

Contenido

1.- COMPROMISO DE LA ASEGURADORA:	3
I. DEFINICIONES	4
2.- DEFINICIONES	4
II. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	6
3.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN ESTA POLIZA:	6
III. ÁMBITO DE COBERTURA	6
4.- COBERTURAS	6
5.- EXCLUSIONES	8
IV. LIMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS	9
6.- ALCANCE DE LA COBERTURA	9
7.- ALCANCE TERRITORIAL	9
8.- SUMA ASEGURADA	9
9.- MONTO MÁXIMO DE SEGURO	12
10.- PERIODO DE COBERTURA	12
11.- DISPUTABILIDAD	12
12.- SUICIDIO	13
13.- CANCELACIÓN DE COBERTURA	13
14.- AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE	13
15.- BENEFICIARIOS	13
V. OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES	14
16.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA	14
17.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO	14
18.- OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO	14
19.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS	14
20.- EFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS	15
21.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD	15
VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA	16
22.- PAGO DE LAS PRIMAS	16
23.- PLAZO DE GRACIA	16
VII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS	16
24.- AVISO DE SINIESTRO	16
25.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR	16
26.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	18
VIII. VIGENCIA Y RENOVACIÓN	19
27.- VIGENCIA DEL SEGURO	19

28.-	RENOVACIÓN DEL CONTRATO.....	19
29.-	TERMINACION ANTICIPADA.....	19
30.-	CADUCIDAD DEL SEGURO	20
IX.	CONDICIONES VARIAS	20
31.-	ELEGIBILIDAD.....	20
32.-	CONDICIONES DE EMISION	20
33.-	MODIFICACIONES DEL CONTRATO	21
34.-	RECTIFICACIÓN.....	21
35.-	INCLUSION DE ASEGURADOS	21
36.-	CONVERTIBILIDAD	21
37.-	CONTINUIDAD DE COBERTURA.....	21
38.-	VALORACION:.....	22
39.-	REGISTROS.....	22
40.-	MONEDA:.....	22
41.-	PRESCRIPCION	22
42.-	IMPUESTOS.....	22
43.-	COMISION DE RECAUDACION Y GESTION ADMINISTRATIVA DEL TOMADOR.....	22
44.-	MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	22
45.-	PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS.....	23
46.-	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	23
47.-	CERTIFICADO DE COBERTURA	24
48.-	PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS.....	24
49.-	NORMAS SUPLETORIAS	24
50.-	RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:	24
51.-	JURISDICCION.....	24
52.-	DOMICILIO Y NOTIFICACIONES	24
53.-	REGISTRO ANTE SUGESE:	24

SEGURO DE ACCIDENTES FAMILIAR GRUPO

1.- COMPROMISO DE LA ASEGURADORA:

SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A., cédula jurídica número 3-101-571006, domiciliada en San José de Costa Rica, en adelante denominada LA ASEGURADORA, emite esta póliza de acuerdo con las Condiciones Generales que se indican a continuación, basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante, en adelante llamado el ASEGURADO en el Certificado de Seguro.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este acto, declaro el compromiso contractual de LA ASEGURADORA de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

Fidel Antonio González Chavarría
Representante Legal
Seguros del Magisterio S.A.

I. DEFINICIONES

2.- DEFINICIONES

1. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, es decir, ajenos al control del Asegurado principal o Dependiente, que afecte su organismo ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, que puedan ser determinadas por un médico. Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:
 - a) Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.
 - b) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
 - c) La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.
 - d) El carbunco o tétano de origen traumático.
2. **Asegurado:** Persona física expuesta al riesgo objeto de cobertura que además haya cumplido con el proceso de emisión del seguro y por la que se haya cancelado la prima correspondiente.
 - 2.1. Para efectos de las coberturas de este Seguro, siempre que se establezcan en el Certificado de Seguro, se consideran Asegurados Dependientes del Asegurado Principal, los siguientes:
 - a) Su cónyuge siempre que no se encuentre separado de hecho por un plazo mayor a un año.
 - b) El conviviente en unión de hecho con aptitud legal para contraer matrimonio siempre y cuando su relación haya sido pública, singular y estable, durante no menos de 3 años. Esa relación se presume interrumpida si media una separación no menor de un año.
 - c) Los hijos del Asegurado Principal, hijastros e hijos de crianza, solteros, desde 14 días de nacidos y hasta cumplir 25 años de edad, o hasta que se casen o convivan en unión libre, lo que ocurra primero. Se podrán incluir como Asegurados Dependientes, el máximo de dos (2) hijos. En relación con los hijos del Asegurado Principal definidos anteriormente, LA ASEGURADORA no brindará a éstos la cobertura de Incapacidad Permanente por Accidente.
3. **Beneficiario:** Persona designada por el Asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
4. **Caza menor:** Forma de caza caracterizada por el tamaño de los animales a capturar que se ejercita sobre piezas de pequeño tamaño tales como la perdiz, la tórtola, el conejo, ciertas aves acuáticas y especies migratorias. Se excluyen aquellos animales que se encuentran en peligro de extinción, o bien, cuya caza se considera ilegal según directriz normativa emitida por autoridad competente.
5. **Certificado de Seguro:** Constancia emitida por LA ASEGURADORA en la que se acredita la inclusión de uno o varios riesgos para su aseguramiento en el seguro colectivo. Recoge las condiciones particulares del Asegurado, incluyendo las coberturas y beneficios que aplican.
6. **Coaseguro:** Porcentaje a cargo del Asegurado, el cual se aplica al monto total de los gastos amparados por la cobertura una vez descontado el deducible.
7. **Declaración falsa:** Se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
8. **Declaración reticente:** Se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado.
9. **Deducible:** El monto fijo o porcentual de gastos que el asegurado debe cancelar de su propio peculio antes de que la aseguradora comience a efectuar pagos de beneficios en virtud de la póliza. Su valor se establece en las condiciones generales de la póliza y será aplicable respecto de los gastos provenientes de cada accidente que se denuncie a LA ASEGURADORA en forma separada.
10. **Emergencia:** Todo hecho que se presente a consecuencia de acontecimientos debido a situaciones fortuitas, que no sean por daños o situaciones preexistentes, que no se deriven por falta de mantenimiento. Para ser considerada emergencia se deberá de reportar en el momento del incidente. La emergencia médica para efectos de prestación de

- servicios de asistencia médica se definirá como aquella situación médica en la cual peligre la vida o integridad física del afiliado.
11. **Enfermedad:** Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.
 12. **Fecha de emisión:** Fecha que se indica en el Certificado de Seguro y en las condiciones particulares, a partir de la cual el seguro entra en vigor.
 13. **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
 14. **Grupo asegurable:** Aquel sobre el que se le hace la oferta de seguro colectivo. Está constituido por todas las personas físicas que pertenezcan al grupo que represente el TOMADOR DEL SEGURO y está conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma persona jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tiene con una tercera persona (tomador) relaciones estables de idéntica naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el seguro. La edad máxima para ingresar y la de permanencia se especifican en las condiciones particulares de la póliza.
 15. **Grupo asegurado:** Personas físicas que han cumplido con los requisitos para ser asegurados y dieron su consentimiento expreso en ese sentido.
 16. **Hospital o clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación de enfermos mentales o tratamiento psiquiátrico, adictos a drogas o alcohólicos.
 17. **La Aseguradora:** SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
 18. **Póliza:** Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de ésta las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, así como el Certificado de Seguro, la adenda que se emitan para complementar o modificarla, así como la solicitud de inclusión en el seguro, la declaración de salud, las pruebas médicas y cualquier otro documento relacionado con las condiciones del Asegurado, contratante u otro que así se indique expresamente en las Condiciones Particulares.
 19. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
 20. **SM Asistencia:** Conjunto de servicios de asistencia que el Asegurado Principal y/o sus Dependientes tienen a su disposición, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento y lo contratado por el asegurado.
 21. **Tomador del seguro:** Entidad legalmente constituida que contrata el seguro en representación del grupo asegurado, frente al cual LA ASEGURADORA ha convenido en emitir la póliza. También podrá ser denominado como EL CONTRATANTE.
 22. **Periodo de carencia:** Comprende el tiempo a partir de la inclusión del Asegurado en el contrato de seguro durante el cual el seguro no tendrá efecto. Transcurrido este plazo, la cobertura se otorga una vez que ocurra el evento amparado.
 23. **Disputabilidad:** Plazo con el que cuenta LA ASEGURADORA para disputar la validez de las coberturas contratadas en relación con cualquier Asegurado por declaraciones reticentes o inexactas, o enfermedades preexistentes no manifestadas al perfeccionarse el contrato de seguro. El plazo se establece en Condiciones Particulares y/o Generales.

II. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

3.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN ESTA POLIZA:

Constituyen esta póliza los siguientes documentos los cuales son los únicos válidos para establecer los derechos y obligaciones:

a) La Solicitud de Seguro en la que constan las declaraciones del Tomador y Asegurado, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, b) las Condiciones Generales, c) Las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro y d) la adenda que se suscriban entre las partes.

El orden de prelación de la documentación contractual será la siguiente: las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las adenda y Condiciones Generales que suscriban las partes.

III. ÁMBITO DE COBERTURA

4.- COBERTURAS

LA ASEGURADORA entregará el monto o servicio asegurado indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según las coberturas contratadas que se detallan a continuación:

Cobertura Básica

a) Muerte Accidental

LA ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios la suma asegurada especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto al fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del seguro, como consecuencia directa de un Accidente.

Coberturas Adicionales

b) Incapacidad Permanente por Accidente

LA ASEGURADORA pagará al Asegurado la suma asegurada de conformidad con el grado de incapacidad permanente, basándose en la Tabla de Indemnizaciones incorporada a estas Condiciones Generales. Se cubre un único Accidente durante todo el período de cobertura, por Asegurado incluido en el seguro.

LA ASEGURADORA no brindará la presente cobertura, en el caso de los hijos del Asegurado Principal.

c) 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) por evento o \$USD 40 (Cuarenta dólares), 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

d) Asistencia Funeraria

LA ASEGURADORA se compromete a brindar según el monto asegurado siempre y cuando el Seguro se contrate bajo la modalidad de vigencia anual renovable, los servicios de asistencia funeraria que comprenden asesoría, y los bienes y servicios requeridos en el proceso de disposición final de restos humanos, a través de un proveedor de servicios auxiliares funerarios de LA ASEGURADORA registrado o de libre elección del contratante. Se cubre la muerte accidental y no accidental.

La suma asegurada es hasta un quince (15) por ciento de la suma asegurada por Muerte Accidental del titular del seguro, según se establezca en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

Coberturas de Servicios de Asistencia

e) SM Asistencia (cobertura de servicio):

Mediante la presente cobertura SM ASISTENCIA asistirá al Asegurado y sus Dependientes respectivos incluidos en el seguro, ante eventos súbitos y fortuitos que vengán a presentarse en los términos que se detallan a continuación, según el plan de SM Asistencia seleccionado por el Tomador y/o Asegurado, según corresponda. Cabe destacar que esta cobertura consiste en una prestación de servicios, no es el pago en dinero mediante indemnización.

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. Esta cobertura de servicios comprende tanto Planes para el Asegurado como para su grupo familiar. Los Planes del grupo familiar son: a) Asegurado más cónyuge o conviviente en unión de hecho; b) Asegurado más cónyuge o conviviente en unión de hecho, e hijos. La información actualizada de los proveedores de servicios de asistencia podrá ser consultada a través en la página Web de LA ASEGURADORA: www.smseguros.cr/red-medica.



Coberturas Asistencia
SAFG junio2020.docx

5.- EXCLUSIONES

Exclusiones a la Cobertura de FALLECIMIENTO y ASISTENCIA FUNERARIA

- a) Salvo lo establecido en la cláusula de Disputabilidad y Suicidio, la cobertura básica de fallecimiento y asistencia funeraria no presenta exclusiones.

Exclusiones a las coberturas de INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE Y GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

Las indemnizaciones previstas para las coberturas de Incapacidad Permanente por Accidente, Gastos Médicos por Accidente no se conceden, si la muerte o las lesiones del Asegurado son a consecuencia de:

- a- Cualquier enfermedad corporal o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por Accidentes amparados por esta póliza
- b- Los Accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos o síncope y los que se produzcan como consecuencia del estado de embriaguez (de acuerdo con lo que estipula la Ley) o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas tóxicas o alucinógenas, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica, no producida por el Accidente amparado.
- c- Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos, duelos, riñas y huelgas por parte del Asegurado o de los beneficiarios. Queda exceptuada la legítima defensa.
- d- 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.
- e- 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.
- f- Participación activa en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.
- g- Fisión o fusión nuclear.
- h- 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.
- i- 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.
- j- 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.
- k- Se produce si 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.

Están excluidos de la cobertura de gastos médicos aquellos 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 que esté amparado por la cobertura Emergencias Odontológicas sin Endodoncias.
- 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- Lesiones causadas voluntariamente al asegurado por su representante legal o beneficiario.
- f- Hernias inguinales.

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.”

IV. LIMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS

6.- ALCANCE DE LA COBERTURA

El seguro cubre todos los Accidentes que pudieren ocurrir al Asegurado ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, en su vida particular o mientras estuviere circulando o viajando a pie o a caballo, en bicicleta sin motor o haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo en líneas comerciales autorizadas sujetas a itinerario fijo, o de vehículos particulares propios o ajenos, conduciéndolos o no.

Quedan incluidos en la cobertura los siguientes deportes, ya sea se practiquen como aficionado o profesional: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor, salvo en alta mar, esgrima, fútbol, gimnasia, golf, balonmano, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), voleibol y polo acuático.

7.- ALCANCE TERRITORIAL

La cobertura de este seguro se extiende a todos los países, excepto la cobertura de SM Asistencia, la cual se brindará únicamente en el territorio de la República de Costa Rica.

8.- SUMA ASEGURADA

a) Cobertura de Muerte Accidental e Incapacidad Permanente por Accidente

En el caso del Asegurado Principal, la suma asegurada será la indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

Para el Asegurado Dependiente, la suma asegurada corresponde al veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada aplicable al Asegurado Principal, según lo establecido para efectos de la cobertura de Incapacidad Permanente por Accidente, en la Tabla de Indemnizaciones que se incorpora a continuación.

Para Asegurados Dependientes - Hijos, solo en caso de Muerte Accidental, la suma asegurada corresponde al veinticinco por ciento (25%) del monto del seguro del Asegurado Principal.

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE:

Tipo de incapacidad	Porcentaje del monto asegurado
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permita 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 la 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 del otro dedo del pie.	4

CONDICIONES PARA DISFRUTAR DE LA COBERTURA

Para gozar de esta cobertura deberán concurrir las siguientes condiciones:

- a) Continuar permanentemente incapacitado a la fecha en que el beneficio se hace efectivo.
- b) Aportar un Certificado de la comisión Calificadora competente, donde se otorga la incapacidad no sujeta a revisión.

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 setenta por ciento (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 trató del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trató de otros dedos.

Combinación de Incapacidades:

- a) 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%.
- b) Cuando la incapacidad así establecida llegare al 80%, se considera incapacidad total y se abonará, por consiguiente, el 100% de la suma asegurada.

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.

Peritaje

Si el Asegurado no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecho 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.

b) Cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Para todos los Asegurados (Asegurado Principal – Dependientes): Hasta un cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada establecida para el Asegurado Principal en la cobertura de Muerte Accidental, salvo que se trate de gastos odontológicos, según lo que se indica en seguida.

El monto contratado será el indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

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.

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

c) Cobertura de Asistencia Funeraria

Para todos los Asegurados: Hasta un quince por ciento (15%) de la suma asegurada por Muerte Accidental del Asegurado Principal, sin superar el monto máximo de tres millones de colones (¢ 3.000.000) o seis mil dólares moneda de los Estados Unidos de América (US\$ 6.000,00). El monto contratado será el indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

d) Cobertura SM Asistencia

Se trata de la prestación de un servicio según se detalla en la cláusula de "Coberturas".

9.- MONTO MÁXIMO DE SEGURO

En ningún caso la suma asegurada por Asegurado deberá exceder el límite máximo de cobertura por persona consignado en las Condiciones Particulares del contrato.

El monto total indemnizable por parte de LA ASEGURADORA por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro no excederá del límite asegurado por persona consignado en la póliza.

LA ASEGURADORA llevará un control estricto para evitar que la suma asegurada por Asegurado exceda ese límite. En el caso de que por alguna razón el límite fuere excedido, LA ASEGURADORA deberá informar de esa situación al Asegurado, así como reintegrarle las primas pagadas en exceso, lo que deberá efectuar en un plazo máximo de 30 días naturales, a partir del momento en que LA ASEGURADORA tenga conocimiento de ese hecho.

En el caso de la cobertura de asistencia, se trata de la prestación de un servicio según se detalla en esta póliza.

10.- PERIODO DE COBERTURA

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

11.- 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 (dentro del plazo máximo indicado), 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.

12.- SUICIDIO

Si un Asegurado comete suicidio durante el primer año de estar asegurado en la cobertura de Asistencia Funeraria, 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 o a los Beneficiarios designados en el caso de que el pago de la prima corresponda al Asegurado.

13.- CANCELACIÓN DE COBERTURA

Al hacerse efectiva la indemnización por la cobertura adicional de Incapacidad Permanente por Accidente, y esta sea igual o superior al 67%, se cancelarán la totalidad de coberturas contratadas tanto para el Asegurado Principal indemnizado como para los Asegurados Dependientes.

En el caso de los Asegurados Dependientes – Hijos, las coberturas del seguro se cancelarán de forma automática cuando éstos hayan alcanzado la edad de veinticuatro (24) años cumplidos.

14.- AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

Si las consecuencias de un Accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de éste, de un estado físico y/o mental anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de una discapacidad física de cualquier naturaleza y origen; la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias directas del Accidente cubierto, sin la mencionada concausa, salvo que esté relacionada con otro Accidente cubierto por la póliza el cual haya ocurrido durante su vigencia.

15.- BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta póliza deberán ser determinados de forma específica o genérica por el Asegurado hasta por los límites que él mismo establezca y serán señalados en la Solicitud de Seguro.

Toda designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada a LA ASEGURADORA.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

V. OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES

16.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

- a) Entregar en el medio designado por el Asegurado para recibir notificaciones el Certificado de Seguro en el que se especificará la descripción y monto de cada una de las coberturas contratadas, así como la información relevante del seguro.
- b) Notificar al Asegurado cualquier decisión que tenga por objeto la rescisión o nulidad de este contrato, para que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.
- c) Entregar a los integrantes del grupo asegurable y a la persona asegurada idéntica información, en iguales términos y condiciones como si se tratara de un contrato de seguro individual, en especial, las cláusulas de disputabilidad y exclusiones de la póliza.
- d)
- e) Resolver todo reclamo de forma motivada y por escrito, en el término de treinta (30) días naturales a partir del cumplimiento de todos los requisitos. Asimismo, en los casos que aplique, deberá proceder con el pago de la indemnización en el plazo máximo de treinta (30) días naturales posteriores a la notificación de aceptación del reclamo.

17.- 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.
- d) Facilitar a la ASEGURADORA todos los informes que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente y los medios empleados para disminuirlas y atenuarlas.
- e) 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.

18.- OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO

El Tomador y/o Asegurado, están obligados a declarar a LA ASEGURADORA todos los hechos y circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo.

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

19.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

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

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

Si la 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.

20.- EFECTO 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 al Tomador y/o Asegurado.

21.- 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 está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA ASEGURADORA, el contrato se considerará nulo. LA ASEGURADORA está obligada a informar al Tomador y/o Asegurado las edades límites a que este inciso hace referencia previa a la suscripción del contrato.
2. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y
3. Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

22.- PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas deben ser pagadas por anualidades anticipadas, pero pueden fraccionarse en pagos semestrales, trimestrales o mensuales. Su cancelación se hará en las oficinas principales de LA ASEGURADORA o en lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las condiciones particulares de esta póliza.

23.- PLAZO DE GRACIA

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

VII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS

24.- AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, Asegurado o sus Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a LA ASEGURADORA del hecho que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los siete (7) 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 aviso del siniestro, así como toda consulta relacionada con dicho aviso, deberá efectuarse a través de los siguientes medios:

Teléfono: 2211-9102

Fax: 2222-5481

Correo electrónico: indemnizaciones@smseguros.cr

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario no pueden realizar personalmente el aviso, podrán 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 o culpa grave del Tomador, Asegurado o Beneficiario, la responsabilidad de LA ASEGURADORA con respecto del Tomador, Asegurado o Beneficiario emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo. El Tomador, Asegurado o Beneficiario, 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.

25.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR

Una vez efectuado el aviso de siniestro dentro del plazo establecido en la cláusula anterior, el Tomador, Asegurado o Beneficiario, deberán aportar en el plazo máximo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación, la documentación que se indica a continuación, según la cobertura de la que se trate.

I) Muerte accidental

- a) Aviso del evento ocurrido.
- b) Certificado de Defunción original, extendido por autoridad competente, donde se indique la causa de defunción.
- c) Original y fotocopia legible del documento de identificación del fallecido.
- d) Original y fotocopia del documento de identificación vigente de los beneficiarios.
- e) Si hay menores designados como beneficiarios, constancia de nacimiento.
- f) Original y fotocopia del documento de identificación vigente de quien ostente la patria potestad o tutela del menor (Este segundo caso presentar documentos que respalden el nombramiento).
- g) Copia certificada de la sumaria del accidente.

II) Incapacidad Permanente por Accidente

En caso de Incapacidad Permanente por accidente (asegurado principal y cónyuge debidamente incluido :

- 1. Informe de siniestro (formulario), 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 dueño del seguro
- 3. Fotocopia por ambos lados de la cédula asegurado afectado: cónyuge.
- 4. En caso de accidente del cónyuge: constancia de matrimonio emitida por el Registro Civil, o bien, Declaración Jurada hecha por un abogado que indique el tiempo de convivencia firmada por dos testigos.
- 5. Copia certificada del expediente médico, o envío digital (con firma digital) del expediente médico.
- 6. Certificación de incapacidad emitida por la entidad competente, que indique el porcentaje (%) de impedimento o pérdida de la capacidad general del miembro afectado original firmada, o enviado digitalmente (con firma digital)

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 Asegurado.

III) Gastos Médicos por Accidente

- 1. Informe de siniestro (formulario), 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 dueño del seguro y del asegurado afectado (si es un dependiente).
- 3. Declaración del Médico (formulario), 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).

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)

IV) Asistencia Funeraria

- a) Aviso de evento ocurrido.
- b) Certificado de defunción original extendido por autoridad competente, donde se indique la causa de defunción.
- c) Original y fotocopia legible del documento de identificación del fallecido.
- d) Indicar centros médicos donde recibió atención médica.
- e) Fotocopia legible del documento de identificación vigente del beneficiario o beneficiarios.
- f) Si el fallecido es el cónyuge constancia de matrimonio.
- g) Si es un hijo: constancia de nacimiento.

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 Seguros del Magisterio en un plazo máximo de treinta días hábiles posteriores al aviso del siniestro.

LA ASEGURADORA revisará la información presentada por el solicitante en un plazo no mayor de quince días naturales y dentro de ese término, si detecta la falta de algún documento en una única comunicación le informará al solicitante para que en un plazo máximo de 30 días naturales entregue la documentación pendiente. No obstante; el trámite para iniciar el proceso de liquidación será efectivo al presentar todos los requisitos.

La Dirección de Operaciones de LA ASEGURADORA procede con el análisis y aprobación o denegación del caso, según corresponda de conformidad con las cláusulas del contrato.

De ser aprobada la liquidación, por la Dirección de Operaciones, se traslada el expediente a la Gerencia o Subgerencia para su aprobación y emisión de la orden de pago. El plazo para el pago del siniestro es de 30 días naturales, una vez presentada la totalidad de requisitos.

Seguros del Magisterio girará el dinero a favor del Asegurado o Beneficiario según la cobertura estipulada en el contrato.

26.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA ASEGURADORA brindará respuesta a toda gestión reclamo, petición o solicitud presentada en forma personal o por medio de apoderado, 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.

De igual forma, efectuará el pago de la indemnización correspondiente previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del Tomador hasta completar la anualidad respectiva.

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 ASEGURADORA estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante LA ASEGURADORA y haya presentado la documentación exigida para ese efecto.

Si LA ASEGURADORA incurre en mora en el pago de la indemnización, ello generará la obligación de pagar al Tomador, Asegurado o Beneficiario, según corresponda, los daños y perjuicios, que para efecto de esta cobertura consisten en el pago de intereses moratorios legales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 497 del Código de Comercio.

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 que de haber sido declarados correctamente podría 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 ellos 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. Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se proceda según lo establecido en la cláusula de Valoración, o bien se 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.

VIII. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

27.- 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. Hay dos opciones de vigencia:

- a.- Igual o inferior a un año.
- b.- Anual renovable.

28.- RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro es anual renovable y si el tomador del seguro no manifestare su opinión en contrario, la póliza se renovará automáticamente por igual período.

En cada renovación, LA ASEGURADORA podrá establecer nuevas condiciones en cuanto a las primas, previa comunicación por escrito al contratante con una anticipación de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de renovación, de acuerdo con la tarifa según la edad actuarial del asegurado.

Se entenderá por edad actuarial a la correspondiente al cumpleaños más próximo del asegurado, ya sea pasado o futuro.

Las condiciones económicas de la renovación dependerán del resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediata anterior.

29.- TERMINACION ANTICIPADA

Este contrato y sus anexos podrán ser terminados anticipadamente por el Tomador y/o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación.

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.

30.- CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) Para los hijos, al cumplir (25) veinticinco años de edad en la cobertura de Muerte Accidental, Gastos Médicos por Accidente y Asistencia Funeraria, o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.
- b) Cuando se cumpla la vigencia del seguro para la vigencia igual o inferior a un año.
- 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, cuando el Asegurado Principal deje de pertenecer al Grupo Asegurado o fallezca.
- e) Cuando el Tomador termine anticipadamente por escrito la póliza.
- f) Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a veinte (20) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente.
- g) En la fecha en la que la póliza suscrita por el Tomador inicie su vigencia con otra aseguradora.

IX. CONDICIONES VARIAS

31.- ELEGIBILIDAD

Son elegibles aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable cuya edad se ajuste a la especificada en la cláusula de Condiciones de Emisión y que al momento de suscribirla no padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de esos padecimientos.

32.- CONDICIONES DE EMISION

La edad de emisión para las coberturas de Muerte Accidental, Incapacidad Permanente por Accidente, Gastos Médicos por Accidente, Asistencia Funeraria y SM Asistencia en el caso del Asegurado Principal es de tres años sin límite de edad y para el cónyuge será de quince (15) años sin límite de edad. En el caso de la cobertura de Incapacidad Permanente para menores de 15 años como asegurados directos se otorgará de manera facultativa por parte de LA ASEGURADORA.

El Asegurado Dependiente - hijos en cobertura para Muerte Accidental, Gastos Médicos por Accidente, SM Asistencia y Asistencia funeraria, la edad de emisión es de 15 (quince) días de nacido a veintitrés (23) años de edad.

Las primas del producto para cada cobertura estarán establecidas bajo dos opciones de tarifas. La opción 1 establece una tarifa por millar única para todo el Grupo asegurado.

La opción 2 establece una única tarifa para todos los asegurados con edades de 65 años o menos.

Para los asegurados del grupo con edades de 66 y más años, se aplicaría a cada asegurado en particular la Prima correspondiente a su edad alcanzada al iniciar el año de cobertura, en este caso las primas estarían cambiando cada año en razón del cambio de edad de cada asegurado. En todas las coberturas los asegurados deben encontrarse en buen estado de salud, para lo cual se completará la respectiva declaración de salud en el formulario que será suministrado por LA ASEGURADORA.

33.- MODIFICACIONES DEL CONTRATO

Cualquier cambio a las condiciones de esta póliza debe constar por escrito, en idioma español y debidamente firmado por las partes. Los cambios que se hagan deberán ser comunicados al Tomador y/o Asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones.

34.- RECTIFICACIÓN

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la Propuesta o Solicitud de Seguro, el contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba aquella. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

35.- 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, salvo en los seguros de vigencia menor o igual a un mes, que por ser su cobertura destinada a eventos de carácter masivo se hace imposible la entrega de un certificado, por tanto el comprobante de aseguramiento será la lista que entregue el contratante al momento de la suscripción y pago del seguro.

36.- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del Grupo Asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por el monto asegurado en esta póliza bajo las mismas coberturas, según corresponda, en uno de los planes individuales de accidentes personales o de Asistencia Funeraria que tenga inscritos y autorizados LA ASEGURADORA, siempre y cuando lo solicite dentro del mes, contado a partir de su retiro del grupo. El Seguro Individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y sus dependientes y sus ocupaciones en la fecha de la solicitud.

37.- CONTINUIDAD DE COBERTURA

LA ASEGURADORA otorga continuidad de cobertura sin exigencia de requisitos adicionales de asegurabilidad para todos los asegurados con otro seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado que se tuviera contratado con la anterior compañía en las coberturas contratadas el cual será trasladado a LA ASEGURADORA.

Las edades de permanencia serán las estipuladas por cada cobertura y definidas por LA ASEGURADORA. Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud o edad con las siguientes salvedades:

- a) Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.
- b) Que las citadas condiciones de salud existieran con anterioridad a la vinculación del Asegurado con el Tomador del seguro.

Es requisito indispensable el envío a LA ASEGURADORA del último listado emitido por la compañía de la cual es trasladado el grupo, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales con la siguiente información: nombres, apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura, sobrepimas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de los valores asegurados sobre los iniciales requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares. Se otorgará la continuidad de cobertura descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por el Tomador del seguro de informar los riesgos que han sido extraprimados por la compañía anterior, a fin de aplicar estas extra primas en el cobro de la nueva póliza.

38.- VALORACION:

De mutuo acuerdo entre las partes, se podrá acordar la práctica de una valoración o tasación si hay desacuerdo respecto del monto de la pérdida al momento de ocurrir el siniestro, lo que se llevará a cabo por uno o más peritos.

El costo de los honorarios será cubierto por las partes en idéntica proporción. En caso de que no haya interés o acuerdo respecto de la realización de la valoración, se podrá acudir según lo establecido en la de Resolución de Controversias.

39.- REGISTROS

LA ASEGURADORA llevará un registro que muestre en todo momento, al menos lo siguiente: datos del Tomador del seguro, nombre, edad y número de cédula de cada uno de los miembros del Grupo asegurado, suma asegurada de cada uno, fechas en que entra en vigor los seguros, fechas de terminación y número de los certificados individuales.

Una copia autorizada de este registro será entregada al Tomador del seguro, cuando así lo solicite.

40.- MONEDA:

Todos los valores o indemnizaciones bajo esta póliza son liquidables en colones costarricenses o dólares de los Estados Unidos de América, según la moneda señalada en el Certificado de Seguro.

Cuando se trate de dólares, las obligaciones monetarias podrán ser honradas por el equivalente en colones según el tipo de cambio de venta publicado por el Banco Central de Costa Rica a la fecha del pago.

41.- PRESCRIPCION

El plazo de prescripción de las acciones que se deriven de este contrato será de cuatro (4) años y empezará a correr desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo invoca.

42.- IMPUESTOS

Los impuestos actuales o que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, montos asegurados o sobre cualquier otra base y que afecten este contrato serán de cargo del Tomador, Asegurado y/o Beneficiario según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de LA ASEGURADORA.

43.- COMISION DE RECAUDACION Y GESTION ADMINISTRATIVA DEL TOMADOR

Para la modalidad contributiva, por la recaudación de las primas LA ASEGURADORA reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta póliza.

44.- MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

La modalidad de contratación de este seguro podrá ser cualquiera de las siguientes:

- a. Contributiva: Los miembros del grupo deben contribuir con parte o la totalidad de la prima.
- b. No contributiva. El TOMADOR paga la totalidad de la prima.

45.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

Para esta póliza se podrá brindar participación de utilidades, siempre y cuando se establezca en sus Condiciones Particulares y se haya pactado previamente con el tomador del seguro.

Para realizar la participación de beneficios se procederá de conformidad con el siguiente procedimiento, en el que cada rubro sería expresado en colones, por lo que los montos correspondientes a las pólizas en dólares deberán ser convertidas a colones al tipo de cambio del día particular de la operación:

- a. Del total de las primas ganadas anuales (primas brutas menos devoluciones sobre primas), se deducirán los gastos de adquisición, los gastos de administración, otros gastos de operación incluyendo el Costo del Cuerpo de Bomberos y las sumas pagadas por concepto de siniestros incurridos, así como los siniestros reportados pendientes de pago y los siniestros pendientes no reportados. El remanente si lo hubiere, será la utilidad a repartir.

Al finalizar el año de vigencia	% de participación
1	Máximo 30%
2	Máximo 40%
3 en adelante	Máximo 50%

- b. En el caso que no se dieran utilidades, conforme lo indicado en el inciso a) anterior, las pérdidas del período serán aplicadas a la liquidación del siguiente período y de persistir la pérdida podrá la Aseguradora efectuar los ajustes técnicos correspondientes para garantizar suficiencia de prima por el riesgo que el negocio representa.
- c. Si existiera un reclamo pagado o presentado o una devolución de primas, que no se contempla en el cálculo del período liquidado que le corresponde, la Aseguradora podrá incluirlo en la liquidación del período siguiente.
- d. Si este beneficio de Participación de Utilidades se incluye posterior a la emisión del seguro, el mismo inicia su vigencia a partir de la siguiente renovación anual del contrato de seguro y se reconocerá al finalizar dicha renovación.

Para la modalidad contributiva la participación de beneficios debe repercutir en el grupo asegurado según su aporte proporcional al pago de la prima.

46.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información confidencial que el Tomador, Asegurado y/o Beneficiario brinden a LA ASEGURADORA será tratada como tal. El incumplimiento de lo anterior dará derecho al perjudicado 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 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.

47.- CERTIFICADO DE COBERTURA

La ASEGURADORA entregará a cada Asegurado en forma personal, mediante correo electrónico a la dirección consignada en la Solicitud de Seguro o mediante cualquier medio electrónico a disposición, en un plazo máximo de diez días hábiles contados a partir de la solicitud de inclusión en el seguro y en el caso que requiera un proceso de selección, el plazo comenzará su cómputo a partir de la aceptación, un certificado individual de cobertura. Este certificado como mínimo expresará: número de póliza colectiva, número de registro del producto en la Superintendencia, vigencia, monto de la prima, así como la descripción y monto de cada una de las coberturas incluidas.

LA ASEGURADORA podrá remitir este certificado a través del intermediario de seguros o por medio del Tomador. También el asegurado podrá solicitar copia de los documentos contractuales de la póliza colectiva (condiciones generales, particulares o el certificado) en el momento que lo requiera.

48.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De conformidad con lo establecido por la normativa vigente en materia de legitimación de capitales, EL TOMADOR DEL SEGURO, el Asegurado y Beneficiario, se obligan con LA ASEGURADORA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue, así como suministrar la información que se solicite, tanto al inicio de la póliza, su renovación o al momento del pago de indemnizaciones. El incumplimiento de lo anterior será motivo para no emitir la póliza o de no renovarla, según corresponda.

49.- NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley Reguladora del Contrato de Seguros, normativa emanada de la Superintendencia de Seguros, Código de Comercio, Código Civil y cualquier otra que resulte aplicable.

50.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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.

51.- JURISDICCION

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre LA ASEGURADORA y el Tomador, Asegurado y/o Beneficiarios, los Tribunales de Justicia de Costa Rica.

52.- DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el contrato se fija como domicilio la ciudad de San José en la República de Costa Rica. Las comunicaciones entre las partes se harán por escrito al último lugar o medio señalado por el Tomador y/o Asegurado, y en el caso de LA ASEGURADORA en sus oficinas centrales en San José, calle primera, avenida diez.

53.- REGISTRO ANTE 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 P16-33-A02-202 de fecha 14 de setiembre de 2010”.