

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:

- 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.
- Referencia, fecha y/o número del reclamo presentado a la aseguradora y/o identificación de la póliza de seguros.
- Condición del reclamante como tomador de seguro, asegurado, beneficiario o interesado en relación con una póliza de seguro.
- 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

a) Cobertura Básica

FALLECIMIENTO

LA ASEGURADORA se compromete a pagar la indemnización del monto asegurado por la muerte de cada persona asegurada que haya cumplido con el proceso de selección de riesgos y elegibilidad individual.

Además, en caso de fallecimiento se otorgará la opción de un adelanto de la suma asegurada de hasta un 80%

del monto máximo de tres millones de colones (¢ 3.000.000), para los gastos funerarios, según se haya definido en las Condiciones Particulares del seguro.

Las sumas giradas por concepto de gastos funerarios se rebajan del monto asegurado para esta Cobertura de Fallecimiento, quedando a indemnizar por dicha cobertura la diferencia únicamente.

b) Coberturas Adicionales

1) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al Asegurado el monto de la suma asegurada según la opción contratada y detallada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, cuando le sea diagnosticada una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente igual o superior al 67% de su capacidad laboral, 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 calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.

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

- a. Un adelanto de hasta un 80% del monto contratado para la Cobertura Básica; o bien,
- b. Un monto adicional al de la Cobertura Básica.

En ningún caso, el monto máximo a indemnizar en esta cobertura podrá superar el monto contratado en la Cobertura Básica.

De contratarse la opción de adelanto de un porcentaje del monto contratado para la Cobertura Básica, la indemnización efectuada bajo esta cobertura disminuirá la suma asegurada disponible para la Cobertura Básica.

Producida la Incapacidad Total y 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.

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 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.

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 permanente.

Cuando la Incapacidad Total y 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 irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable, se considerará que está suficientemente probada la incapacidad, sin que el Asegurado deba proveer más pruebas, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en ese estado.

Para gozar de esta cobertura deberán concurrir las siguientes condiciones:

Tabla de indemnizaciones	
Evento	Pago
Muerte accidental	100%
Pérdida de ambas manos por amputación en las muñecas o arriba de ellas.	100%
Pérdida de una mano y un pie por amputación en la muñeca y el tobillo o arriba de ellos y;	100%
Pérdida de ambos pies por amputación en los tobillos o arriba de ellos.	100%
Pérdida total y definitiva de la vista de ambos ojos.	100%
Pérdida de una mano por amputación de la muñeca o arriba de ella.	50%
Pérdida de un pie por amputación en el tobillo o arriba de él.	50%
Pérdida definitiva de la vista de un ojo.	33.33%
Pérdida del pulgar e índice de cualquier mano, y amputación en la base de la falange o arriba de ella.	16.67%

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

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza y que como resultado el asegurado fallezca a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

Tabla De Indemnización Por Lesiones Calificadas

Este beneficio se otorga de acuerdo con la siguiente tabla expresada como un porcentaje del monto asegurado de la cobertura básica:

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, la indemnización corresponderá a la que diera lugar a la máxima indemnización.

Cancelación de Cobertura

Una vez pagada una indemnización por la cobertura adicional de Incapacidad Total y Permanente, con independencia de las opciones en la que se haya contratado, se cancelarán las coberturas contratadas adicionales, tanto para el asegurado titular indemnizado como para los asegurados dependientes, **manteniendo vigente la Cobertura Básica de Fallecimiento únicamente.**

2) FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y LESIONES CALIFICADAS

LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en las condiciones particulares dentro de un plazo máximo de treinta días naturales después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado o sus lesiones corporales establecidas en este cláusulado, se produjeron durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

3) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

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 las lesiones sufridas en uno o varios accidentes hasta agotar la suma asegurada, siempre y cuando las consecuencias del Accidente se manifiesten dentro de un año, contado a partir de su ocurrencia.

En esta cobertura aplica un coaseguro que podría establecerse entre las siguientes opciones: 0%; 10%; 20%; 30% y 40% del monto del reclamo, según lo escoja el Asegurado en su Solicitud de Seguro. Además, aplica un deducible mínimo de ₡20,000 (Veinte mil colones) o

\$USD 40 (Cuarenta dólares) por evento, según corresponda. El deducible mínimo será actualizado por la Aseguradora en el mes de enero de cada año, con base en la variación anual del Índice de Precios de Servicios (IPS), publicado por el Banco Central de Costa Rica con corte al 31 de diciembre del año previo. El monto del deducible mínimo vigente se publicará en la página web de la Aseguradora.

La cobertura opera bajo el sistema de reembolso.

El monto máximo de esta cobertura es un porcentaje del beneficio de Muerte Accidental, que podría establecerse desde un 10% hasta un 50% según se indique en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

El desembolso por concepto de honorarios médicos en ningún caso excederá el 40% del monto asegurado en esta cobertura.

Cuando la indemnización se efectúe por gastos odontológicos incurridos por un Accidente, se indemnizará un máximo del 25% del monto asegurado en esta cobertura, operando como un sub-límite anual por año póliza.

En el caso de sesiones de rehabilitación y/o fisioterapia se reconocerá un máximo de quince (15) sesiones por Accidente, siempre y cuando sea referido por el médico tratante y prestadas por un profesional autorizado, siempre que su causa directa y única fuere un Accidente cubierto, ocurran durante la vigencia del contrato, cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos y hayan pagado el valor de la prima correspondiente

4) RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

LA ASEGURADORA pagará la renta asegurada especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, si a consecuencia de una enfermedad o accidente el asegurado es internado en un centro médico autorizado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico y mientras permanezca hospitalizado,

independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza haya terminado.

Esta cobertura opera por un mínimo de un día de hospitalización, máximo 45 días por evento y un máximo general de 90 días por año póliza.

No opera ni coaseguro ni deducible para esta cobertura.

El monto máximo de esta cobertura se establece hasta 100 mil colones, según se indique en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

5) ENFERMEDADES GRAVES

Mediante esta cobertura, LA ASEGURADORA indemnizará al Asegurado la opción contratada cuando a éste le sea diagnosticada por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, por primera vez una enfermedad grave. Las opciones de indemnización a ser contratadas son las que se muestran a continuación:

- a. Un adelanto de hasta un 80% del monto contratado en la Cobertura Básica; o bien,
- b. Un monto adicional no mayor al 80% del monto contratado para la Cobertura Básica.

Se entiende por enfermedad grave el diagnóstico realizado por un médico especialista acreditado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique con certeza médica que el asegurado padece alguna de las siguientes enfermedades:

- a. Cáncer
- b. Accidente Cerebro Vascular
- c. Insuficiencia Renal
- d. Infarto miocardio

Comprobación de la Enfermedad Grave

El asegurado deberá proveer prueba satisfactoria a LA ASEGURADORA de su enfermedad grave.

Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

LA ASEGURADORA a través del Médico asesor en seguros personales o de cualquier otra autoridad médica que así disponga, revisará los documentos médicos que señalen la condición de enfermedad grave y tendrá la facultad de solicitar información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio que considere conveniente.

Deducción de Cobertura

Cuando LA ASEGURADORA haya realizado un pago bajo la cobertura de Enfermedades Graves, éste será deducido de la Cobertura Básica de Fallecimiento, excepto en el caso que se haya contratado la opción de aseguramiento de monto adicional.

6) GASTOS FUNERARIOS

LA ASEGURADORA se compromete a pagar la suma contratada para esta cobertura en caso de fallecimiento del Asegurado por cualquier causa, cuyo monto máximo será de tres millones de colones (¢ 3.000.000).

c) Coberturas de SM Asistencia

SM ASISTENCIA es un producto que asiste al Asegurado y sus dependientes incluidos en el seguro, 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).

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, con excepción de los padres del Asegurado Principal, quienes recibirán únicamente los beneficios establecidos en la cobertura SM Asistencia Funeraria.

SM Asistencia Médica (asistencia médica domiciliaria):

Mediante la presente cobertura SM ASISTENCIA asistirá al Asegurado y sus Dependientes respectivos incluidos en el seguro, ante eventos súbitos y fortuitos que vengan a presentarse en los términos que se detallan a continuación.

LA ASEGURADORA prestará los servicios de asistencia médica domiciliaria y servicios de atención de emergencia, que requieran 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 SM Asistencia, los beneficiarios tendrán derecho a los siguientes servicios sujetos al límite indicado a continuación:

Descripción	LIMITE EVENTOS
Orientación médica telefónica	ilimitada
Médico a domicilio a nivel nacional - incluye la 1°. dosis de medicamentos sintomáticas -	6
Servicio de ambulancia -si el médico lo requiere-	4
Traslado de paciente estable	40% descuento

Farmacias y laboratorios (Fischel y Echandi respectivamente)	15% descuento
--	---------------

Limitaciones del servicio de asistencia

2. Cuando a juicio razonable del conductor de la Unidad, el acceso al lugar de la atención sea contraproducente o peligroso para la integridad de la Unidad y/o de sus ocupantes, se acordará con EL ASEGURADO un punto de encuentro para poder atenderlo.

3. En caso de que el médico que brinda la atención médica domiciliaria determine la necesidad de envío de una unidad de emergencia porque a su juicio el ASEGURADO requiere internamiento, es de exclusiva cuenta y responsabilidad de cada ASEGURADO que requiera el servicio, que el Centro de Asistencia Médica señalado acepte su ingreso. En caso de **no** ser aceptado, el ASEGURADO decidirá el centro de asistencia médica, clínica u hospital más conveniente, de acuerdo con las condiciones que presente EL ASEGURADO, sin que ello acarree responsabilidad alguna para el médico que este prestando el servicio, paramédico o para LA ASEGURADORA. Igualmente, en aquellos casos en que EL ASEGURADO o su familiar no indique cual es el Centro de Asistencia Médica. LA ASEGURADORA se comunicará con ASEGURADO para que este decida cuál es el centro de asistencia médica, clínica u hospital al que será trasladado, sin que ello acarree responsabilidad alguna para el médico, paramédico o para LA ASEGURADORA.

4. Los centros médicos indicados por el ASEGURADO deberán estar ubicados en zona próxima o a distancia razonable del lugar de la atención y se utilizarán salvo que a juicio de los profesionales actuantes por parte de LA ASEGURADORA la vida del paciente corra riesgo en cuyo caso se trasladará al centro asistencial más próximo al lugar de la atención.

5. 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 traslado en las unidades móviles de asistencia en caso de que dichos daños provengan de caso fortuito o de fuerza mayor.

6. 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, salvo en los casos en que está o su red hayan actuado con dolo o culpa.

7. LA ASEGURADORA quedará eximida de toda responsabilidad, en los siguientes casos:

6.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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, a través del número telefónico 2290-5555 (opción médicas visitas), una vez verificados los datos y procedencia del servicio, procederá a la atención de este. Deberán brindar la siguiente información:

- Brindar el número de teléfono del cual está realizando la llamada (para contactarle de nuevo en caso de que la llamada se interrumpa).
- Indicar su nombre y número de cédula.
- Responder a las preguntas que nuestro personal realizará.
- Esperar por la atención.

SM Asistencia Dental (Emergencia Odontológica sin Endodoncia):

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 el Seguro se encuentre vigente.

Común a todas las atenciones de emergencia se realizarán las radiografías que sean necesarias en cada caso. Están cubiertas las afecciones Buco-Dentales. Los tratamientos cubiertos antes mencionados son al 100%. No hay bonos ni copagos.

Los servicios incluidos en la cobertura de SM Asistencia Dental, son los que se enlistan a continuación:

a) Emergencias Odontológicas sin Endodoncias:

LA ASEGURADORA otorgará a través de un proveedor especializado, la atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este plan que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia, originando los siguientes tratamientos:

- **Emergencias Endodónticas:** eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversible.
- **Emergencias Periodontales:** curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **Emergencias Protésicas:** cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en caso de estomatitis sub-protésica.

También se otorgará cobertura cuando la emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente; en cuyo caso se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las emergencias previamente descritas son los siguientes:

- **Medicina Bucal:** examen clínico de emergencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del evento de emergencia).
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla).
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes. (máximo una amalgama o resina al año en dientes posteriores y anteriores).
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

SOLICITUD DEL SERVICIO SM ASISTENCIA DENTAL

Los tratamientos deberán en todos los casos ser realizados por los odontólogos afiliados a la Red de Proveedores. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea uno de los que están autorizados por dicha Red.

El procedimiento para atención odontológica es el siguiente:

- En caso de que el Asegurado requiera de servicio odontológico, será requisito necesario, notificar telefónicamente a Sigma a través de los siguientes números telefónicos o bien al correo electrónico indicado:
 - **Numeros Telefónicos:** +(506) 2521-57-57 / 800-SIGMACR (7446227).
 - **Correo electrónico:** usuariocr@sdsigma.com
- El Asegurado debe indicar a la persona que le atiende la siguiente información:
 - Nombre y Apellidos.
 - Fecha de Nacimiento.

- Número de documento que acrediten su identidad.
- Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la afección.
- Dirección y teléfono del lugar donde se encuentra.

Los servicios prestados en otros centros y/o por odontólogos diferentes a la red establecida o no autorizados, no darán derecho a reembolsos de ningún tipo.

- En caso de emergencias nocturnas, días festivos y fines de semana, el Operador consultará el listado de doctores de guardia con la finalidad de canalizar la atención telefónica del paciente, el odontólogo dará indicaciones médicas para el momento y se gestionará la atención en el consultorio más cercano a la ubicación del Asegurado a primera hora del día siguiente.
- Una vez que el Asegurado acude a la cita programada, el odontólogo consultará con SM Asistencia a fin de verificar que efectivamente el Asegurado cuenta con la cobertura vigente. Si el Asegurado no se encontrara en la base de datos de Asegurados, el servicio se brindará hasta tanto se verifique que la póliza del Asegurado se encuentra vigente. Si el seguro ya no estuviera vigente, se procederá a suspender el servicio odontológico.

SM Asistencia Funeraria

En caso de que el Asegurado fallezca por causa natural o accidental, SM ASISTENCIA asistirá a los beneficiarios – familiares de éste, con los servicios y condiciones que se detallan a continuación. Cabe destacar que esta cobertura consiste en una prestación de servicios, **no** en el pago en dinero mediante indemnización.

A través SM Asistencia funeraria, los beneficiarios tendrán derecho a los siguientes servicios sujetos al límite del plan seleccionado:

1. Traslado terrestre del cuerpo a la funeraria y cementerio.
2. Trámites legales para la inhumación o cremación Incluido.
3. Preparación del cuerpo (arreglo y maquillaje).
4. Uso de la sala de velación o capilla hasta 24 horas; o servicio en el domicilio del fallecido.
5. Ataúd de corte lineal, tamaño estándar en cumplimiento con los parámetros establecidos por la ley; o Urna en caso de cremación. Sin extras.
6. Un arreglo floral (hasta \$100).
7. Tarjetas de recordatorios (máximo 100).
8. Entrega de libro de asistencia a las honras fúnebres.
9. Coordinación del servicio religioso o culto solicitado.

Este servicio se otorga bajo las siguientes limitaciones:

1. Límite del plan: según el monto seleccionado por el Asegurado.
2. Período de carencia: muerte natural (60) días.
3. Si la inclusión del asegurado se realiza a partir de la edad de 65 años y hasta los 74 años el monto de cobertura seleccionada se reducirá al 75%. Si la inclusión del asegurado se realiza a partir de la edad de 75 años y hasta vitalicio el monto de cobertura seleccionada se reducirá al 50%.
4. El total de los servicios no podrá exceder el límite máximo del plan seleccionado.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FUNERARIA

Los servicios deben en todos los casos ser realizados a través de SM asistencia. El procedimiento para atención es el siguiente:

- En caso de que se requieran los servicios será requisito necesario, notificar telefónicamente a SM-Asistencia a través de los siguientes números telefónicos o bien al correo electrónico indicado:

- **Números Telefónicos:** 2296-9417. disponible las 24 horas del día, los 365 días del año para todo el territorio nacional.
 - **Correo electrónico:** costarica@redbridge
- El Beneficiario debe indicar a la persona que le atiende la siguiente información:
- Nombre y Apellidos del asegurado.
 - Nombre y Apellidos del fallecido.
 - Número de documento que acrediten su identidad.
 - Dirección y teléfono del lugar donde requiere el servicio.

4) SM Asistencia Mi Mascota:

Mediante la presente cobertura SM ASISTENCIA asistirá al Asegurado y sus mascotas, ante eventos súbitos y fortuitos que vengán a presentarse en los términos que se detallan a continuación:

TRASLADO TERRESTRE DE LA MASCOTA A CENTRO MÉDICO VETERINARIO POR EMERGENCIA

Por solicitud del ASEGURADO y cuando se requiera el traslado de la mascota por emergencia a un centro médico veterinario, SM ASISTENCIA a través de un proveedor de servicios gestionará y cubrirá el pago para el traslado de la mascota de estimación del afiliado al centro veterinario más cercano a la ubicación del domicilio del ASEGURADO siempre y cuando la infraestructura lo permita. Este servicio no se brinda para traslado del centro veterinario al domicilio ni para citas con el médico veterinario, únicamente para emergencias. El presente servicio se prestará con un límite US\$50 (cincuenta dólares americanos) por evento y con un máximo 3 (tres) eventos por periodo contratado.

HOTEL PARA MASCOTAS POR HOSPITALIZACIÓN DEL AFILIADO (GRAN AREA METROPOLITANA).

Por solicitud del ASEGURADO y en caso de ser hospitalizado, SM ASISTENCIA proporcionará información general vía telefónica sobre hoteles para animales de estimación en el lugar de interés del

solicitante dentro del Gran Área Metropolitana y coordinará el hospedaje para la mascota del afiliado, siempre que se trate de animales caninos y felinos de razas menores y domésticos. SM ASISTENCIA no asumirá ninguna responsabilidad sobre los servicios o la atención del hotel. El servicio queda limitado al cumplimiento de los requisitos del hotel, de parte del ASEGURADO para el hospedaje de la mascota. El servicio se deberá coordinar con al menos 6 (seis) horas antes del ingreso de la mascota al hotel para su hospedaje y se agendará en base y disponibilidad del proveedor de la zona. Este servicio se brinda limitado a 3 (TRES) eventos anuales con costo de hospedaje de US\$ 50.00 (cincuenta dólares americanos) por noche y por hasta 3 (tres) noches por evento como máximo.

ORIENTACIÓN MÉDICA VETERINARIA TELEFÓNICA.

Por solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA lo pondrá en contacto telefónico con un profesional veterinario para que le brinde una orientación telefónica ante dudas que tenga en el área de la salud de los animales de estimación del hogar. La orientación busca minimizar riesgos a la salud del animal, identificando las necesidades del usuario en la rama de veterinaria entregando soluciones a dudas cotidianas, no se trata de una consulta médica veterinaria, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

COORDINACIÓN A DOMICILIO O CENTRO VETERINARIO PARA REALIZAR GROOMING

Por solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en Grooming con la finalidad de coordinar una visita a la casa del afiliado para el aseo de la mascota, Baño, corte de pelo (según la raza), corte de uñas, limpieza de oídos (se retira pelo en exceso y se coloca talco para eliminar humedad) lavado de dientes (con pasta dental especial para mascotas) o aplicación de gel anti placa, el costo de la visita la asume el afiliado. SM ASISTENCIA brinda este servicio únicamente como conexión con el proveedor del servicio por lo que no se hace responsable de asumir el costo ni de la calidad del servicio brindado por el proveedor o de otros

procedimientos que se realicen a solicitud del usuario. El servicio de coordinación se da sin límite en el monto y en la cantidad de eventos en el año.

ASISTENCIA EN LA BUSQUEDA DE LA MASCOTA EN CASO DE PÉRDIDA.

En caso de pérdida o robo de la mascota y por previa solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA le brindará asistencia en la localización de la mascota extraviada mediante la prestación de los siguientes servicios:

CREACIÓN DE MATERIAL POP PARA LA BUSQUEDA DE LA MASCOTA EN CASO DE PÉRDIDA.

Este servicio se prestará en la localidad de la residencia del ASEGURADO propietario de la mascota. SM ASISTENCIA ayudará e incluirá la creación de material POP (incluye: folletos, afiches y fotografías) de la mascota extraviada. El presente servicio se prestará con un límite de US\$ 50.00 (cincuenta dólares americanos) por evento y 3 (tres) eventos al año. Es responsabilidad del ASEGURADO brindar la información y fotos necesarias para la creación del material POP en cobertura. SM ASISTENCIA brindará respuesta en un tiempo máximo de 24 (veinticuatro) horas.

IMPRESIÓN DE MATERIAL POP (INCLUYE LOS MATERIALES):

En caso de pérdida o robo de la mascota y posterior a la solicitud y visto bueno del ASEGURADO en la creación de material POP, SM ASISTENCIA le brindará asistencia en la impresión del material (incluye: folletos, afiches y fotografías) en un solo color. El presente servicio se prestará con un límite de US\$ 50.00 (cincuenta dólares americanos) por volantes impresos por evento y 3 (tres) eventos al año. Es responsabilidad del ASEGURADO, brindar la información y fotos necesarias para la impresión del material POP en cobertura. SM ASISTENCIA brindará respuesta en un tiempo máximo de 24 (veinticuatro) horas.

VOLANTEO EN LA ZONA CERCANA DEL DOMICILIO DEL TITULAR

En caso de pérdida o robo de la mascota y por previa solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA brindará asistencia en la localización de la mascota extraviada. Este servicio se prestará en la localidad de residencia del ASEGURADO propietario de la mascota. SM ASISTENCIA ayudará en la búsqueda y localización de mascota perdida a través de la distribución de folletos, afiches y fotografías en vía pública. El presente servicio se prestará con un límite de \$50 (cincuenta) dólares americanos y 3 (tres) eventos al año.

INFOVACUNAS

Por previa solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA le comunicará con un profesional veterinario quien le proporcionará vía telefónica información sobre las vacunas que se recomienda aplicar a los animales de estimación según el peso, raza y edad del animal. SM ASISTENCIA presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los medicamentos recomendados, servicios veterinarios o la atención del profesional. En todo caso y previo a la aplicación de cualquier vacuna al animal, es necesario consultar un médico veterinario. El presente servicio se brinda sin límite en el costo o monto y sin límite en la cantidad de eventos por año.

REFERENCIA O INDICACIÓN DE CLINICAS VETERINARIAS.

Por solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA proporcionará información general vía telefónica sobre clínicas veterinarias en el lugar de interés del solicitante. SM ASISTENCIA brinda este servicio únicamente como conexión con el proveedor del servicio por lo que no se hace responsable de asumir el costo ni de la calidad del servicio brindado por el proveedor o de otros procedimientos que se realicen a solicitud del usuario. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS.

Por previa solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las veterinarias cercanas a la localización del ASEGURADO 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, transporte o tratamientos en que el ASEGURADO incurra al acudir a la veterinaria indicada, mismos que serán de entera responsabilidad del ASEGURADO. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

ASESORIA LEGAL

ORIENTACIÓN LEGAL TELEFÓNICA - RESPONSABILIDAD CIVIL RELACIONADA CON MASCOTAS

Por solicitud del ASEGURADO y siempre que requiera alguna orientación telefónica en asuntos relacionados con la responsabilidad civil producto de acontecimientos que envuelvan uno de los animales domésticos de su propiedad, sobre derechos de los animales según la legislación costarricense, sobre el ingreso de animales o mascotas a otros países y del traslado de los mismo en transporte aéreo, SM ASISTENCIA lo pondrá en contacto con un profesional en derecho con el fin de brindarle orientación telefónica. SM ASISTENCIA no es responsable por cualquier determinación que tome el usuario del servicio, siendo éste el único responsable por cualquier acción o decisión relacionada o no a la recomendación dada por el proveedor del servicio o bien que decida adoptar en su calidad de propietario de la mascota. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

ASESORIA EN TRAMITE DE SALIDA DEL PAÍS DE LA MASCOTA

Por solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA lo pondrá en contacto telefónico con un profesional para brindarle información necesaria para el envío de mascotas tanto vía terrestre como aérea, requisitos, costos y la mayor cantidad de datos significativos para el

posible traslado de su mascota. SM ASISTENCIA no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma, ni por aquellas empresas donde se le referencie al ASEGURADO su consulta. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

ASESORIA EN DEMANDAS SOBRE LA MASCOTA

A solicitud del ASEGURADO, SM ASISTENCIA le proporcionará telefónicamente asistencia legal en caso de daños a terceros ocasionados por la mascota. SM ASISTENCIA sólo asumirá responsabilidad por la gestión de los profesionales por ella asignados en los límites descritos de la asistencia prestada, más no se responsabilizará por los resultados finales, entendiéndose en todo caso. El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

ASISTENCIA FUNERARIA MI MASCOTA

SERVICIO DE CREMACIÓN.

Si la mascota muere como resultado de un accidente o enfermedad grave inesperada y comprobada, SM ASISTENCIA prestará el servicio de cremación. Así mismo se deja claro que esta asistencia opera únicamente cuando el ASEGURADO ha solicitado y obtenido el visto bueno a través de la central telefónica de SM ASISTENCIA. Se deja establecido que el servicio lo prestará por SM ASISTENCIA a través de su red de proveedores.

URNA

Es el elemento para contener los restos cremados (cenizas) de la mascota, cuyo suministro dependerá de la disponibilidad en el lugar que se lleve a cabo el servicio de Cremación. Se otorgará al ASEGURADO una Urna de madera estándar seleccionada a criterio de SM ASISTENCIA o con base a la disponibilidad en inventario del proveedor del servicio. SM ASISTENCIA gestionara por

solicitud del ASOCIADO una placa no mayor a 20 centímetros, personalizada con el nombre de la mascota y/o pequeña dedicatoria.

TRASLADO DE LA MASCOTA HASTA EL CENTRO DE CREMACIÓN

Por solicitud del dueño de la mascota, SM ASISTENCIA gestionará y cubrirá el traslado del cuerpo de la vivienda y/o veterinaria hasta el centro de cremación.

En los servicios funerarios indicados anteriormente se prestará un (1) evento al año por cada servicio y por animal doméstico del ASEGURADO con un límite de cobertura máximo de ₡100 000,00 (cien mil colones) por servicio y por animal.

Limitaciones del servicio de asistencia

Los servicios aplican única y exclusivamente dentro de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. y se prestarán y tendrán cobertura en todo el territorio nacional continental.

SOLICITUD DE ASISTENCIA MI MASCOTA

Los servicios deben en todos los casos ser realizados a través de SM asistencia. El procedimiento para la atención es el siguiente:

El asesor del servicio validará en el sistema la información de la póliza, incluida la información relacionada con la identificación del Asegurado y las coberturas suscritas. Una vez validada la información y confirmado el servicio, le indicará la forma en que se brindará el servicio de asistencia.

Número Telefónico: + (506) 2528-7501.
Disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año.

EXCLUSIONES A LAS COBERTURAS

LA ASEGURADORA no brindará la indemnización si la solicitud de cobertura se produce como consecuencia de alguna de las situaciones siguientes:

Exclusiones a la Cobertura de FALLECIMIENTO y

GASTOS FUNERARIOS

- a) Salvo lo establecido en la cláusula de Disputabilidad y Suicidio, las coberturas de Fallecimiento y Gastos Funerarios no presentan exclusiones.

Exclusiones a la Cobertura de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- a) Fue provocada por el Asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente, bajo los efectos de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra. 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.

- e) Participación en delitos, duelos y riñas por parte del Asegurado, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- f) 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.

Exclusiones a la Cobertura de FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y LESIONES CALIFICADAS

- a) Los accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos o síncope y los que se produzcan como consecuencia del estado de embriaguez cuyo grado sea superior a cero punto cinco gramos por litro de sangre, o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, somníferos, deshinibitorios o alucinógenos, aún cuando ella sea parcial, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica.
- 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 cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- d) Lesiones inferidas al asegurado por un tercero con su consentimiento.
- e) Accidentes 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.

- f) 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.
- g) Accidentes producidos directamente o indirectamente, próxima o remotamente, por fisión o fusión nuclear.
- h) Accidentes producidos por terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán y en general todo fenómeno de la Naturaleza de carácter catastrófico.
- i) Accidentes que sobrevengan 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.
- j) Cuando el asegurado viaje 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.
- k) Enfermedades conocidas o diagnosticadas de forma preexistente.
- l) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- m) 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.
- n) 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.

- o) 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.
- p) Abortos, cualquiera que sea su causa.

Exclusiones a la Cobertura de ENFERMEDADES GRAVES

- a) Enfermedades preexistentes según lo dispuesto en la cláusula de Disputabilidad.
- b) Alcoholismo o drogadicción.

Adicionalmente quedan excluidos los reclamos por tratamientos odontológicos derivados de:

- a- Fracturas dentales donde se evidencie radiográficamente, la existencia de caries extensas o profundas previas al evento que hayan provocado el debilitamiento de la (s) pieza (s) dental involucrada (s) en el accidente.
- b- Fracturas o tratamientos donde se evidencie radiográficamente, la existencia endodoncias (tratamientos de nervio) en mal estado; sea por mala praxis o por control bucal inadecuado por parte del asegurado.
- c- Fracturas o tratamientos donde se evidencie radiográficamente, la existencia de tratamientos de coronas, puentes o endodoncias en mal estado, sea por mala praxis o por control bucal inadecuado por parte del asegurado.
- d- Reposición de piezas dentales ausentes desde antes del accidente, evidenciado radiográficamente.”

Exclusiones a la Cobertura de SM ASISTENCIA MEDICA (asistencia médica domiciliaria)

- a) Colocación de sueros, administración de antibióticos, cuidados del paciente postrado.
- b) Cuidados paliativos, cambio de catéteres de cualquier tipo.
- c) Tratamientos médicos crónicos de diálisis, quimioterapias, radioterapias, rehabilitación y cualquier otro tratamiento crónico, salvo aquellos derivados en forma inmediata por la atención de emergencia.
- d) Los servicios que el Asegurado y/o Dependiente haya contratado sin previo consentimiento de SM ASISTENCIA.
- e) Los servicios adicionales que el Asegurado y/o Dependiente haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y riesgo.
- f) Los traslados médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado y/o Dependiente con dolo o mala fe.
- g) La prestación de los servicios se realizará dentro de la territorialidad indicada desde que exista infraestructura pública y privada para la prestación de los servicios, se exceptúan lugares donde no exista un acceso transitable por carretera, aquellos lugares en los que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiere prestar la asistencia y donde por razones de orden público se ponga en riesgo la integridad física del prestador del servicio.

Exclusiones a la Cobertura de SM ASISTENCIA DENTAL

LA ASEGURADORA no brindará cobertura a los siguientes servicios que no formen parte de una emergencia odontológica y que no estén expresamente indicadas en la cobertura, a saber:

- a) Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en las coberturas anteriormente descritas.
- b) Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes.
- c) Anestesia general o sedación en niños y adultos.
- d) Defectos Físicos.
- e) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.

- f) Radioterapia o Quimioterapia.
- g) Atención o Tratamiento Médico Odontológico que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la descripción de la cobertura.
- h) Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.
- i) Cualquier otro tratamiento contemplado específicamente en la cobertura.
- j) Hospitalizaciones
- k) Metales Preciosos.
- l) Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia preescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.

Exclusiones a la Cobertura de SM ASISTENCIA FUNERARIA

- a) La compra o el alquiler del espacio en el cementerio, lápida, mausoleo, escultura o cualquier otro artículo relacionado con, ni costos por mantenimiento.
- b) Servicios adicionales o mejoras a los servicios provistos por el plan, solicitados o contratados por los familiares o beneficiarios del fallecido.
- c) Servicios funerales solicitados o contratados directamente con un proveedor de servicios bajo cuenta y riesgo de los familiares o herederos del fallecido, sin la autorización de SM-Asistencia.
- d) Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, declarada o no, guerra civil, actos terroristas, terrorismo, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.
- e) Los que tuviesen origen o fueran consecuencia de actos ilícitos, criminales, asaltos, tráfico de drogas, uso de armas, encarcelamiento o actos realizados con dolo o mala fe.
- f) Hechos o actuaciones por la participación del Beneficiario en las fuerzas Armadas o de Hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad, nacional o internacional, rescate; políticos.
- g) Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta, mientras conducía un vehículo de motor, aire, tierra o mar, bajo los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, gas y/o estupefacientes o la combinación de cualquiera de estos.
- h) Suicidio o intento de suicidio, estando en su sano juicio o no.

- i) La prestación de los servicios se realizará dentro de la territorialidad indicada desde que exista infraestructura pública y privada para la prestación de los servicios, se exceptúan lugares donde no exista un acceso transitable por carretera, aquellos lugares en los que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiese prestar la asistencia y donde por razones de orden público se ponga en riesgo la integridad física del prestador del servicio.
- j) Servicios solicitados cuarenta y ocho (48) horas después de haber ocurrido el fallecimiento.
- k) En viajes aéreos no licenciados o como miembro de la tripulación, excepto si viaja como pasajero en un transportista comercial pagando un pasaje con itinerario programado.
- l) Fallecimiento por causas naturales que ocurra dentro del periodo de carencia.
- m) La transferencia del plan a terceras partes.

Exclusiones a la Cobertura de SM ASISTENCIA MI MASCOTA

Quedan excluidas de las coberturas establecidas, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- a) Los servicios que el ASEGURADO haya contratado sin previo consentimiento de SM ASISTENCIA.
- b) Los servicios adicionales que el ASEGURADO haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y riesgo y que no forman parte de la red de proveedores de SM ASISTENCIA.
- c) Los causados por mala fe del ASEGURADO.
- d) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.
- e) Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal

intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.

- f) Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- g) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- h) Mala fe del ASEGURADO, comprobada por el personal de SM Asistencia o si en la petición mediare mala fe.
- i) Siniestros a consecuencia directa o indirecta de terrorismo.
- j) La mascota que tenga menos de tres (3) meses cumplidos al momento del fallecimiento o más de diez (10) años, al momento de ingresar a la asistencia.
- k) El fallecimiento de la mascota amparada haya ocurrido durante el periodo de carencia de la asistencia.
- l) Fallecimiento producto de enfermedades preexistentes tales como cáncer, coronavirus canino, sarna, Otitis, enfermedades cerebrales, vasculares, renales, pulmonares, cardiovasculares y en general cualquier tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de inicio del amparo, o cualquier enfermedad grave.

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 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 DEL TOMADOR Y TERCEROS RELEVANTES

OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

- a) Declarar todas aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, así como aquellas que lo agraven.
- b) Pagar la prima de acuerdo con lo dispuesto en este contrato.
- c) Comunicar dentro del plazo establecido en la cláusula de Aviso de Siniestro, 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 y el Asegurado están obligados a declarar a LA ASEGURADORA todos los hechos y circunstancias 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 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 y/o Asegurado sobre 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 y/o Asegurado la modificación del contrato o aseguramiento individual, 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 o aseguramiento individual 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 o Asegurado 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 al Tomador y/o Asegurado. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Tomador y/o Asegurado, 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.

EFFECTO DE LA 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.
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. Los dos últimos puntos no se aplicarán cuando la prima se establezca por el sistema de tasa promedio o se utilice tarifa para asegurados de edad desconocida.

PLAZO DE GRACIA

Se concederá un plazo de gracia de treinta y un día 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, LA ASEGURADORA procederá según lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 8956.

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS

AVISO DE SINIESTRO

El Tomador 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. 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, Tomador y los Beneficiarios 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 que se detalla en los párrafos siguientes.

DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR

La documentación por presentar ya sea por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, según la cobertura de que se trate, se indica a continuación.

I) Fallecimiento

Para todos los reclamos por defunción debe aportarse la siguiente documentación:

1. Formulario de reclamo por fallecimiento suministrado por la aseguradora
2. Certificado original de defunción del fallecido emitido por el Registro Civil indicando la causa de defunción.

Además de los documentos señalados anteriormente, deberán aportarse los siguientes requisitos según corresponda:

Asegurado principal:

3. Fotocopia legible por ambos lados documento de identificación vigente del fallecido.
4. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente de los beneficiarios.
5. Si alguno de los beneficiarios falleció, debe aportarse certificado de defunción emitido por el Registro Civil
6. Constancia de nacimiento de los beneficiarios menores de edad.
7. En caso de que el beneficiario sea menor de edad, se requiere; fotocopia de la cédula de identidad de los tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares. De acuerdo a lo regulado en los

artículos 140 y 175 del Código de Familia, siguientes y concordantes.

8. Autorización de los beneficiarios para solicitar historias clínicas. En este documento, deben consignarse todos los centros médicos públicos y privados, donde fue atendido (a) el (la) fallecido (a), días, meses o años previos a su fallecimiento. (se solicitarán historias clínicas, cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales, y la póliza se encuentre en período de disputabilidad).

Dependientes:

Conyuge:

1. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del cónyuge fallecido.
2. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del asegurado.
3. Constancia de matrimonio emitida por el TSE, o Declaración jurada de convivencia autenticada por un abogado que indique las calidades de cada uno de los convivientes (cédula, fecha de nacimiento, estado civil), además el tiempo de convivencia entre ambos.
4. Autorización del asegurado principal para solicitar historias clínicas. En este documento, deben consignarse todos los centros médicos públicos y privados, donde fue atendido (a) el (la) fallecido (a), días, meses o años previos a su fallecimiento. (Se solicitarán historias clínicas, cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales, y la póliza se encuentre en período de disputabilidad).

Hijos:

1. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del hijo fallecido.
2. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del asegurado principal.
3. Constancia de nacimiento del fallecido emitido por el TSE. En el caso de hijos de crianza, declaración jurada de parentesco autenticada por un abogado.

4. Autorización del asegurado principal para solicitar historias clínicas. En este documento, deben consignarse todos los centros médicos públicos y privados, donde fue atendido (a) el (la) fallecido (a), días, meses o años previos a su fallecimiento. (Se solicitarán historias clínicas, cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales, y la póliza se encuentre en período de disputabilidad).

Padres:

1. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del padre fallecido.
2. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del asegurado principal.
3. Constancia de nacimiento del asegurado principal emitido por el TSE, o declaración jurada de parentesco autenticada por un abogado.
4. Autorización del asegurado principal para solicitar historias clínicas. En este documento, deben consignarse todos los centros médicos públicos y privados, donde fue atendido (a) el (la) fallecido (a), días, meses o años previos a su fallecimiento. (se solicitarán historias clínicas, cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales, y la póliza se encuentre en período de disputabilidad).

II) Incapacidad Total y Permanente

- a) Formulario de reclamo suministrado por LA ASEGURADORA.
- b) Original y fotocopia del documento de identidad vigente del Asegurado.
- c) Certificado original de incapacidad total y 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) 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.

III) Fallecimiento accidental y Lesiones Calificadas

El Tomador del seguro y/o Asegurado deberán proceder según se indica a continuación, aportando los siguientes requisitos:

En caso de fallecimiento accidental, demás de los documentos citados en el inciso I) de esta cláusula, debe presentarse:

1. Copia Certificada de la Sumaria del accidente.

En caso de Lesiones Calificadas:

1. Fotocopia por ambos lados del documento de identificación vigente del fallecido o asegurado.
2. Certificado emitida por la entidad competente que respalde las lesiones calificadas.

IV) Enfermedades Graves

1. Formulario de reclamo suministrado por LA ASEGURADORA.
2. Original y copia por ambos lados del documento de identidad vigente del asegurado.
3. Formulario de autorización para consulta de expedientes médicos.
4. Certificado médico, realizado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique claramente el diagnóstico (nombre de la enfermedad grave diagnosticada, según lo estipulado en las definiciones), y la fecha en que se le otorgó el diagnóstico inicial al asegurado.

V) Gastos Médicos por Accidente

1. Informe de siniestro (formulario oficial de LA ASEGURADORA), se completa en las oficinas centrales o cualquiera de las sucursales de la Aseguradora, o remitido digitalmente.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula del asegurado titular y del asegurado afectado (si es un dependiente).

3. Declaración del Médico (formulario oficial de LA ASEGURADORA), debidamente lleno, completo, legible, con un solo tipo de letra y un solo color de tinta, sin tachones, borrones, ni sucio o arrugado. Y que esté SELLADO por el médico tratante.
 4. Referencias que respalden la realización de exámenes (radiografías, ultrasonidos, resonancias, etc.).
 5. Interpretación escrita de los exámenes realizados al asegurado (radiografías, ultrasonidos, resonancias, etc.).
 6. Facturas Electrónicas canceladas de todos los gastos médicos a nombre del asegurado afectado.
 7. Recetas y prescripciones que respalden la compra de los medicamentos (nombre y dosis) y artículos de apoyo (cabestrillo, férulas, muletas, etc.).
 8. Referencia a fisioterapia por parte del Médico tratante, que indique el número de sesiones recomendadas.
 9. Informe del fisioterapeuta a cargo de las sesiones (si se requirió), que indique fecha de cada sesión, tratamiento realizado, avance del paciente, etc.
 10. Carta de cierre del caso, para proceder con el análisis y liquidación del siniestro.
 11. Otros a juicio del funcionario, según cada caso: (se solicitará en caso de que así se considere durante el análisis).
- Constancia de la hospitalización debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica en la que se detalle el diagnóstico, la causa y los días que permaneció el asegurado hospitalizado.

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 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.

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 (30) días naturales a partir de su recepción. De igual forma, efectuará el pago de la indemnización correspondiente previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte de EL TOMADOR DEL SEGURO, hasta completar la anualidad respectiva. El pago de la indemnización se efectuará en el plazo máximo de treinta (30) días siguientes a la notificación de aceptación de la reclamación. Los pagos correspondientes a las indemnizaciones de 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. 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 idéntico sentido, si 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

Adicionalmente, en caso de tratamientos dentales por accidente, además de los puntos: 1, 2, 3, 4, 6, 7, y 10, deberán adjuntarse:

- a) Radiografías Panorámicas, o cualquier otra, realizadas al momento de la valoración inicial del paciente.
- b) Diagrama dental debidamente completo, firmado y sellado por el especialista tratante.
- c) Desglose del tratamiento dental realizado: materiales, costo unitario, etc. (Según manual de tarifas del CCDCR)

VI) Renta diaria por hospitalización:

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

todo derecho a indemnización. 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 de Valoración o que el Tomador

En el recibo de pago, LA ASEGURADORA hará constar cuál es el monto en que no hay acuerdo

VIGENCIA DEL CONTRATO

Este seguro es anual y entra en vigor desde la fecha de vigencia detallada 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 y/o Asegurado 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 sean 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.

1.- CADUCIDAD DEL SEGURO

La protección del Asegurado terminará automáticamente cuando se presente cualquiera de los siguientes casos:

- a) Cuando se indemnice por la Cobertura de Fallecimiento o Incapacidad Permanente.
- b) Cuando vencido el año póliza el TOMADOR decidiera no renovarlo.
- c) Cuando el Asegurado dejare de pertenecer al Grupo Asegurado.
- d) En el caso de que el cónyuge o conviviente o algún otro asegurado dependiente se encuentre asegurado, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado o fallezca.

- e) Para los hijos, al cumplir (25) veinticinco años de edad o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.
- 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 cincuenta (50) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente.

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-A02-006 de fecha 21 de agosto de 2009.