

## I. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD ASEGURADORA

### PERFIL DE LA ASEGURADORA

#### 1. RESEÑA HISTÓRICA

Seguros del Magisterio S.A., es una compañía aseguradora de capital 100% de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio, entidad magisterial con 95 años de administrar la póliza mutual que ampara a todo aquel que esté ligado al sector, sea como educador o bien a nivel de administrativo en cada una de las empresas que conforman al magisterio.

La aseguradora recibió la autorización para operar en el país el 17 de junio del 2009, a través de la licencia A02 otorgada por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), en la cual faculta a Seguros del Magisterio para la comercialización de seguros personales, siendo con esto la primera aseguradora de capital privado en recibir la autorización para operar en el mercado asegurador y a su vez marcando un hito al desmonopolizar formalmente el mercado de seguros costarricense.

Autorizada para la comercialización de seguros bajo la licencia A02, siendo la primera aseguradora privada en recibir el aval de operar en Costa Rica, luego de la apertura del mercado de seguros en 2008, anteriormente había cosechado más de 23 años en la administración de seguros voluntarios de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional, pues era un servicio que la entidad magisterial ofrecía a los asociados y sus familias. No obstante; a partir de su autorización como aseguradora, ofrece seguros a toda la población del país.

Seguros del Magisterio es la única compañía aseguradora privada de capital 100% costarricense, con raíces mutualistas y naturaleza solidaria, teniendo además un alto sentido de responsabilidad social, al formar parte de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional. Además, sus productos están enfocados en satisfacer tanto las necesidades de sus asegurados como el de su familia directa, entendiéndose esta como cónyuge e hijos.

#### 2. FILOSOFÍA EMPRESARIAL

### MISIÓN

Brindar protección y tranquilidad a nuestros asegurados, por medio de una solidez financiera, con el más alto estándar de calidad en el servicio al cliente y las mejores prácticas del mercado asegurador

### VISIÓN

Ser una aseguradora líder en el mercado de seguros personales en Costa Rica, a través de nuestro compromiso con una **excelente experiencia al cliente**<sup>1</sup>, por medio de la **eficiencia** y la **innovación** de productos y servicios, mejorando la **calidad de vida** de nuestros asegurados.

<sup>1</sup> La experiencia del cliente es el producto de las percepciones de un cliente después de interactuar racional, física, emocional y/o psicológicamente con cualquier parte de una empresa. Esta percepción afecta los comportamientos del cliente y genera recuerdos que impulsan la lealtad y afectan el valor económico que genera una organización.

Alcanza a todas las interacciones desde la atracción y el interés que generó el marketing, el descubrimiento, la compra, el uso, el servicio al cliente y hasta la baja, sin importar el canal por el que ocurran. Su alcance es integrador, uniendo al negocio en torno a la visión del cliente.

### PROPUESTA DE VALOR

Somos una aseguradora 100% costarricense donde el cliente es el centro de todo lo que hacemos, por ello desarrollamos una **excelente experiencia al cliente** a través del ofrecimiento de seguros personales que satisfagan sus **necesidades de protección, de manera ágil y accesible.**

### VALORES

- Experiencia del cliente:** personalizada, accesible, oportuna y ágil, nuestra prioridad.
- Trabajo en equipo:** en procura de la excelencia y el mejoramiento continuo de nuestros procesos, productos y servicios.
- Transparencia:** en nuestras actuaciones y en los productos que ofrecemos, para generar cercanía y confianza con nuestros clientes internos y externos.
- Responsabilidad:** alto sentido del deber, ante el cumplimiento de las obligaciones respectivas y ante diversas circunstancias inherentes al entorno de la Aseguradora.
- Conciencia social:** enfoque socialmente responsable con nuestros clientes, nuestros colaboradores y medio ambiente.

#### 3. CALIFICACIÓN DE RIESGO

En la actualidad, Seguros del Magisterio cuenta con la calificación "AA- (CR)" con una perspectiva "Positiva",

otorgada por la Sociedad Calificadora de Riesgo Centroamericana S.A. "SC Riesgo", quien es la entidad contratada por la aseguradora para llevar a cabo esta gestión.

#### **4. TRATAMIENTO DE DATOS**

La información confidencial que el asegurado y/o beneficiario brinden a LA ASEGURADORA será tratada como tal.

El incumplimiento de lo anterior dará derecho al asegurado al cobro de los daños y perjuicios que se le ocasionen, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

LA ASEGURADORA, su personal Directivo y de planta están obligados a guardar el deber de confidencialidad de la información frente a EL TOMADOR DEL SEGURO y las personas aseguradas y solo quedarán liberados de ese deber mediante convenio escrito, diferente de este contrato, en el que se expresen los fines del levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos.

De igual modo, queda a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente, pero queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto.

#### **5. PRESENTACIÓN DE QUEJAS**

La presentación del escrito de queja o reclamación podrá realizarse personalmente o mediante representación, debidamente acreditada, en la sede del C.D.A. (centro para la defensa del asegurado) o por aquellos medios a distancia que el C.D.A. disponga, incluyendo correo electrónico.

La entidad tendrá en sus oficinas formularios impresos para la formulación de quejas y reclamaciones que requieren los requisitos que se señalan a continuación:

- a) Nombre completo del consumidor o razón o denominación, número de identificación y copia de la misma en el caso de personas físicas, dirección, correo electrónico o número de fax, para recibir notificaciones.
- b) Referencia, fecha y/o número del reclamo presentado a la aseguradora y/o identificación de la póliza de seguros.
- c) Condición del reclamante como tomador de seguro, asegurado, beneficiario o interesado en relación con una póliza de seguro.

d) Fundamentos de hecho y/o motivos de la queja o reclamación y solicitud que se formula al C.D.A.

e) Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento que la queja o reclamación está siendo tramitada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

f) Fecha y firma del reclamante cuando se apersona a las oficinas del C.D.A, firma digital, conforme la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, Ley 8454 o documento adjunto que compruebe la veracidad de la firma que consta en él.

g) Aportar, junto con el escrito la carta o resolución dada por la aseguradora sobre el reclamo correspondiente y las pruebas documentales que obren en poder del reclamante, relacionadas con el caso.

h) Autorización debidamente firmada para solicitar información a la aseguradora sobre el caso planteado.

#### **6. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

Cualquier controversia que surja o se relacione con este contrato, su interpretación y cumplimiento podrá ser sometida de común acuerdo entre las partes para su solución, alguno de los procedimientos previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social n° 7727 de 9 de diciembre de 1997, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

#### **7. UBICACIÓN**

Seguros del Magisterio tiene sus oficinas en San José, 150 metros sur de las oficinas principales del Banco Popular, costado sur del edificio de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional, calle 1 avenidas 8 y 10. [www.smseguros.cr](http://www.smseguros.cr).

## **II. COBERTURAS Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA**

**COBERTURAS: LA ASEGURADORA:** Entregará el monto asegurado seleccionado por el asegurado en la propuesta de seguro, según las coberturas contratadas que se detallan:

### **A) COBERTURA BÁSICA**

## FALLECIMIENTO

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar en un solo tracto al TOMADOR el saldo deudor de la operación crediticia al momento del siniestro, (no incluye intereses, cuentas por cobrar asociadas al crédito, comisiones, gastos de cobro administrativo o judicial pendientes), con base en la información suministrada por el TOMADOR DEL SEGURO y por los asegurados individuales en las solicitudes de inclusión en este seguro.

También, LA ASEGURADORA indemnizará a los beneficiarios designados o herederos legítimos, según corresponda, la diferencia entre el monto original de la deuda y el saldo de la operación crediticia que se paga al TOMADOR.

## B) COBERTURAS ADICIONALES

### Incapacidad total permanente

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al TOMADOR el saldo deudor de la operación crediticia al momento de ocurrencia de la incapacidad total permanente (lo adeudado únicamente como principal), en un solo tracto, cuando dentro de la vigencia le sea diagnosticada una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total permanente, estructurada dentro de la vigencia de la póliza, que de por vida le impidan a la persona, desempeñar las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente cualificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.

También, LA ASEGURADORA indemnizará al asegurado la diferencia entre el monto original de la deuda y el saldo de la operación crediticia que se paga al TOMADOR.

Para la formalización de la reclamación por esta cobertura LA ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar al asegurado aportar la historia clínica completa y practicarse la valoración de la pérdida de la capacidad laboral a través de una entidad competente designada por LA ASEGURADORA para tal efecto, quien determinará el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral y la fecha efectiva de la incapacidad total permanente, dicha calificación debe ser superior al 67% para que haya lugar a indemnización.

Cuando la incapacidad total permanente sea la parálisis total permanente completa de hemicuerpo y del cuerpo entero, la pérdida anatómica o funcional de ambas manos (a nivel de la muñeca), ambos pies (a nivel del tobillo), de una mano y un pie (a nivel de la muñeca y el tobillo), la pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irreparable, se considerará que está suficientemente probada la incapacidad, sin que el asegurado deba proveer más pruebas de ella, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en ese estado.

Al realizarse la indemnización de esta cobertura, automáticamente hace que finalice la protección al asegurado tanto de esta cobertura como de la de muerte y desempleo involuntario.

Para gozar de esta cobertura deberán concurrir las siguientes condiciones:

- a) No tener la condición de pensionado o jubilado al ser incluido en el seguro.
- b) Que se trate de una declaración de Incapacidad Total Permanente cuyo porcentaje de impedimento o incapacidad sea igual o superior al 67%.
- c) Continuar permanentemente incapacitado a la fecha en que el beneficio se hace efectivo.
- d) Aportar un Certificado de la comisión Calificadora competente, donde se otorga la incapacidad no sujeta a revisión.

### DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

La Aseguradora realizará el pago que el Asegurado esté obligado a realizar de manera mensual por concepto del crédito, mientras permanezca desempleado o incapacitado después del período de carencia y deducible establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, hasta por el periodo máximo estipulado en el certificado de la póliza para este beneficio, que puede ser de 3, 6, 9 o 12 pagos, si el Asegurado durante la vigencia de la póliza llegara a perder su fuente de ingreso económico con ocasión de un evento de desempleo involuntario o incapacidad temporal (en el caso de trabajador independiente).

Las opciones de indemnización a ser contratadas las cuales **son excluyentes entre si**, se muestran a continuación:

**Trabajador Asalariado:**

- i. **Por despido con responsabilidad patronal.**
- ii. **Porque se extinga la fuente de trabajo como consecuencia de muerte o incapacidad del patrono.**
- iii. **Por quiebra o insolvencia del empleador sea persona física o jurídica.**

**Trabajador Independiente:**

- i. Incapacidad temporal por enfermedad o accidente y cuya incapacidad sea mayor a los treinta (30) días continuos. (solo se cubren periodos mensuales completos)

COBERTURA DE SM ASISTENCIA SALUD

SM ASISTENCIA es un producto que asiste al Asegurado y sus dependientes incluidos en el seguro, ante eventos súbitos y fortuitos que vengán a presentarse con los servicios que se detallan más adelante. Cabe destacar que esta cobertura consiste en una prestación de servicios, en el que priva el concepto de dar servicios en especie sobre el de indemnización (pago de dinero).

Tratándose de un producto de servicios, no se realizarán o reintegrarán al cliente valores o pagos por servicios que él contrate directamente por sus propios medios, sin que haya una llamada de solicitud del servicio de SM-Asistencia y por consiguiente una autorización.

Los servicios de asistencia que se enuncian a continuación, se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en este documento se establecen, siempre y cuando haya la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

Las asistencias que se enuncian a continuación serán brindadas tanto al Asegurado Principal como a los Dependientes señalados en la póliza.

**SM Asistencia Salud:**

LA ASEGURADORA prestará los servicios de asistencia a través de un operador de servicios de salud, durante la vigencia del seguro, de acuerdo con los términos y condiciones siguientes: -Cabe destacar que esta cobertura consiste en una prestación de servicios, no es el pago en dinero mediante indemnización-

A través de SM Asistencia, al Asegurado y sus dependientes incluidos en el seguro, tendrán derecho a los siguientes servicios sujetos al límite indicado a continuación:

- 1.1.1. Acceso a una plataforma tecnológica administrada por SM Asistencia, mediante la cual podrán acceder a una serie de servicios de salud obteniendo precios diferenciados respecto al precio normal y acostumbrado de cada servicio.

Los servicios que los clientes de LA ASEGURADORA podrán contratar obteniendo descuentos especiales, se detallan a continuación:

- Medicina General.
- Medicina Estética.
- Especialidades Médicas.
- Cirugías incluidas las de carácter estético.
- Exámenes de Tomografía Computarizada (TAC).
- Examen de Angiotomografía Computarizada (Angio TAC).
- Farmacias.
- Laboratorios Clínicos.
- Clínicas Dentales.
- Centros Radiológicos.
- Audiología.
- Servicios de SPA.
- Gimnasios.
- Clínicas Veterinarias.

- 1.1.2. Coordinación de las citas solicitadas por los clientes de LA ASEGURADORA a través del call center del operador de los servicios, orientándolos sobre la ubicación de los centros de salud de la red.

- 1.1.3. Los beneficios otorgados por SM Asistencia se brindarán sin límite de eventos por asegurado y año póliza.

**Limitaciones del servicio de asistencia**

- a) LA ASEGURADORA no será responsable y, por lo tanto, no le será exigible el pago de indemnización de ninguna índole, por daños que puedan sobrevenir al ASEGURADO o a cualquier pariente o acompañante durante la atención o prestaciones de los servicios indicados.
- b) Las obligaciones de LA ASEGURADORA derivadas de la prestación de los servicios contratados son de



medio y no de resultado. Por lo tanto, LA ASEGURADORA no será responsable por ningún daño que pueda sufrir EL ASEGURADO derivado de la atención o situación que amerite la intervención de LA ASEGURADORA.

- c) LA ASEGURADORA quedará eximida de toda responsabilidad, en los siguientes casos:
- i) Ante hechos de tal magnitud que revistan las características de catástrofes o desastres, incendios, terremotos, inundaciones, guerra civil interna o internacional, rebelión, tumulto, motín, acto colectivo de vandalismo o de terrorismo o análogos.
  - ii) Ante el acontecimiento de emergencias que afecten simultáneamente a un número de ASEGURADOS que supere la capacidad operativa y funcional de la Red de Atención.
  - iii) Cuando por circunstancias ajenas a su voluntad o que constituyan supuestos de caso fortuito o fuerza mayor, se encuentre impedida de prestar el servicio contratado o lo haga en forma distinta de la pactada; y/o en casos en que por razones externas a LA ASEGURADORA no se pudiese establecer comunicación entre las partes.

#### Solicitud de servicio de asistencia

Las solicitudes del servicio deberán hacerlas directamente El ASEGURADO o sus dependientes incluidos en la póliza, conforme a lo siguiente:

Para acceder a los servicios indicados los clientes deben comunicarse por las siguientes vías: teléfonos: (506) 4000-1510, (506)8549-9999, (506) 2446-0579. Web: [www.mediasis.cr](http://www.mediasis.cr).

En la solicitud, deberán brindar la siguiente información:

- a) Brindar el número de teléfono del cual está realizando la llamada (para contactarle de nuevo en caso de que la llamada se interrumpa).
- b) Indicar su nombre y número de cédula.
- c) Detallar el tipo de asistencia requerida.
- d) Responder a las preguntas que nuestro personal realizará sobre el servicio solicitado.
- e) Esperar por la atención.

La información actualizada del proveedor de servicios de asistencia podrá ser consultada a través del teléfono (506) 2211-9100 o por medio de la página web [www.smseguros.cr](http://www.smseguros.cr).

**PERIODO DE COBERTURA:** El período de cobertura será bajo la base de la **ocurrencia** del siniestro, es decir, el seguro cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida ésta.

**INCLUSION DE ASEGURADOS:** El miembro del Grupo asegurable debe completar la fórmula suministrada por LA ASEGURADORA, en la que solicita su inclusión en el seguro. También deberá llenar la designación de beneficiarios, lo cual debe quedar respaldado por su firma.

LA ASEGURADORA dentro de un plazo que no excederá de treinta días naturales comunicará la aceptación o rechazo de la solicitud y de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad respectivas.

Si la solicitud de inclusión es aceptada LA ASEGURADORA lo incluirá en el registro de asegurados y generará el Certificado de Seguro que se le hará llegar al Asegurado, mediante el contratante, el intermediario o al lugar o medio señalado para notificaciones.

#### **EXCLUSIONES; COBERTURA POR FALLECIMIENTO:**

Este seguro no amparará el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado se produce como consecuencia de alguna de las situaciones siguientes.

- a) Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.
- b) Participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- c) Participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.

- d) Participación activa en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.
- e) Fisión o fusión nuclear.
- f) Participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.

**Este seguro no amparará el reclamo bajo la cobertura de Incapacidad Total Permanente si ésta:**

- a) Fue provocada por el asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.
- b) Sobreviene por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.
- c) Sea consecuencia de la participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- d) Derive de la práctica o el desempeño de cualquier actividad que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, como ser la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, toreo, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.
- e) Se produce si el asegurado viaja como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, en un vuelo sujeto a itinerario, operado por una empresa

de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

- f) Participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- g) Participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.

Este seguro no cubrirá el reclamo de la cobertura de desempleo involuntario si el asegurado:

- a) El Asegurado no ha estado continuamente empleado con un mismo patrono, con una antigüedad mayor o igual a seis (6) meses previos al despido involuntario.
- b) Quede desempleado durante el periodo de carencia.
- c) Esté empleado por tiempo definido y queda desempleado como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo.
- d) No se cubren periodos de desempleo menores a un mes, o cuando el desempleo se presente durante o a la finalización del periodo de prueba.
- e) El Asegurado tiene un trabajo temporal, estacional o bajo la modalidad de trabajador independiente, excepto en los casos de trabajador independiente, cuando se trate de una Incapacidad Temporal con cobertura bajo los términos del Seguro.
- f) Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncia, se jubile en forma anticipada voluntariamente.
- g) Queda desempleado por motivo de terremoto, inundación, es decir a consecuencia de cualquier evento de carácter catastrófico; conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares similares.
- h) Sufre una Incapacidad total y permanente.
- i) No se encuentra cotizando ante la C.C.S.S bajo la modalidad de trabajador asalariado o independiente.

- j) Cuando el Asegurado cuente con al menos con un trabajo en el que recibe una remuneración salarial, ni tampoco negocios familiares respecto de los integrantes de la familia.
- k) En el caso de trabajadores independientes, cuando no se encuentren inscritos como contribuyente ante el Ministerio de Hacienda.
- l) Es despedido mientras se encuentre laborando fuera del territorio costarricense por más de noventa (90) días naturales. Esta exclusión no aplicará si las causas por la cuales el Asegurado deja el territorio costarricense es:
  - 1. Trabajar en una embajada o consulado costarricense.
  - 2. Si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.
- m) Pérdida del empleo del Asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia del Seguro.
- n) Se encuentra incapacitado por maternidad.
- o) Es despedido por su patrono sin responsabilidad patronal.
- p) El periodo de desempleo no supera el deducible.
- q) Se ve afectado por una suspensión del contrato de trabajo, según lo define el artículo 74 del Código de Trabajo.
- r) Si el asegurado sufre disminución de ingresos.
- s) Si el contrato de trabajo del asegurado no es renovado.

En la cobertura de desempleo involuntario no se cubren eventos si el asegurado cuenta al menos con un trabajo en el que recibe una remuneración salarial, ni tampoco negocios familiares respecto de los integrantes de la familia.

El monto total indemnizable por parte de LA ASEGURADORA por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite agregado de responsabilidad anual. Este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el TOMADOR DEL SEGURO contratadas con LA ASEGURADORA y será estipulado en las condiciones particulares de cada póliza.

LA ASEGURADORA llevará un control estricto para evitar que la suma asegurada por asegurado exceda ese límite. En el caso de que por alguna razón el límite fuere excedido, LA ASEGURADORA deberá informar de esa situación al

asegurado, así como reintegrarle las primas pagadas en exceso.

Sin embargo, en el caso de la cobertura de desempleo involuntario el monto máximo Indemnizable por asegurado no podrá exceder el estipulado en las condiciones particulares.

En caso que el Asegurado cuente con dos o más créditos, el pago de la cobertura no podrá exceder el monto máximo de seguro estipulado en las Condiciones particulares. La cobertura se podrá reactivar para el mismo asegurado, siempre y cuando cumpla con la condición de empleo permanente, siendo sujeto al periodos de carencia y deducible.

**DISPUTABILIDAD:** La suma contratada para el beneficio de muerte será disputable con relación a cualquier asegurado que falleciere, de conformidad con lo establecido en el cuadro siguiente, como consecuencia de alguna enfermedad, estado o condición física o mental, lesión o accidente, del cual tuviere conocimiento en el momento de la suscripción de este seguro; por la que estuvo sometido a tratamiento, fue diagnosticada por un médico, fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado o terceras personas.

Monto asegurado	Plazo de disputabilidad
¢ 0 a ¢ 1.000.000	0 meses
¢ 1.000.001 a ¢ 5.000.000	6 meses
¢ 5.000.001 a ¢ 75 millones	1 año
¢ 75.000.001 o más	2 años

Cuando la causa de la muerte fuera a consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), este seguro no pagará suma alguna por cualquier reclamo que se presente bajo esta condición durante el periodo de disputabilidad de dos (2) años, contabilizado a partir de la fecha de inclusión del asegurado.

Para cada aumento de monto asegurado se reinicia el período de disputabilidad y suicidio, por el incremento correspondiente.

Transcurridos los periodos indicados, el beneficio de muerte será indisputable excepto por falta de pago de la prima.

La cobertura adicional de Incapacidad Total Permanente es disputable durante un plazo de dos (2) años.

**SUICIDIO:** Si un asegurado comete suicidio durante el primer año de estar asegurado en esta póliza, sea que estuviere o no en pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, LA ASEGURADORA sólo estará obligada a devolver las primas no devengadas menos los gastos ocasionados. Ese reintegro se hará al TOMADOR DEL SEGURO o a los beneficiarios designados en el caso de que el pago de la prima corresponda al Asegurado.

#### OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y BENEFICIARIOS:

OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA: LA ASEGURADORA DEBERÁ:

- a) Entregar en el medio designado por el asegurado para recibir notificaciones un certificado individual de cobertura en el que se especificará la descripción y monto de cada una de las coberturas contratadas.
- b) Notificar al asegurado cualquier decisión que tenga por objeto la rescisión o nulidad de este contrato, para que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.
- c) Entregar a los integrantes del grupo asegurable y a la persona asegurada idéntica información, en iguales términos y condiciones como si se tratara de un contrato de seguro individual, en especial, las cláusulas de disputabilidad y exclusiones de la póliza.

El incumplimiento de lo anterior, generará la ineficacia de la aplicación de esas cláusulas frente a la persona asegurada.

- d) Entregar al TOMADOR, previo al vencimiento de la póliza, en un plazo de un mes el reporte completo de los datos de los asegurados que conforman el grupo asegurado; información que deberá ser validada por el TOMADOR.

#### OBLIGACIONES DEL TOMADOR:

- a) Pagar la prima de acuerdo con lo dispuesto en este contrato.
- b) Declarar todas aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, así como aquellas que lo agraven.
- c) Comunicar dentro del plazo establecido en la cláusula 24 el acaecimiento del siniestro a LA ASEGURADORA, así como

cuando corresponda según la cobertura, aportar la documentación exigida para obtener la indemnización correspondiente.

#### OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO

El TOMADOR DEL SEGURO y los asegurados, individualmente considerados están obligados a declarar a LA ASEGURADORA todos los hechos y circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo.

En tal orden de ideas, el contrato se celebra con base en los datos facilitados por EL TOMADOR DEL SEGURO y/o Asegurado, en la declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios suministrados por LA ASEGURADORA, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

#### OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS:

La omisión, la reticencia o la falsedad intencional del TOMADOR o los asegurados sobre los hechos o circunstancias que, si hubiesen sido conocidas por LA ASEGURADORA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen su nulidad absoluta o relativa según corresponda.

LA ASEGURADORA retendrá las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales, se procederá según se indica:

- a) LA ASEGURADORA tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al tomador la modificación del contrato, lo que será efectivo a partir del momento en que se conoció el vicio.

Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días hábiles después de su notificación LA ASEGURADORA podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

- b) Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, reintegrando al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.



El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

Las sanciones contempladas en este artículo no se aplican si LA ASEGURADORA antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o sí, ya celebrado el contrato, se dedica a subsanarlo o los acepta expresa o tácitamente.

**EFFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS:** Si el siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, LA ASEGURADORA deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse a EL TOMADOR.

En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible AL TOMADOR, LA ASEGURADORA brindará la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado.

Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera suscrito el contrato, quedará liberada de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente.

**BLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS:** Presentar la documentación exigida por LA ASEGURADORA para obtener la indemnización respectiva.

**DERECHOS Y DEBERES DEL ASEGURADO:** El asegurado y el beneficiario tienen derecho a exigir que LA ASEGURADORA pague al beneficiario el importe de la cobertura amparada por el seguro.

El asegurado o su beneficiario deben informar a LA ASEGURADORA su domicilio en forma exacta, para que llegado el caso, les notifiquen las decisiones indicadas en el inciso 1 del punto b de la cláusula 15.

En caso de optar por los beneficios de esta cobertura el Tomador deberá justificar debidamente la indemnización reclamada y proporcionar las pruebas que la Aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa el siniestro ocurrido.

Durante la vigencia del contrato, el Asegurado deberá brindar toda la colaboración que se encuentre a su alcance y que sea requerida por la Aseguradora.

**RECTIFICACIÓN:** Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la solicitud o propuesta de seguro, el tomador podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba aquella. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

#### INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobare inexactitud en la solicitud de inclusión o declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

1. Si la edad verdadera ESTA FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE LA ASEGURADORA, el contrato se considerará nulo. LA ASEGURADORA está obligada a informar al asegurador las edades límites a las que este inciso hace referencia previa a la suscripción del contrato.
2. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA.
3. Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

**PLAZO DE GRACIA:** Se concederá un plazo de gracia de sesenta días naturales para la cancelación de la prima subsiguiente a la primera, cualquiera que sea la forma de pago convenida y no tendrá recargo de intereses.

**AVISO DE SINIESTRO:** EL TOMADOR DEL SEGURO o el Asegurado según el caso, deberán dar a aviso a LA ASEGURADORA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación, salvo caso de fuerza mayor, en cuya hipótesis y previa comprobación, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

En el caso de la cobertura de desempleo involuntario deberá comunicar dentro del plazo de 15 días hábiles siguientes a que el asegurado quedo desempleado, el acaecimiento del siniestro a la Aseguradora.

Si el asegurado no puede realizar personalmente el aviso, podrá hacerlo mediante un apoderado debidamente facultado, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1251, siguientes y concordantes del Código civil.

En caso de no cumplirse con este requisito por mediar dolo, culpa grave del asegurado o beneficiario, o se genere un daño irreparable, la responsabilidad de LA ASEGURADORA con respecto del TOMADOR o asegurado emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

El asegurado a petición de LA ASEGURADORA deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

#### DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR:

La documentación por presentar ya sea por el TOMADOR o el asegurado designados será de acuerdo con la cobertura de que se trate, según se indica a continuación.

##### I) Muerte

- a) Formulario de reclamo suministrado por la Aseguradora, debidamente completo por el contratante.
- b) Fotocopia de la cédula de identidad del fallecido.
- c) Certificado Original de Defunción Original, expedido por el Registro Civil que indique las causas de muerte del asegurado.
- d) Constancia o Certificación de Deudas, emitida por el TOMADOR donde se indique número de operación crediticia, fecha de formalización o aceptación del crédito, monto original y saldo pendiente de la deuda al momento del fallecimiento, fecha de inclusión del seguro.
- e) Autorización de los beneficiarios para solicitar historias clínicas del fallecido.
- f) Fotocopia de documento de identidad de los beneficiarios designados. Si alguno de éstos falleció, debe presentarse certificado de defunción extendido del Registro Civil.
- g) Constancia de nacimiento de los beneficiarios menores de edad, y fotocopia del documento de

identidad de quien ostenta la patria potestad del menor.

##### II) INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

- a) Aviso del evento sujeto de cobertura a través del formulario de presentación de reclamos facilitado por LA ASEGURADORA.
- b) Original y fotocopia del documento de identidad vigente del Asegurado.
- c) Certificado original de incapacidad total permanente emitido por la Comisión Calificadora competente, indicando el diagnóstico de incapacidad, la fecha a partir de cuándo es aprobada, el porcentaje de impedimento físico otorgado, y que el diagnóstico no es sujeto a revisión.
- d) Constancia o Certificación de Deudas, emitida por el TOMADOR donde se indique número de operación crediticia, fecha de formalización o aceptación del crédito, monto original y saldo pendiente de la deuda al momento de la incapacidad permanente y fecha de inclusión del seguro.
- e) Autorización para la solicitud de historias clínicas en los diferentes centros médicos donde ha sido atendido el Asegurado, si se encuentra en período de disputabilidad.

Producida la Incapacidad Total Permanente del asegurado, deberá ser notificada a LA ASEGURADORA en el formulario por ella suministrado dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se haya diagnosticado.

Si el asegurado no puede realizar personalmente el aviso, podrá hacerlo mediante un apoderado debidamente facultado, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1251, siguientes y concordantes del Código civil.

El asegurado deberá proporcionar a LA ASEGURADORA todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a LA ASEGURADORA para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y está obligado a someterse a los exámenes y pruebas que LA ASEGURADORA solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la incapacidad total permanente y la fecha en que ésta se haya producido.

El costo de estos exámenes y pruebas será de cargo de LA ASEGURADORA.

La negativa del asegurado de someterse a los exámenes requeridos por LA ASEGURADORA la autoriza a rechazar la reclamación por ese solo hecho, a partir de la fecha de la negativa, circunstancia que LA ASEGURADORA comunicará por escrito al contratante.

Una vez que la condición de Incapacidad Total Permanente esté suficientemente probada, el asegurado no deberá proveer más pruebas de ella ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en ese estado.

### III) Desempleo involuntario.

- a) Notificar por escrito a La Aseguradora sobre su condición de desempleado en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles desde su ocurrencia.
- b) Completar el formulario de presentación de siniestros facilitado por la Aseguradora.
- c) Fotocopia por ambos lados del documento de identidad del Asegurado.
- d) Copia de los comprobantes de los salarios recibidos en los últimos seis (6) meses o, en su defecto, constancia emitida por ex-patrono de los últimos seis (6) meses pagados.
- e) Original o copia certificada de la carta o constancia de despido donde se indique fecha de ingreso y salida, tipo de empleado, causa del despido e indicar si es con o sin responsabilidad patronal, con firma y sello del expatrono.
- f) Si hay contención sobre el carácter del despido, deberá presentarse copia certificada de la sentencia firme en la que se defina el asunto.
- g) Estudio de cuotas emitido por la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), donde se indique que el Asegurado ha estado cotizando para ese régimen durante los seis (6) meses inmediatos anteriores al despido y que muestre los patronos con que laboró.
- h) Declaración del Asegurado de que no percibe otras remuneraciones.
- i) El tomador deberá facilitar estados de cuenta del saldo insoluto de la deuda y certificado de la cuota mensual de la operación crediticia asociada a la cobertura.

En el caso de documentos emitidos en el extranjero, deben presentarse debidamente legalizados por las Autoridades consulares correspondientes.

Los requisitos antes mencionados deberán presentarse en oficinas centrales o Sucursales de LA ASEGURADORA.

Cuando LA ASEGURADORA revise la información presentada por el solicitante y detecte la falta de algún documento para la presentación del reclamo, le informará al solicitante y recibirá el resto de la información. No obstante; el trámite para iniciar el proceso de liquidación será efectivo al presentar todos los requisitos.

### CONTINUIDAD DEL DESEMPLEO

En caso que el Asegurado se mantenga en condición de Desempleado durante más de tres (3) meses, de previo al pago respectivo de la Cuota Mensual Asegurada, según el plazo contratado, el Asegurado deberá entregar a la Aseguradora una certificación emitida por la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), en la cual consta que el Asegurado no cotiza para dicho régimen como asalariado ni como trabajador independiente. La presentación de esta certificación será condición indispensable y necesaria para el pago de las cuotas siguientes, por lo que la Aseguradora podrá suspender el pago de cobertura en caso de no cumplirse con este requisito. Lo anterior sin perjuicio de las indagaciones que pueda realizar la Aseguradora ante las autoridades pertinentes para comprobar la condición laboral del Asegurado.

La Aseguradora tendrá potestad de realizar las investigaciones correspondientes, que permitan comprobar fehacientemente la condición de desempleo del reclamante, Si el Asegurado estaba laborando o cotizando como trabajador independiente, no notificó de tal hecho al Tomador del Seguro o a LA ASEGURADORA y esta realizó los pagos mensuales, el Tomador del Seguro realizará la devolución a LA ASEGURADORA en un plazo máximo de diez (10) días hábiles después de realizado el cobro, de todos los pagos cancelados durante el periodo que el Asegurado estuvo laborando.

### RECLAMO CONSECUTIVO

En el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal - Asalariados, si el Asegurado se recupera de la incapacidad antes del término del periodo de pago del beneficio y recae nuevamente antes de pasar dos (2) meses del día de recuperación, la recaída se considerará como continuación de la incapacidad previa, es decir, el Asegurado no tendrá que asumir el deducible nuevamente.

**VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este seguro entra en vigor desde la fecha de emisión de esta póliza, según se detalla en las condiciones particulares y terminará el día inmediato anterior a la fecha de cada aniversario póliza.

**TERMINACION ANTICIPADA:** Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por EL TOMADOR DEL SEGURO en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación.

De igual forma, LA ASEGURADORA comunicará a los asegurados, con al menos un mes de previo a la fecha de la terminación del contrato la decisión, a efecto de que sus intereses no sea vean afectados

LA ASEGURADORA tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá reembolsar la prima no devengada al TOMADOR o asegurado según corresponda.

La percepción por parte de LA ASEGURADORA de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de terminación anticipada no hará perder su efecto, debiendo LA ASEGURADORA reembolsar la suma recibida.

**CADUCIDAD DEL SEGURO:** La protección del asegurado terminará automáticamente cuando se presente cualquiera de los siguientes casos:

- a) Cuando se indemnice por cualquiera de las coberturas contratadas.
- b) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima mensual del asegurado cubierto por esta póliza.

En este caso, LA ASEGURADORA notificará al TOMADOR DEL SEGURO esta decisión en el medio o lugar señalado para atender notificaciones dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que incurrió en mora.

- c) Cuando vencido el año póliza el TOMADOR decidiera no renovarlo.
- d) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado.
- e) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- f) Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente. En el caso de la Cobertura de

- Desempleo Involuntario el grupo asegurado sea menor a cien (100) asegurados.
- g) Cuando la operación crediticia o si el asegurado tiene varias la suma de todas ellas, sea igual o inferior al mínimo establecido en las condiciones particulares.
- h) Cuando la operación crediticia haya sido cancelada.

Adicionalmente, la cobertura de desempleo voluntario terminará en caso que ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- i. El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera de la República de Costa Rica y que ya no cotice ante la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S).
- ii. El Asegurado cumpla el máximo de meses como desempleado estipulado en las condiciones particulares.

Una vez que se inicia la indemnización de la cobertura por desempleo involuntario, la Aseguradora podrá detener o suspender el beneficio en caso que ocurra cualquiera de las siguientes condiciones:

- i. El Tomador del seguro deje de pagar la prima.
- ii. Finalice la obligación de pago del crédito, en cuyo caso el TOMADOR del seguro deberá comunicar inmediatamente a la Aseguradora la fecha del último pago del crédito.
- iii. El Asegurado termine su condición de desempleado, en cuyo caso deberá comunicar inmediatamente a la Aseguradora la fecha de inicio del nuevo empleo para que a partir del mes siguiente se suspenda la indemnización.
- iv. Advenimiento de la edad de jubilación o la jubilación efectiva del asegurado (lo que ocurra primero)

#### RESPUESTA OPORTUNA

El tomador, asegurado y beneficiario tienen el derecho a recibir respuesta clara y oportuna de todo reclamo, petición o solicitud que presenten, personalmente o por medio de su representante legal, ante LA ASEGURADORA o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de 30 días.



**REGISTRO SUGESE**

“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, ley 8653, bajo el registro número P14-26-A02-017 de fecha 17 de noviembre de 2009”.

