantes, salvo que sea necesaria como resultado de un accidente ocurrido después del inicio de la vigencia de la Póliza y que se realice dentro de los seis (6) meses después del mismo.**

Exclusiones específicas del Servicio de Asistencia:

3. **Cualquier enfermedad crónica, medicamento o procedimiento diferente a la evaluación clínica.**

4. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- Brindar la información requerida, de forma veraz y oportuna, al momento de contratar el seguro, sobre la ocurrencia de siniestros y solicitudes del Servicio de Asistencia.
- Realizar el pago de la prima en tiempo y forma.
- Brindar la información relacionada la Ley 8204 sobre prevención de legitimación de capitales. 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.
- Asumir el deducible detallado en la Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

5. BENEFICIARIOS

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

6. PROCEDIMIENTO Y NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS Y SOLICITUDES DE ASISTENCIAS

En caso de siniestro el Asegurado Titular deberá avisar a la Aseguradora al número de teléfono **(+506) 4101-0000** y en caso de requerir alguno de los servicios de asistencia al **(+506) 6040-4001**, en el que también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores de la Prestadora de Servicios.

Presentados todos los requisitos, la Aseguradora deberá dar respuesta al Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. A partir de la aceptación del reclamo, la Aseguradora deberá efectuar el pago dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

7. PRIMA Y MEDIOS DE PAGO

La prima se establece en la Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

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

8. VIGENCIA

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de su contratación, salvo se pacte otra cosa en la Propuesta de Seguro.

En caso de duda o molestia relacionada con este seguro, diríjase al correo electrónico gestiones@adisa.cr **o al teléfono (+506) 4101-0000 o directamente a la aseguradora, si esta no les responde satisfactoriamente, la Superintendencia General de Seguros con gusto lo orientará en el teléfono (+506) 2243-5108 o al correo electrónico** sugese@sugese.fi.cr

En caso de contradicción entre lo dispuesto en el Dersa y los demás documentos de la póliza, privará lo más beneficioso para el consumidor de seguros. Recuerde que los demás documentos de la póliza pueden incluir aspectos adicionales que son aplicables a su contrato.