

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

Póliza No.: VSMC-1003
Vigencia Póliza: 21/05/2020 al 01/05/2021
Tomador: GENTE MAS GENTE S.A.
Dirección: SAN JOSE SANTA ANA POZOS DIRECTO
Intermediario: DIRECTO
Moneda: COLONES

1. COBERTURAS OTORGADAS:

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 de las Condiciones Generales del Producto.

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

2. BENEFICIOS:

a. Beneficio por 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.

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.

b. Beneficio por 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, Fibrisarcoma, Fibrosis quística, Hemagiosarcoma, 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.

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.

3. BENEFICIARIOS

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

4. DISPUTABILIDAD:

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

5. CARENIA:

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

- a. Suicidio: 2 años
- b. Sida: 2 años
- c. Enfermedades Preexistentes: 2 años

6. EXCLUSIONES

Beneficio de Incapacidad Total y Permanente:

a. Enfermedades del sistema nervioso, meningitis, encefalitis, atrofas, esclerosis, epilepsia, neuropatías, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadriplejía y paraplejía, hidrocéfalos, enfermedad de Alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, trastornos en músculos y tendones, trastornos en la densidad y estructura ósea, osteopatías, 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 mellitus, cardiopatías, demencia por multiinfarto o la Corea de Huntington e hipertensión.

Beneficio por Enfermedad Terminal:

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 indubitadamente 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.

7. ¿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 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 Obtención Del Beneficio Por Enfermedad Terminal

1. 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.
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 de declararse la Enfermedad Terminal.
4. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía.

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.

8. 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. 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.

9. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS:

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 de diciembre del 2016.

Las Condiciones Generales aplicables se encuentran publicadas en el sitio web: <https://www.sugese.fi.cr/seccion-polizas-registradas/polizas-vigentes>.

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