

## 1.- BASES DEL CONTRATO

Constituyen esta póliza de Accidente para Estudiantes, los siguientes documentos los cuales son los únicos válidos para establecer los derechos y obligaciones: a) La solicitud de seguro y b) las presentes Condiciones Generales del Contrato.

## 2. – COBERTURAS

LA ASEGURADORA entregará el monto asegurado seleccionado por el asegurado en la solicitud de seguro, según las coberturas contratadas que se detallan:

### a.- COBERTURAS BASICAS

#### 1. Gastos médicos por accidente:

LA ASEGURADORA cubrirá al asegurado los gastos razonables y acostumbrados de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos, hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, en que se incurra como consecuencia directa de las lesiones sufridas por el asegurado en un accidente hasta agotar la suma asegurada, la aplicación de la suma asegurada para esta cobertura es por evento.

Los gastos de esta cobertura serán cubiertos de la siguiente manera: la atención primaria a través de proveedores de servicios médicos registrados dentro de la **Red Médica** autorizada por la ASEGURADORA, el resto de gastos por medio de reembolso.

Se tendrá un coaseguro de un 15% (quince) independientemente del monto asegurado.

En el caso de los gastos relacionados con estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos el coaseguro es del 35% (treinta y cinco por ciento).

#### 2. Gastos funerarios:

LA ASEGURADORA se compromete a prestar a título de indemnización según el monto asegurado contratado, los servicios de asistencia funeraria que comprenden tanto el de funeraria como el de destino final, a través de la Corporación de Servicios Múltiples del Magisterio

Nacional, proveedor de servicios auxiliares funerarios debidamente registrado, o de un proveedor de libre elección del TOMADOR O BENEFICIARIO. Se cubre la muerte en general, es decir, no está limitada a que sea por accidente.

En esta cobertura no aplica ningún tipo de deducible.

No obstante la Aseguradora no indemnizará el monto asegurado en esta póliza, si el asegurado muere por causa no accidental durante los primeros 60 días naturales siguientes a la fecha de emisión del seguro. Este periodo no aplica en caso de muerte accidental.

### 3. Indemnización por pérdida de miembros o incapacidad permanente:

LA ASEGURADORA pagará al asegurado el porcentaje de la suma asegurada de conformidad con el grado de incapacidad permanente, basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada a esta póliza y que forma parte integrante de ella. Se cubre un único accidente durante todo el periodo de cobertura.

En esta cobertura no aplica ningún tipo de deducible.

### b.- COBERTURAS OPCIONALES.

#### 1. Gastos médicos por emergencia:

LA ASEGURADORA pagará al asegurado, ya sea a través de reembolso o de proveedores de servicios médicos registrados dentro de la **Red Médica** autorizada por ella, los gastos razonables y acostumbrados de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, en que se incurra como consecuencia directa de una emergencia.

Se tendrá un coaseguro de un 15% (quince) independientemente del monto asegurado.

En el caso de los gastos relacionados con estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos el coaseguro es del 35% (treinta y cinco por ciento).

#### 2. Subsidio para pago de gastos académicos por muerte o incapacidad total y permanente del TOMADOR:

LA ASEGURADORA pagará la suma asegurada para esta cobertura en caso de muerte en general -es decir no limitada a muerte accidental- del TOMADOR o en caso de incapacidad total y permanente a consecuencia de un accidente del TOMADOR.

El pago de esta cobertura estará condicionado en lo siguiente:

- i. No se cubre la muerte en caso de Enfermedades preexistentes del TOMADOR.
- ii. La Aseguradora no indemnizará el monto asegurado en esta póliza, si el tomador muere por causa no accidental durante los primeros 60 días naturales siguientes a la fecha de emisión del seguro. Este periodo no aplica en caso de muerte accidental.

En esta cobertura no aplica ningún tipo de deducible.

### 3. - RECTIFICACIÓN

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

### 4. - DEFINICIONES

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, es decir, ajenos al control del asegurado principal o dependiente, que afecte al organismo del asegurado 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:

Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.

La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado,

consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.

La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.

El carbunco o tétano de origen traumático.

- b. **Asegurado:** Persona física incluida como tal en la solicitud de seguro, que reside en la República de Costa Rica.
- c. **Atención primaria por accidente:** Nivel básico e inicial de asistencia médica que implica: diagnóstico, prevención y curación dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del evento.
- d. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- e. **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.
- f. **Solicitud de Seguro:** Documento en el cual se detalla la cobertura y condiciones generales del contrato.
- g. **Coaseguro:** Porcentaje específico que se aplica sobre los gastos médicos cubiertos, una vez superado el deducible.
- h. **Declaración falsa:** Se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
- i. **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.
- j. **Emergencia:** Inicio repentino e inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales y cuya asistencia en un hospital o centro médico no puede ser demorada y como tal es catalogada por el centro médico o médico que la atiende.
- k. **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.

- l. **Enfermedades Preexistentes:** Aquella condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual un asegurado ha recibido, en los doce meses previos a la suscripción del seguro, consulta, tratamiento médico, prescritos por un médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos, prescritos por un médico.
- m. **Estudiante:** Persona física matriculada en un Centro de Educación reconocido por el Ministerio de Educación Pública, una Universidad reconocida por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) o guarderías infantiles con permiso vigente de funcionamiento extendido por el Ministerio de Salud.
- n. **Fecha de emisión:** Fecha que se indica en la solicitud de seguro a partir de la cual éste seguro entra en vigor.
- o. **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas de idéntico género 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.
- p. **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.
- q. **Incapacidad Permanente:** Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de emisión de esta póliza. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica o funcional de uno o varios de sus miembros.
- r. **Incapacidad Total y Permanente:** Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de emisión de esta póliza y que

el asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, que produzca la pérdida del sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual y que el diagnóstico no es sujeto a revisión.

- s. **Póliza:** Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de ésta las condiciones generales de la modalidad que se contrate, los adenda que se emitan para complementar o modificarla y la solicitud de seguro.
- t. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- u. **Prima no Devengada:** Porción de la prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
- v. **Tomador:** Persona física que firma como solicitante en la solicitud de seguro y con quien la aseguradora ha convenido en emitir la póliza y es el pagador de la prima.

## 5.-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.

Esta póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Anual Renovable, por lo que se entenderá prorrogado por igual periodo de forma automática, salvo que el tomador manifieste su deseo de no prorrogarlo, notificando a LA ASEGURADORA con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento de la póliza. Este seguro se podrá renovar solo cuando el Tomador así lo consienta.

## 6.- SUMA ASEGURADA

Es el monto de seguro de conformidad con la opción del plan de cobertura escogido por el TOMADOR en la solicitud de seguro.

## 7.- 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.

## 8.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

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

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

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

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

Si la solicitud no es aceptada en el término de quince días naturales 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.

## 9.- 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 a EL TOMADOR.

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

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

## 10.- ALCANCE DE LA COBERTURA

El seguro opera únicamente dentro de la República de Costa Rica y cubre un accidente que pudiera ocurrir al Asegurado en su centro de enseñanza o en su vida particular, siempre que ostente la condición de estudiante, según se define en la cláusula de definiciones, al momento de suscribir el seguro; durante las veinticuatro (24) horas del día y mientras esta póliza se encuentre vigente.

Quedan incluidos en la cobertura los siguientes deportes, siempre que se practiquen como aficionado: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor, salvo en alta mar, equitación, esgrima, excursiones a montaña por carreteras o senderos, 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.

## 11.- CONDICIONES DE EMISION

Esta póliza no tiene limitaciones en cuanto a la edad de contratación, en la medida en que se trate de un estudiante en los términos en que se define en este seguro.

Para el TOMADOR del seguro en las coberturas de muerte o incapacidad total y permanente la edad mínima de suscripción es de 18 años inclusive sin límite de edad. Sin embargo, para los mayores de 65 años se aplicaran las tarifas en uso por la aseguradora, de acuerdo con la edad alcanzada. .

Además deberá completar la solicitud de seguro y recibir las condiciones generales de éste.

## 12. - EXCLUSIONES

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

- a) La influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
- b) Consumación o tentativa de suicidio, durante el primer año de vigencia del seguro
- c) 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.
- 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) Accidente que el Asegurado sufra como consecuencia de su participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, huelga, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- 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) Accidente producidos directamente o indirectamente, próxima o remotamente, por fisión o fusión nuclear.
- h) Accidente producidos por terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán y en general todo fenómeno de la Naturaleza de carácter catastrófico.
- i) Accidente 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, sujeta a itinerario, operada por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- k) Enfermedades conocidas o diagnosticadas de forma preexistente, de conformidad con la definición de "Enfermedades Preexistentes" presentada en la cláusula de Definiciones.
- l) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- m) Tomaínas 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.

## 13. GASTOS EXCLUIDOS

Están excluidos de esta póliza los gastos incurridos por:



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

**14. TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE:**

Tipo de incapacidad	Porcentaje del monto asegurado
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100
Por pérdida de ambas manos o ambos pies, o de una mano y un pie.	100
Por pérdida total o irreparable de la visión de ambos ojos, de la audición de ambos oídos o del habla.	100
Pérdida total de un ojo o reducción de mitad de la visión binocular normal.	50
Sordera total e incurable de un oído.	15
Ablación de la mandíbula inferior.	50
<b>MIEMBROS SUPERIORES</b>	
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
<b>MIEMBROS INFERIORES</b>	
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

**Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.**

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad se deriva de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada, sólo que se hubiera producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será

igual a la mitad de la que correspondería por pérdida del dedo entero si se tratará del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratare de otros dedos.

**Combinación de Incapacidades:**

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

**Lesiones no previstas:**

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

**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 el Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

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.

**15.- BENEFICIARIOS**

Los beneficiarios de esta póliza serán, en orden excluyente:

- a) Los expresamente señalados por el asegurado.
- b) Los herederos legales del asegurado en caso de no haber designado, que éstos hayan premuerto o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiarios por cualquier causa.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario.

Cuando se nombre a un beneficiario menor de edad, su representación se estará a lo dispuesto para la autoridad parental o tutela, según lo regulado en los artículos 140 y 175 del Código de Familia, siguientes y concordantes.

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.

**16. - CAMBIO DE BENEFICIARIOS**

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de beneficiario siempre que la póliza esté en vigor y no haya restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a LA ASEGURADORA, en el formulario que le será suministrado en las oficinas de LA ASEGURADORA. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que LA ASEGURADORA pagará el importe del seguro al último beneficiario del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna de su parte. LA ASEGURADORA pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

## 17. - PAGO DE LAS PRIMAS

La prima debe ser pagada al momento de la emisión del seguro y en cada prórroga y/o renovación, por lo que no podrá fraccionarse. Su cancelación se hará en las oficinas principales de LA ASEGURADORA o en lugares que ésta designe.

LA ASEGURADORA podrá mediante notificación al TOMADOR con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al término de la vigencia de la póliza, para su correspondiente aceptación, cambiar la tarifa que utilizará para la prórroga y/o renovación del seguro, para el cálculo de las primas de las coberturas contratadas.

**AJUSTE ANUAL DE PRIMAS:** La Aseguradora en base a análisis de suficiencia de las tarifas podrá modificar las primas en la prórroga contractual de la Póliza, siempre que la notifique al TOMADOR por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de prórroga.

Las Primas Comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se estarían ajustando anualmente en la prórroga contractual de las pólizas, con base en la experiencia de la siniestralidad presentada por la cartera total de pólizas del presente producto durante sus dos últimos períodos de vigencia anual. Para las coberturas de Gastos Médicos por Accidente y Gastos Médicos por Emergencias se estaría considerando además para el ajuste, la variación del Índice de Precios de Servicios de Salud durante el último año.

Específicamente el porcentaje de Ajuste anual a las primas sería de hasta un máximo del resultado de la siguiente fórmula:

$$\% \text{ AJUSTE ANUAL DE PRIMAS} = \% \text{ AJUSTE POR SINIESTRALIDAD} + \% \text{ VARIACION INDICE PRECIOS DE SERVICIOS DE SALUD.}$$

En donde:

$$\% \text{ AJUSTE POR SINIESTRALIDAD} = \% \text{ Siniestralidad Real} / \% \text{ Siniestralidad Esperada} - 1;$$
 % Siniestralidad Real será calculada como el cociente "S" dividido entre "P"; en donde: "S" corresponde al monto de los siniestros pagados en toda la cartera de pólizas del presente producto durante los últimos dos períodos anuales al corte de la fecha de la valuación de las primas más los montos provisionados de siniestros que se encuentren pendientes de liquidación; y "P" corresponde al monto de

las Primas Ganadas -netas de cancelaciones o devoluciones- de toda la cartera de pólizas del presente producto durante los últimos dos períodos anuales al corte de la fecha de la valuación de las primas.

% Siniestralidad Esperada corresponderá al 53%.

% VARIACIÓN INDICE PRECIOS SERVICIOS DE SALUD corresponderá a la variación interanual del Índice de Precios de Servicios de Salud (IPP-S renglón 93), publicado por el Banco Central de Costa Rica, con corte al 30 de Junio del año de evaluación.

## 18.- PLAZO DE GRACIA

Se concederá un plazo de gracia de treinta y un días naturales para la cancelación de la prima subsiguiente a la primera.

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.

## 19.- AVISO DE SINIESTRO

Los beneficiarios deberán dar aviso a LA ASEGURADORA de la muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, en los formularios que para tal circunstancia le suministrará la ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

Los beneficiarios, a petición de LA ASEGURADORA, deberán 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 que se detalla en la cláusula Procedimiento en caso de Siniestro.

## 20.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN



LA ASEGURADORA brindará respuesta a toda gestión mediante resolución motivada y por escrito, entregada en el lugar o medio señalado para la atención de notificaciones, en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de su recepción.

Los pagos correspondientes a la indemnización que trata esta póliza, serán hechos por LA ASEGURADORA después de recibir y aprobar la documentación completa, incluyendo las pruebas legales y médicas relativas al siniestro.

De igual forma, LA ASEGURADORA estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que los beneficiarios acrediten, aún extrajudicialmente, su derecho ante LA ASEGURADORA y haya presentado la documentación exigida para ese efecto.

La obligación de indemnizar de LA ASEGURADORA se extinguirá si acredita que el TOMADOR o asegurado declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos de que haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación.

En caso de que la reclamación y/o los documentos presentados para sustentarlos fuesen en alguna forma fraudulentos, si en apoyo de ellas se utilizan medios o documentos engañosos o dolosos, si el siniestro fuere causado voluntariamente por el asegurado o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable, se perderá todo derecho a indemnización.

La indemnización será pagadera a los beneficiarios designados en la fórmula correspondiente, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) de la cláusula de Beneficiarios de las Condiciones Generales.

Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se realice una valoración, según lo establecido en la cláusula de Valoración o que EL TOMADOR o asegurado reclame la suma adicional por otras vías.

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

## **21.- CONDICIONES DE LA INDEMNIZACIÓN**

En la cobertura por gastos médicos por accidente, aplican las siguientes condiciones:

### **Profesionales acreditados:**

LA ASEGURADORA reembolsará los gastos provenientes de médicos autorizados para el ejercicio de su profesión, clínicas, hospitales, farmacias y laboratorios legalmente autorizados.

### **Consulta médico general:**

El reintegro de los gastos por concepto de consultas médica estará condicionado de la siguiente forma:

- i. Se pagan máximo tres consultas médicas por evento o accidente.

### **Coaseguro:**

Se tendrá un coaseguro de un 15% (quince) independientemente del monto asegurado.

En el caso de los gastos relacionados con estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos el coaseguro es del 35% (treinta y cinco por ciento).

### **Tratamientos odontológicos:**

Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente se indemnizarán de acuerdo a las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica vigentes en el momento del accidente.

### **Ortopedia y rehabilitación:**

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

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

### Transporte en ambulancia

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

En la cobertura de gastos médicos e incapacidad permanente, LA ASEGURADORA, a su cargo, podrá nombrar un médico cuando lo considere conveniente para el análisis del reclamo, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección de la clínica u hospital en que se encuentre internado EL ASEGURADO, la comprobación y ajuste de los gastos.

### 22.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de la indemnización, el asegurado o los beneficiarios según corresponda, deberán presentar los requisitos para el trámite del reclamo ante la Aseguradora, ya sea en forma personal o a través del intermediario, en el plazo indicado en la cláusula Aviso de Siniestro.

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

El intermediario de seguros autorizado revisará la documentación presentada, a fin de verificar que esté completa y procederá a remitirla en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles a las Oficinas de la Aseguradora, para que se proceda con su análisis. Si se detecta en la documentación o información presentada la falta de requisitos se comunicará el requerimiento, ya sea a los Beneficiarios, o intermediario de seguros.

Una vez la Aseguradora haya aceptado el reclamo, cualquier indemnización pagada al amparo de esta póliza, será girada en un plazo no mayor de treinta días naturales.

Para el caso de las indemnizaciones por concepto de gastos médicos por accidente o por emergencias e incapacidad permanente serán pagadas directamente al asegurado.

Si el asegurado es un menor de edad, LA ASEGURADORA girará la indemnización al padre, la madre o su tutor.

La indemnización por muerte será pagada a los beneficiarios designados en la solicitud de seguro.

### 23.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR

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

#### **I) Cobertura de gastos médicos por accidente o cobertura de gastos médicos por emergencia.**

La indemnización de un siniestro por estas coberturas serán cubiertos de la siguiente manera:

- a) **Pago Directo:** la atención primaria a través de proveedores de servicios médicos registrados dentro de la **Red Médica** autorizada por la ASEGURADORA, para lo cual el asegurado o sus representantes deben comunicarse a al teléfono 2296-9471 y 2520-0210, correo electrónico [costarica@redbridge.cc](mailto:costarica@redbridge.cc) a fin de coordinar la atención con el proveedor correspondiente, de acuerdo con el caso particular de cada persona.

**El asegurado no podrá acudir en forma directa a los proveedores, debe tramitar toda atención primaria por la ocurrencia de un siniestro amparado en estas coberturas, a través de la Red Médica autorizada por la aseguradora.**

- b) **Pago por Reembolso:** para el restante de los gastos, contra presentación de facturas, para lo que deberá presentar:

- a) Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
- b) Declaración del médico, debidamente completa, en el formulario suministrado por la aseguradora.
- c) En el caso de tratamientos odontológicos:
  - i- Diagrama dental
  - ii- Radiografía panorámica inicial
- d) Las facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo debidamente cancelado. (En caso que la

- factura indique materiales quirúrgicos o medicamentos HLC, es necesario presentar el desglose de los mismos).
- e) Recetas y prescripciones de: medicamentos, exámenes de laboratorio, radiológicos, artículos de apoyo (cabestrillo, férulas, muletas, entre otros), terapia física que indique sesiones recomendadas u otro examen para diagnóstico, y sus costos respectivos.
  - f) Interpretación escrita de rayos X, ultrasonidos, campos magnéticos, entre otros.
  - g) En caso de cirugía u operación presentar: a) Hoja de sala. b) Hoja de anestesia. C) Hoja Operatoria.
  - h) El asegurado o quien legalmente lo represente firmará la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde el Asegurado ha sido atendido.
  - i) Original y fotocopia por ambos lados, del documento de identidad vigente del Asegurado y constancia de nacimiento en el caso de menores de edad. .

**II) Cobertura de gastos funerarios del asegurado o cobertura de muerte del tomador.**

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

**III) Cobertura de incapacidad permanente por accidente del asegurado o cobertura de incapacidad total y permanente del tomador**

- a) Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
- b) Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnóstico de incapacidad, la fecha a partir de cuándo es efectiva- no sujeta a revisión- y el porcentaje de impedimento físico otorgado.

- c) Original y fotocopia del documento de identidad vigente, en caso de menores, constancia de nacimiento, del asegurado, según corresponda.
- d) Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

En el caso de documentos emitidos en el extranjero, deben presentarse debidamente legalizados por las Autoridades consulares correspondientes. Los requisitos antes mencionados deberán presentarse en oficinas centrales o Sucursales de LA ASEGURADORA.

**24.- OTROS SEGUROS**

Si el ASEGURADOR gozara de otro u otros seguros de otras compañías que cubran idénticos gastos, la suma a indemnizar por LA ASEGURADORA será proporcional entre todos los seguros sin exceder el ciento por cien (100%) del gasto, para lo que LA ASEGURADORA coordinará los pagos con las otras compañías.

**25.- CONTACTO PARA CONSULTA DE RECLAMOS**

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

Teléfono: 2211-9100

Fax: 2222-5481

Correo electrónico: [indemnizaciones@smseguros.cr](mailto:indemnizaciones@smseguros.cr)

**27.- TERMINACION ANTICIPADA**

Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

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 rembolsar la suma recibida.

### **28.- 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 al procedimiento establecido en la cláusula de Resolución de Controversias.

### **29.- CADUCIDAD DEL SEGURO**

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

- a) Cuando el asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
- b) Termine la vigencia de la póliza.
- c) Muerte del asegurado.

### **30.- ALCANCE TERRITORIAL**

La cobertura de este seguro se extiende únicamente a la República de Costa Rica.

### **31.- MONEDA**

El pago de las primas que corresponda y las indemnizaciones que tengan lugar, conforme a las obligaciones de este CONTRATO, deben liquidarse en moneda nacional en las oficinas de LA ASEGURADORA.

El recibo será el comprobante de pago de las primas del seguro.

### **32.- JURISDICCION**

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre LA ASEGURADORA por un lado, el tomador, el asegurado y los beneficiarios por otro, los Tribunales de Justicia de Costa Rica.

### **33.- 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 asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley de Notificaciones Judiciales N° 8687 y en el caso de LA ASEGURADORA en sus oficinas centrales en San José, calle primera, avenida diez.

### **34.- 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.

### **35.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Cualquier controversia que surja o se relacione con este contrato, su interpretación y cumplimiento, podrá ser sometida de común acuerdo entre partes para su solución, a 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.

### **36.-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 Bbeneficiario, 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 soliciten, tanto al inicio de la póliza, su prórroga y/o 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.

### **37.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

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 perjudicado 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.

### 38. - 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.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A02-395 de fecha 05 de noviembre de 2012.