

1.- PARTES DEL CONTRATO

Entre nosotros **SEGUROS DEL MAGISTERIO**, cédula jurídica número 3-101-571006, denominada en adelante **LA ASEGURADORA**, y el tomador indicado en la solicitud de seguro, hemos convenido en celebrar este contrato de gastos funerarios de acuerdo con las condiciones generales que a continuación se estipulan y las declaraciones hechas por el **TOMADOR** en la solicitud de seguro que origina este contrato, que es parte integrante de este.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el **TOMADOR** notifique por escrito a **LA ASEGURADORA** su deseo de no continuar con el seguro.

La prima de esta póliza es pagadera por anticipado o de forma fraccionada, y debe ser cancelada en las oficinas de **LA ASEGURADORA**, en San José, Costa Rica o donde ella lo especifique.

2. - COBERTURA

LA ASEGURADORA entregará el monto asegurado contratado que se ha seleccionado en la Solicitud de seguro, hasta un monto máximo de ₡2.500.000 (dos millones y medio de colones), en caso de muerte del asegurado principal o los dependientes asegurados, mediante el pago directo a los beneficiarios designados, al asegurado principal o directamente al proveedor de servicios funerarios que haya prestado el servicio de asistencia funeraria, según corresponda.

A efecto de esta cobertura, se entiende por servicio de asistencia funeraria propiamente el de funeraria como el de destino final.

En el caso de que haya un remanente, será entregado al asegurado principal o beneficiarios designados, según corresponda.

3.- CONTRATO

El contrato de seguro estará constituido por la Solicitud de seguro en la que constan las declaraciones del tomador, las condiciones generales del contrato y los addenda suscritos entre las partes.

LA ASEGURADORA, mediante el intermediario le entregará una copia de la Solicitud de seguro inmediatamente haya firmado y pagado la primera prima, en el caso de addendum, a partir de la modificación de la póliza, en un plazo que no excederá los 10 días hábiles.

En caso de destrucción, extravío o robo de este contrato o de la solicitud de seguro, se podrá emitir un duplicado, previa solicitud escrita en fórmula que LA ASEGURADORA proporcionará al TOMADOR DEL SEGURO y éste cubra el importe de los gastos de reposición, monto que no excederá de mil colones (₡ 1.000).

4. – RECTIFICACIÓN

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la 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.

5. – DEFINICIONES

- a. **Accidente:** Acción repentina de un agente externo en forma violenta, fortuita e imprevista que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por un médico de una forma cierta.
- b. **Asegurado principal:** Persona física incluida como tal en la solicitud de seguro, que haya cumplido con el proceso de emisión del seguro y realiza el pago de la prima de la póliza.
- c. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado principal para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- d. **Conviviente:** Persona del género opuesto con la que el asegurado principal convive en unión de hecho pública, notoria, única y estable, por más de tres años, con aptitud legal para contraer matrimonio.
- e. **Dependiente:** Se consideran dependientes del asegurado principal:
 - 1) Su cónyuge siempre que no se encuentre separado de hecho por un plazo mayor a un año.

- 2) 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.
- 3) Sus hijos, hijastros e hijos de crianza, solteros, de 14 días de nacidos a 25 años de edad cumplidos, o hasta que se casen o convivan en unión libre, lo que ocurra primero.

La categoría dependiente no implica necesariamente la condición de beneficiario en esta póliza.

- f. **Fecha de emisión:** Fecha que se indica en la solicitud de seguro - a partir de la que el seguro entra en vigor.
- g. **Honras fúnebres:** Actos culturales, sociales y religiosos que se practican en la despedida de un fallecido
- h. **Muerte no accidental:** Toda muerte que no sea a causa de un accidente.
- i. **Período de carencia:** Plazo luego de la entrada en vigencia del seguro, durante el que el reclamo de la póliza no procede.
- j. **Período de gracia:** Período que transcurre después de la fecha estipulada de pago, durante el cual la prima subsiguiente a la primera puede ser pagada sin recargo de intereses.
- k. **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 .
- l. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- m. **Prima no Devengada:** Porción de la prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
- n. **Proveedor de servicios fúnebres:** Persona física o jurídica que brinda asistencia, asesoría y los bienes y servicios, requeridos en el proceso de disposición final de restos humanos conocido como honras fúnebres.
- o. **Solicitud de Seguro :** Documento en el cual se

detalla la cobertura y condiciones particulares del contrato.

- p. **Tomador del seguro:** 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.

6.-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.

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 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 la 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 hábiles después de su notificación LA ASEGURADORA podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

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

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

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

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.- PERIODO DE CARENIA

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 de carencia no aplica en caso de muerte accidental.

11.- CONDICIONES DE EMISION

La edad de emisión en el caso del asegurado principal, su cónyuge o conviviente asegurado será de 18 años, sin límite de edad y para su hijo, hijo de crianza o hijastro asegurado de 14 días de nacido hasta cumplir 23 años de edad.

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

12.-EXCLUSIONES

La indemnización prevista en esta póliza no se concede, si la muerte es consecuencia de:

- a) 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.
- b) Suicidio, ya sea en su sano juicio o enajenado mentalmente.
- c) Participación del asegurado 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.
- d) 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.

- e) **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.**

13.- BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta póliza serán, en orden excluyente:

- Los expresamente señalados por el asegurado.
- 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.

14. – 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 Seguros del Magisterio. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que LA ASEGURADORA pague 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.

15. - PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas deben ser pagadas por anualidades anticipadas, pero pueden fraccionarse en dos pagos semestrales. Su cancelación se hará en las oficinas principales de LA ASEGURADORA o en lugares que ésta designe. En el caso de la prima subsiguiente a la primera, esta deberá ser cancelada dentro del plazo estipulado en la cláusula Plazo de Gracia.

La prima a pagar correspondiente a la cobertura para el Asegurado Principal y su Cónyuge estará en función de la edad alcanzada al suscribir el seguro o en la prórroga y/o renovación, según los siguientes rangos de edad: a) De los 18 a los 59 años; b) De los 60 a los 69 años; c) De los 70 a los 74 años; d) De los 75 a los 79 años; e) De los 80 a los 84 años; f) De los 85 a los 89 años; g) De los 90 a los 94 años; f) 95 ó más años.

La prima a pagar correspondiente a la cobertura para los hijos, será única y la misma aplica por cada hijo del Asegurado Principal y/o del Cónyuge a asegurar.

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 vencimiento.

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.

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

% AJUSTE ANUAL DE PRIMAS = % AJUSTE POR SINIESTRALIDAD + % VARIACION INDICE PRECIOS DE SERVICIOS DE SALUD.

En donde:

% AJUSTE POR SINIESTRALIDAD: = % Siniestralidad Real / % 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%.

16.- PLAZO DE GRACIA

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

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 prórroga y/o 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.

17.- AVISO DE SINIESTRO

El 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 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, en los formularios que para tal circunstancia le suministrará la ASEGURADORA.

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

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

LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento que se detalla en las cláusula Procedimiento en caso de Siniestro.

18.- 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.

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 el asegurado

principal o los beneficiarios acrediten, aún extrajudicialmente, su derecho ante LA ASEGURADORA y hayan 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 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 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 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.

La indemnización será pagadera a los beneficiarios designados en la fórmula correspondiente, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) del artículo 13 de las Condiciones Generales.

Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se realice una valoración, según lo establecido en el artículo 22 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.

19.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de la indemnización, los beneficiarios 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.

El intermediario de seguros autorizado revisará la documentación presentada en un plazo no mayor de dos

días naturales 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 en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles.

Si se detecta en la documentación o información presentada la falta de requisitos se comunicará el requerimiento, ya sea al asegurado principal, a los Beneficiarios o intermediario de seguros, para que el interesado complete la documentación en un plazo de cinco (5) días hábiles.

Una vez la Aseguradora haya aceptado el reclamo, cualquier indemnización pagada al amparo de esta póliza, será girada a favor del asegurado principal, a los beneficiarios designados o directamente al proveedor de servicios funerarios que haya prestado el servicio de asistencia funeraria, según corresponda, en un plazo no mayor de treinta días naturales.

Para el trámite de reclamo, los beneficiarios deberán presentar, los siguientes documentos:

- a. Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y de los beneficiarios. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identidad o del pasaporte.
- c. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- d. Si fallece el (la) cónyuge, debe presentar Certificado de matrimonio expedido por el Registro Civil, si fuese el (la) conviviente, se deben presentar los documentos probatorios de la convivencia, según lo establecido en el Código de Familia.

Si fuese uno de los hijos incluidos como dependientes debe aportar Certificado de Nacimiento expedido por el Registro Civil.

Si la causa de muerte es accidental y ocurre dentro de los primeros 60 días de vigencia del seguro debe presentarse fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol y tóxicos en la sangre.

e. Si el pago se va a realizar directamente al proveedor de servicios fúnebres, el asegurado principal o beneficiario deberán presentar a LA ASEGURADORA una nota en la que así lo autoricen, indicando de forma expresa a quien debe realizarse el pago y por cuál monto.

En caso de que proceda la indemnización por la cobertura de este seguro, y su frecuencia de pago es diferente a anual, de la misma se rebajará la cuota pendiente para completar la prima anual correspondiente dado que el seguro es de vigencia de un año.

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

21.- TERMINACION ANTICIPADA

Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por el asegurado principal en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación. Si la frecuencia de pago es semestral y se solicita la cancelación del seguro, se devolverá el 80% de la prima no devengada, dado que LA ASEGURADORA retiene un 20% de gastos administrativos. La devolución correspondiente se hará dentro de los 22 días naturales posteriores a la cancelación.

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 en el plazo antes indicado.

22.- 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 Resolución de Controversias.

23.- 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) Cuando LA ASEGURADORA compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en el contrato.
- d) Muerte del asegurado principal

24.- ALCANCE TERRITORIAL

La cobertura de este seguro se extiende a todos los países.

25.- 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.

26.- 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.

27.- 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.

28.- PRESCRIPCIÓN

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.

29.- 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, 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.

“En caso que se pacte utilizar medidas alternativas para la resolución de conflictos se regirán por los siguientes reglas:

En un plazo máximo de sesenta (60) días naturales siguientes al acto, resolución u omisión que haya generado el diferendo, dará inicio un proceso de conciliación, de conformidad con la normativa del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, lugar en el que se llevará a cabo el proceso. Las partes y el conciliador, de mutuo acuerdo nombrarán un perito que rendirá un informe en un plazo que no excederá de quince (15) días hábiles.

“Si fracasa la conciliación, se llevará a cabo un arbitraje de derecho, a cargo de tres árbitros, uno nombrado por cada parte y el tercero designado de mutuo acuerdo por éstos. “Este tribunal emitirá un laudo arbitral por escrito, definitivo, vinculante para ambas partes e inapelable salvo el recurso de revisión o nulidad. Una vez el laudo adquiera firmeza producirá los efectos de la cosa juzgada material. Cada parte asumirá los gastos de sus asesores y abogados y ambas cubrirán proporcionalmente los honorarios de los peritos y árbitros.

30.- 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 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.

31.- 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 ocasione, 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.

32. - 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 General 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 (los) registro(s) número P16-37-A02-240 de fecha 04 de marzo de 2011”.