

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**¹, por medio de la **eficiencia** y la **innovación** de productos y servicios, mejorando la **calidad de vida** de nuestros asegurados.

¹ 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

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

II. COBERTURA Y EXCLUSIONES DE LA POLIZA

LA ASEGURADORA entregará el monto asegurado seleccionado por el TOMADOR o asegurado, según las coberturas contratadas que se detallan:

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

LA ASEGURADORA cubrirá al asegurado los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos, razonables y acostumbrados hasta por el total de la suma asegurada, en que se incurra como consecuencia directa de las lesiones sufridas por el asegurado en uno o varios accidentes hasta agotar la suma asegurada.

Los gastos podrían ser cubiertos a través de **reembolso** contra presentación de facturas en las oficinas de la Aseguradora; o a través de proveedores de servicios médicos registrados dentro de la **Red Médica** autorizada por LA ASEGURADORA.

La suma asegurada para esta cobertura aplicará por cada evento.

Se aplicará un coaseguro del 15% (quince por ciento) sobre el monto total de los gastos médicos incurridos por el evento asegurado, con excepción de los estabilizadores, inmovilizadores o aparatos ortopédicos para los cuales el coaseguro es del 35% (treinta y cinco por ciento).

Tratamientos odontológicos:

Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente.

Ortopedia y rehabilitación:

El reintegro de los gastos por concepto de ortopedia o rehabilitación estará condicionado de la siguiente forma:

- i. Se pagan máximo dos consultas médicas del especialista en ortopedia por evento o accidente.
- ii. Se pagan máximo cinco sesiones de rehabilitación por evento o accidente.
- iii. Se pagarán máximo diez sesiones de rehabilitación por año póliza, indistintamente del número de eventos o accidentes.
- iv. Se cubre el pago de estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos; al costo razonable y acostumbrado aplicando un coaseguro del 35% (treinta y cinco por ciento).

Transporte en ambulancia

Se paga un máximo de diez mil colones por transporte en emergencia al momento del accidente.

GASTOS FUNERARIOS:

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar el monto asegurado contratado para cubrir los servicios de asistencia funeraria, lo cual puede ser a través de un proveedor de servicios auxiliares funerarios debidamente registrado o de libre elección del contratante. Se cubre la muerte en general, es decir, no está limitada a que sea por accidente.

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA DE MIEMBROS O INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE:

LA ASEGURADORA pagará al asegurado el porcentaje de la suma asegurada de conformidad con el grado de incapacidad permanente a consecuencia de un accidente, basándose en la tabla de indemnizaciones siguiente.

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE:

Tipo de incapacidad	Porcentaje (%) del monto asegurado
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100
Por pérdida de ambas manos o ambos pies, o de una mano y un pie.	100
Por pérdida total o irreparable de la visión de ambos ojos, de la audición de ambos oídos o del habla.	100
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de visión binocular normal	50
Sordera total e incurable de un oído.	15
Ablación de la mandíbula inferior.	50
MIEMBROS SUPERIORES	
Pérdida total de un brazo.	65
Pérdida total de una mano.	60
Fractura no consolidada de una mano (seudo artrosis total).	45
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25
Anquilosis del codo en posición funcional.	20
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15
Pérdida total del pulgar	18
Pérdida total del índice.	14
Pérdida total del dedo medio.	9
Pérdida total del anular o el meñique	8
MIEMBROS INFERIORES	
Pérdida total de una pierna	55
Pérdida total de un pie.	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total).	35
Fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis total).	30
Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total).	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine en posición funcional	8

Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm.	15
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 3 cm.	8
Pérdida total del dedo gordo del pie.	8
Pérdida total de otro dedo del pie.	4

Esta cobertura ampara un único accidente durante todo el período de cobertura. Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad se deriva de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado. La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada, sólo que se hubiera producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por pérdida del dedo entero si se tratara del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratara de otros dedos.

Combinación de Incapacidades:

Por pérdida simultánea de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100%.

Lesiones no previstas:

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

En las coberturas básicas se tendrá dos opciones de días de cobertura, a escogencia del TOMADOR DEL SEGURO:

Cobertura 24/7: Cobertura por las 24 horas los siete días de la semana.

Cobertura 12/5: Cobertura por 12 horas los días de lunes a viernes en el horario establecido en las condiciones particulares.

b.- COBERTURAS OPCIONALES.

GASTOS MÉDICOS POR EMERGENCIA:

LA ASEGURADORA reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos, razonables y acostumbrados, hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, en que se incurra como consecuencia directa de una emergencia,

entendiendo esta como una amenaza inmediata para la vida del asegurado principal y cuya asistencia en un hospital o centro médico no puede ser demorada, la cual es catalogada como tal por el centro médico o médico que atendió la emergencia.

Para esta cobertura se aplicará un coaseguro del 15% (quince por ciento) sobre el monto total de los gastos médicos incurridos por el evento asegurado, con excepción de los estabilizadores, inmovilizadores o aparatos ortopédicos para los cuales el coaseguro es del 35% (treinta y cinco por ciento).

Subsidio para pago Gastos Académicos por muerte o incapacidad y total permanente del Tomador del Seguro:

LA ASEGURADORA pagará la suma asegurada para esta cobertura en caso de muerte en general -es decir no limitada a muerte accidental- o en caso de incapacidad total permanente a consecuencia de un accidente del tomador del seguro, en ambos casos si se trata de una persona física. El pago estará condicionado a que el asegurado no presente enfermedades preexistentes al momento de suscribir el seguro.

COBERTURA SERVICIOS DE ASISTENCIA:

SM ASISTENCIA es un producto que asiste al asegurado ante eventos súbitos y fortuitos que vengan 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). El asegurado que tenga vigente el SEGURO SM EDUCACION TÉCNICA podrá disfrutar de los servicios, para lo cual debe solicitarlo telefónicamente. En el momento que se realice la llamada telefónica, se procede inmediatamente a coordinar el servicio por medio del proveedor de servicios de asistencia, quien se encarga a nivel nacional de organizar todos los trámites necesarios y asume los gastos generados (según los límites de cobertura establecidos, más adelante) por el servicio requerido. Queda claro que no se trata de un seguro indemnizatorio en el que SEGUROS DEL MAGISTERIO realiza un pago, sino de una serie de servicios de asistencia que SEGUROS DEL MAGISTERIO coloca a disposición de sus asegurados a través de su proveedor de servicios de asistencia. 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. El proveedor de servicios de asistencia dará los servicios de acuerdo con los alcances, cuantía y límites estipulados para cada uno de ellos siempre y cuando la póliza se encuentre vigente.

En caso de requerir utilizar los servicios de asistencia el asegurado debe llamar al número de teléfono 2528-7501, disponible las 24 horas del día 365 días del año.

DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS

TRASLADO MEDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA POR ACCIDENTE

Por previa solicitud telefónica, cuando los asegurados sufran una emergencia que haga necesario el traslado en ambulancia terrestre hasta un centro hospitalario, el proveedor de servicios de asistencia gestionará y cubrirá el pago del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. El proveedor de servicios de asistencia podrá según su exclusivo criterio, coordinar el traslado por medio de los servicios de ambulancia pública en la localidad

2.2 VISITA MÉDICA DOMICILIAR

Por solicitud de los asegurados derivado de una emergencia médica repentina, el proveedor de servicios de asistencia enviará un médico general hasta el domicilio de los asegurados para su revisión, previa autorización del médico que brindó la orientación médica telefónica. Este servicio cubre el costo de la visita médica.

El costo de los medicamentos será cubierto directamente por los asegurados. De este servicio están excluidas nuevas visitas por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del asegurado. Donde no exista infraestructura adecuada, el proveedor de servicios de asistencia coordinará la asistencia médica por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, médicos especialistas.

El costo de los exámenes que deban realizarse los asegurados, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por ellos.

2.3 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Por solicitud de los asegurados, el proveedor de servicios de asistencia lo pondrá en contacto telefónico con un profesional de la salud para que le brinde una orientación médica ante dudas que tenga en el área de la salud.

El objetivo de la orientación es minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades de los asegurados entregando soluciones a dudas médicas cotidianas, no se trata de una consulta médica,

de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos.

2.4 SERVICIO DE LIMPIEZA DEL INMUEBLE POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Por previa solicitud del ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES y en consecuencia de la hospitalización del ASEGURADO, producto de un accidente o enfermedad grave, súbita e imprevista dentro del territorio nacional que imposibilite su permanencia en el DOMICILIO, se enviará una persona, empleada doméstica, para asistir en labores de limpieza exclusivamente doméstica en el DOMICILIO del ASEGURADO, el servicio se limita a la limpieza superficial de las áreas internas del inmueble donde habita el ASEGURADO de forma habitual y permanente. No se cubre el pago de limpieza de alfombras unidas de forma permanente o no, al inmueble, cortinas, ropas, cielo raso, también se excluye la limpieza de zonas de piscinas y jardines.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: Cuatro horas diarias, en horario comercial y durante tres días consecutivos, en horario comercial. Este servicio se prestará únicamente durante la hospitalización del ASEGURADO PRINCIPAL y conforme el límite que se menciona en éste párrafo. Si la hospitalización es menor a tres días, el servicio también lo será, dándose por agotado un evento.

Las labores de limpieza deberán en todo momento ser supervisadas por un adulto y en ningún caso el personal de limpieza doméstica podrá permanecer sin supervisión dentro del inmueble. En el presente servicio no se incluye el cuidado de personas menores de edad.

2.5 INDICACIÓN, CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y FARMACIAS.

Por previa solicitud de los asegurados, el proveedor de servicios de asistencia realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización de los asegurados y le transmitirá esta información. Este servicio es meramente informativo, se trata de una indicación y no hace referencia a la calidad de los puntos de venta, no está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos o tratamientos en que los asegurados incurran al acudir a la farmacia indicada, que serán de entera responsabilidad de los asegurados.

2.6 ENVIO DE MEDICAMENTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Por solicitud de los asegurados, el proveedor de servicios de asistencia enviará medicamentos necesarios para la atención de una emergencia hasta el domicilio del asegurado. Este servicio cubre el costo del envío. El costo de los medicamentos

será de responsabilidad del asegurado y en aquellos casos en los cuales se requiera receta médica, el asegurado deberá proveerla en el momento de su recepción. No se enviarán medicamentos de receta verde o controlada.

2.7 INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN NUTRICIONAL VÍA TELEFÓNICA

Por solicitud de los asegurados y siempre que requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia alimentaria, el proveedor de servicios de asistencia lo pondrá en contacto con un profesional con el fin de brindarle consejos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, alimentos que deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a lactosa.

3. LÍMITE DE COBERTURA

El límite máximo de responsabilidad por cada una de los servicios de asistencia es el que se establece en el siguiente cuadro:

SERVICIOS A LA SALUD	COBERTURAS	EVENTOS POR AÑO
MÉDICO	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS
Traslado médico terrestre en ambulancia	Sin límite	2
Visita de médico a domicilio 24 horas	Sin límite	2
Orientación médica telefónica	Sin límite	Sin límite
Servicio de limpieza domestica con motivo de hospitalizacion del beneficiario	4hr - 3 dias	2
Consulta y localización de mejores precios de medicamentos	Sin límite	Sin límite
Referencia de centros médicos y especialidades	Sin límite	Sin límite
Envío de medicamentos al domicilio	Sin límite	Sin límite

NUTRICIONAL	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS
Información y orientación nutricional telefónica	Sin límite	Sin límite
- Consejos nutricionales	Sin límite	Sin límite
- Guía para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas	Sin límite	Sin límite
- Información sobre contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías	Sin límite	Sin límite
- Recetas especiales diabetes, sobrepeso o intolerantes a lactosa	Sin límite	Sin límite
Referencia de especialistas en nutrición	Sin límite	Sin límite

En caso de que el costo de cualquier servicio requerido por el asegurado, exceda el monto y/o la cantidad de eventos establecidos para cada servicio de asistencia, el mismo debe ser cancelado en el acto por el asegurado al proveedor del servicio.

El número de eventos establecido es por año calendario (del 01 de enero al 31 de diciembre de cada año) y no son acumulables de un año a otro.

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

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden, si la muerte o las lesiones son consecuencia de:

- a) La influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
- b) Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- c) 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.
- d) Accidente que el Asegurado sufra como consecuencia de su participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, huelga, 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.
- e) Participación activa del asegurado 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.
- f) Accidente producido directamente o indirectamente, próxima o remotamente, por fisión o fusión nuclear.
- g) Accidente que sobrevenga 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.
- h) Cuando el asegurado viaje como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, sujeta a itinerario, operada por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

- i) Enfermedades conocidas o diagnosticadas de forma preexistente, de conformidad con la definición de "Enfermedades Preexistentes".
- j) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- k) Tomainas o infección bacterica, excepto que se tratare únicamente con una infección piógena que ocurra simultáneamente con, y a consecuencia de, una cortadura o herida accidental o visible.
- l) 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.
- m) 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 y otros deportes considerados claramente riesgosos.

7.- GASTOS EXCLUIDOS

Están excluidos de esta póliza los gastos incurridos por:

- a) Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del asegurado.
- b) Reposición de anteojos, lentes de contacto y sus prescripciones, así como aparatos auditivos.
- c) Enfermedad.
- d) Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean causados por un accidente amparado.
- e) Hernias inguinales.

DISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán disputables por el plazo de dos (2) años con relación a cualquier Asegurado por enfermedades preexistentes, declaraciones reticentes o inexactas, de conformidad con lo establecido en el artículo 91 de la Ley 8956.

La ASEGURADORA podrá convenir con el Tomador del Seguro plazos diferentes de disputabilidad, lo cual deberá establecerse en las Condiciones Particulares.

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.

SUICIDIO

Si un asegurado comete suicidio durante el primer año de estar asegurado en la cobertura de Asistencia Funeraria o en la de subsidio para pago de estudios por muerte, 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 a los beneficiarios designados.

LA ASEGURADORA pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES

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. La ASEGURADORA entregará el certificado en un plazo máximo de diez días hábiles contados a partir de la solicitud de inclusión en el seguro cuando sea por inclusión automática y en el caso de que se requiera un proceso de selección, el plazo comenzará su cómputo a partir de la aceptación.

También el asegurado podrá solicitar copia de las condiciones generales y particulares del seguro contratado.

De igual modo, podrán solicitar copia de esa documentación quienes sin ser asegurados, tengan interés en el seguro en razón de concurrir a financiar el pago de la prima o encontrarse afectos a cumplir obligaciones y cargas de la póliza.

b) Notificar al asegurado cualquier decisión que tenga por objeto la rescisión, terminación anticipada 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

Corresponderá al 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 23 el acaecimiento del siniestro a LA ASEGURADORA, así como cuando corresponda según la cobertura, aportar la documentación exigida para obtener la indemnización correspondiente.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE:

Para gozar de los beneficios de esta póliza, el asegurado o sus beneficiarios en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que LA ASEGURADORA estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento, la lesión o lesiones corporales según corresponda, tuvieron su origen, directa y precisamente, en un accidente sujeto a indemnización.

En toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción de LA ASEGURADORA y por cuenta del reclamante la ocurrencia del accidente. El asegurado o el beneficiario deben facilitar a la ASEGURADORA todos los informes que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente o evento y los medios empleados para disminuirlas y atenuarlas. Informar a LA ASEGURADORA su domicilio en forma exacta.

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. El reclamante deberá presentar a LA ASEGURADORA las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como los comprobantes, originales legalizados de los gastos efectuados. Las facturas de medicamentos deberán

acompañarse de las recetas expedidas por el médico tratante, así como las prescripciones de exámenes adicionales.

LA ASEGURADORA podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección del hospital en que se encuentre el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. LA ASEGURADORA tiene derecho, en caso de incapacidad del Asegurado para el trabajo, de verificar ese estado siempre que lo juzgue conveniente, y al Asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por LA ASEGURADORA para este objeto entendiéndose que la negativa del Asegurado autoriza a LA ASEGURADORA para rechazar la reclamación por ese solo hecho a partir de la fecha de la negativa, circunstancia que LA ASEGURADORA comunicará por escrito al Contratante.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO:

Corresponderá al beneficiario presentar, cuando corresponda, toda la documentación exigida por LA ASEGURADORA para identificarse como beneficiario y así, obtener la indemnización respectiva.

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 asegurado las edades límites a que este inciso hace referencia previo 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, y
3. Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

La omisión, la reticencia o la falsedad intencional de EL TOMADOR o los asegurados sobre los hechos o circunstancias que, si hubiesen sido conocidas por LA ASEGURADORA, la hubiesen 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 declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado ni el asegurado está sujeto a la práctica de exámenes o diagnósticos, la omisión, la reticencia o la inexactitud producirán igual efecto si el Tomador y/o Asegurado ha encubierto por dolo o culpa grave, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, lo que deberá ser debidamente demostrado por LA ASEGURADORA.

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 esta cláusula 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 AL 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.

PLAZO DE GRACIA

Se concederá un plazo de gracia de treinta y un días naturales para la cancelación de la prima subsiguiente a la primera, cualquiera que sea la forma de pago convenida.

Durante el plazo de gracia, se considera el seguro en vigor y si ocurre algún siniestro, LA ASEGURADORA otorgará la indemnización, previa deducción de la prima causada o pendiente de pago por la renovación del seguro. Si la prima no es pagada antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y LA ASEGURADORA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de ese plazo.

PROCEDIMIENTO DE AVISO Y ATENCION DE SINIESTROS

El asegurado o lo beneficiarios deberán dar aviso a LA ASEGURADORA del evento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, en los formularios que para tal circunstancia le suministrará la ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días 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 cuyo caso y previa comprobación, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

El asegurado, a petición de LA ASEGURADORA deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento y presentada la documentación.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA ASEGURADORA brindará respuesta a toda gestión mediante resolución motivada y por escrito, entregada en el lugar o medio señalado para la atención de notificaciones, en

un plazo máximo de treinta días naturales a partir de su recepción.

Los pagos correspondientes a la indemnización que trata esta póliza, serán hechos por LA ASEGURADORA después de recibir y aprobar la documentación completa, incluyendo las pruebas legales y médicas relativas al siniestro. De igual forma, LA ASEGURADORA estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que los beneficiarios acrediten, aún extrajudicialmente, su derecho ante LA ASEGURADORA y haya presentado la documentación exigida para ese efecto.

La obligación de indemnizar de LA ASEGURADORA se extinguirá si acredita que el TOMADOR o asegurado declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos de que haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación. En caso de que la reclamación y/o los documentos presentados para sustentarlos fuesen en alguna forma fraudulentos, si en apoyo de ellas se utilizan medios o documentos engañosos o dolosos, si el siniestro fuere causado voluntariamente por el asegurado o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable, se perderá todo derecho a indemnización. La indemnización será pagadera a los beneficiarios designados en la fórmula correspondiente, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) de la cláusula 13 de las Condiciones Generales.

Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se realice una valoración, según lo establecido en la cláusula 35 o que EL TOMADOR o asegurado reclame la suma adicional por otras vías. En el recibo de pago, LA ASEGURADORA hará constar cuál es el monto en que no hay acuerdo.

CONDICIONES DE LA INDEMNIZACIÓN

En las coberturas por gastos médicos por accidente y gastos médicos por emergencia, aplican las siguientes condiciones:

Profesionales acreditados:

LA ASEGURADORA reembolsará los gastos provenientes de médicos autorizados para el ejercicio de su profesión, clínicas, hospitales, farmacias y laboratorios legalmente autorizados por el Colegio Profesional respectivo. En la cobertura de gastos médicos e incapacidad, LA ASEGURADORA, a su cargo, podrá nombrar un médico cuando lo considere conveniente para el análisis del reclamo, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la

inspección de la clínica u hospital en que se encuentre internado EL ASEGURADO, la comprobación y ajuste de los gastos.

Peritaje

Si el asegurado no se conformare con la evaluación del grado de invalidez en la cobertura de indemnización por pérdida de miembros o incapacidad permanente por accidente realizada por LA ASEGURADORA, se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el Asegurado y otro por LA ASEGURADORA. En caso de discordia entre ellos, designarán un tercer perito. Si no hubiere acuerdo con ese nombramiento, el tercer perito médico será designado por sorteo al azar de la lista oficial de peritos del Poder Judicial.

El sorteo se hará en presencia del asegurado y se procederá como sigue: A cada perito se le asignará un número que se introducirá en una tómbola de la cual el asegurado sacará un número, que será el tercer perito designado. Los Peritos deberán practicar la evaluación ateniéndose a lo dispuesto en la Tabla de Indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes. Cada una de éstas pagará los honorarios y gastos de su perito y la mitad de su tercero.

DOCUMENTACION POR PRESENTAR

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

I) Cobertura de gastos médicos por accidente y cobertura de gastos médicos por emergencia.

La indemnización de un siniestro por estas coberturas se puede hacer bajo dos modalidades:

- a) A través de proveedores de servicios médicos registrados dentro de la **Red Médica** autorizada por la **ASEGURADORA** para lo cual el asegurado o sus representantes deben comunicarse al teléfono 2296-9471 y 2520-0210, correo electrónico costarica@redbridge.cc a fin de coordinar la atención con el proveedor correspondiente, de acuerdo con el caso particular de cada persona.
- b) **Pago por Reembolso** contra presentación de facturas, para lo que deberá presentar:
 - a) Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
 - b) Declaración del médico, debidamente completa, en el formulario suministrado por la aseguradora.

- c) En el caso de tratamientos odontológicos:
 - i- Diagrama dental
 - ii- Radiografía panorámica inicial
- d) Las facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo debidamente cancelado. (En caso que la factura indique materiales quirúrgicos o medicamentos HLC, es necesario presentar su desglose).
- e) Recetas y prescripciones de: medicamentos, exámenes de laboratorio, radiológicos, artículos de apoyo (cabestrillo, férulas, muletas, entre otros), terapia física que indique sesiones recomendadas u otro examen para diagnóstico y su costo.
- f) Interpretación escrita de rayos X, ultrasonidos, campos magnéticos, entre otros.
- g) Firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde el Asegurado ha sido atendido.
- h) Original y fotocopia por ambos lados, del documento de identidad vigente del Asegurado y constancia de nacimiento en el caso de menores de edad.
- i) En caso de Asalto o intento de asalto, debe presentar copia de la denuncia interpuesta en el Organismo de Investigación Judicial.

II) Cobertura de gastos funerarios del asegurado y cobertura de subsidio para gastos académicos por muerte del tomador.

- a) Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
- b) Certificado Original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique(n) la(s) causa(s) de la defunción.
- c) Original y fotocopia del documento de identidad o constancia de nacimiento del asegurado fallecido cuando proceda, según corresponda.
- d) Indicar centros médicos donde recibió atención médica.
- e) Original y fotocopia, por ambos lados, del documento de identidad vigente del beneficiario o beneficiarios.

III) Cobertura de incapacidad permanente por accidente del asegurado y cobertura de subsidio para gastos académicos por incapacidad total permanente del tomador

- a) Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.

- b) Certificación original extendida por la autoridad competente, indicando el diagnóstico de incapacidad, el porcentaje de impedimento o pérdida de la capacidad general del miembro o los miembros afectados, la fecha a partir de cuándo es efectiva y el porcentaje de impedimento físico otorgado.
- c) Original y fotocopia del documento de identidad vigente, en caso de menores, constancia de nacimiento, del asegurado, según corresponda.
- d) Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

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. Para información sobre consultas en general o del trámite del reclamo, puede contactar a LA ASEGURADORA en los siguientes medios:

Teléfono: 2211-9102
Fax: 2222-5431
Correo electrónico: indemnizaciones@smseguros.cr

VIGENCIA DEL SEGURO

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 y sus anexos podrán ser terminados anticipadamente por EL TOMADOR DEL SEGURO o EL ASEGURADO en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación.

En el caso de la modalidad contributiva, LA ASEGURADORA comunicará a la dirección o medio señalado por el asegurado, según lo dispuesto en la cláusula 51, la decisión del TOMADOR con al menos un mes de antelación a la fecha de vencimiento del contrato, a fin de puede ejercer las acciones respectivas en resguardo de sus derechos.

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

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 de cualquier asegurado terminará automáticamente cuando se presente cualquiera de los siguientes casos:

- a) Cuando el asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
- b) Termine la vigencia de la póliza.
- c) Muerte del asegurado.
- d) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima del asegurado cubierto por esta póliza en el plazo establecido en la cláusula 21.

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.

- e) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado.
- f) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- g) Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a 100 (cien) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente.
- h) Al hacerse efectiva la indemnización por la cobertura adicional de subsidio para gastos académicos por incapacidad total permanente se cancelarán la totalidad de coberturas contratadas.

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 P20-64-A02-738 de fecha 26 de setiembre de 2017.

