

I. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD ASEGURADORA

PERFIL DE LA ASEGURADORA

1. RESEÑA HISTÓRICA

Seguros del Magisterio S.A., es una compañía aseguradora de capital 100% de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio, entidad magisterial con 95 años de administrar la póliza mutual que ampara a todo aquel que esté ligado al sector, sea como educador o bien a nivel de administrativo en cada una de las empresas que conforman al magisterio.

La aseguradora recibió la autorización para operar en el país el 17 de junio del 2009, a través de la licencia A02 otorgada por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), en la cual faculta a Seguros del Magisterio para la comercialización de seguros personales, siendo con esto la primera aseguradora de capital privado en recibir la autorización para operar en el mercado asegurador y a su vez marcando un hito al desmonopolizar formalmente el mercado de seguros costarricense.

Autorizada para la comercialización de seguros bajo la licencia A02, siendo la primera aseguradora privada en recibir el aval de operar en Costa Rica, luego de la apertura del mercado de seguros en 2008, anteriormente había cosechado más de 23 años en la administración de seguros voluntarios de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional, pues era un servicio que la entidad magisterial ofrecía a los asociados y sus familias. No obstante; a partir de su autorización como aseguradora, ofrece seguros a toda la población del país.

Seguros del Magisterio es la única compañía aseguradora privada de capital 100% costarricense, con raíces mutualistas y naturaleza solidaria, teniendo además un alto sentido de responsabilidad social, al formar parte de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional. Además, sus productos están enfocados en satisfacer tanto las necesidades de sus asegurados como el de su familia directa, entendiéndose esta como cónyuge e hijos.

2. FILOSOFÍA EMPRESARIAL

MISIÓN

Brindar protección y tranquilidad a nuestros asegurados, por medio de una solidez financiera, con el más alto estándar de calidad en el servicio al cliente y las mejores prácticas del mercado asegurador

VISIÓN

Ser una aseguradora líder en el mercado de seguros personales en Costa Rica, a través de nuestro compromiso con una **excelente experiencia al cliente**¹, por medio de la **eficiencia** y la **innovación** de productos y servicios, mejorando la **calidad de vida** de nuestros asegurados.

1 La experiencia del cliente es el producto de las percepciones de un cliente después de interactuar racional, física, emocional y/o psicológicamente con cualquier parte de una empresa. Esta percepción afecta los comportamientos del cliente y genera recuerdos que impulsan la lealtad y afectan el valor económico que genera una organización.

Alcanza a todas las interacciones desde la atracción y el interés que generó el marketing, el descubrimiento, la compra, el uso, el servicio al cliente y hasta la baja, sin importar el canal por el que ocurran. Su alcance es integrador, uniendo al negocio en torno a la visión del cliente.

PROPUESTA DE VALOR

Somos una aseguradora 100% costarricense donde el cliente es el centro de todo lo que hacemos, por ello desarrollamos una **excelente experiencia al cliente** a través del ofrecimiento de seguros personales que satisfagan sus **necesidades de protección, de manera ágil y accesible.**

VALORES

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

3. CALIFICACIÓN DE RIESGO

En la actualidad, Seguros del Magisterio cuenta con la calificación "AA- (CR)" con una perspectiva "Positiva", otorgada por la Sociedad Calificadora de Riesgo Centroamericana S.A. "SC Riesgo", quien es la entidad contratada por la aseguradora para llevar a cabo esta gestión.

4. TRATAMIENTO DE DATOS

La información confidencial que el asegurado y/o beneficiario brinden a LA ASEGURADORA será tratada como tal.

El incumplimiento de lo anterior dará derecho al asegurado al cobro de los daños y perjuicios que se le ocasionen, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

LA ASEGURADORA, su personal Directivo y de planta están obligados a guardar el deber de confidencialidad de la información frente a EL TOMADOR DEL SEGURO y las personas aseguradas y solo quedarán liberados de ese deber mediante convenio escrito, diferente de este contrato, en el que se expresen los fines del levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos.

De igual modo, queda a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente, pero queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto.

5. PRESENTACIÓN DE QUEJAS

La presentación del escrito de queja o reclamación podrá realizarse personalmente o mediante representación, debidamente acreditada, en la sede del C.D.A. (centro para la defensa del asegurado) o por aquellos medios a distancia que el C.D.A. disponga, incluyendo correo electrónico.

La entidad tendrá en sus oficinas formularios impresos para la formulación de quejas y reclamaciones que requieren los requisitos que se señalan a continuación:

- a) Nombre completo del consumidor o razón o denominación, número de identificación y copia de la misma en el caso de personas físicas, dirección, correo electrónico o número de fax, para recibir notificaciones.
- b) Referencia, fecha y/o número del reclamo presentado a la aseguradora y/o identificación de la póliza de seguros.
- c) Condición del reclamante como tomador de seguro, asegurado, beneficiario o interesado en relación con una póliza de seguro.
- d) Fundamentos de hecho y/o motivos de la queja o reclamación y solicitud que se formula al C.D.A.
- e) Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento que la queja o reclamación está siendo

tramitada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

f) Fecha y firma del reclamante cuando se apersona a las oficinas del C.D.A, firma digital, conforme la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, Ley 8454 o documento adjunto que compruebe la veracidad de la firma que consta en él.

g) Aportar, junto con el escrito la carta o resolución dada por la aseguradora sobre el reclamo correspondiente y las pruebas documentales que obren en poder del reclamante, relacionadas con el caso.

h) Autorización debidamente firmada para solicitar información a la aseguradora sobre el caso planteado.

6. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier controversia que surja o se relacione con este contrato, su interpretación y cumplimiento podrá ser sometida de común acuerdo entre las partes para su solución, alguno de los procedimientos previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social n° 7727 de 9 de diciembre de 1997, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

7. UBICACIÓN

Seguros del Magisterio tiene sus oficinas en San José, 150 metros sur de las oficinas principales del Banco Popular, costado sur del edificio de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional, calle 1 avenidas 8 y 10. www.smseguros.cr.

II. COBERTURA Y EXCLUSIONES DE LA POLIZA

1. - COBERTURAS

Siempre que expresamente se indique en las condiciones particulares, que su causa directa y única fuere un accidente cubierto, según se define en el artículo de Definiciones inciso a.- esta póliza cubre los siguientes riesgos:

a) Muerte accidental (básico):

LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en las condiciones particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza y que como consecuencia el asegurado fallezca a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes de ocurrido el accidente.

b) Incapacidad permanente por accidente:

LA ASEGURADORA pagará la suma correspondiente al asegurado, 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 período de cobertura.

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 por el asegurado en uno o varios accidentes hasta agotar la suma asegurada, siempre y cuando estos se originen dentro de los **120 días naturales siguientes a la fecha de su ocurrencia.**

El desembolso por concepto de honorarios médicos en ningún caso excederá el 40% del valor asegurado en gastos médicos. El deducible para esta cobertura será el 10%, pero nunca inferior a tres salarios mínimos diarios del trabajador calificado.

d) Asistencia funeraria

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 un proveedor de servicios auxiliares funerarios debidamente registrado. Se cubre la muerte en general, es decir, no está limitada a que sea por accidente.

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
SAFset2020.docx

2.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

La omisión, la reticencia o la falsedad intencional del 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 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, la omisión, la falsedad, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador y/o Asegurado ha encubierto por dolo culpa grave, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, lo que deberá ser 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 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.

3.- 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 respectivamente.

4.- 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.

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.

5.- MODIFICACIÓN DE RIESGO

Si el asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por LA ASEGURADORA como más riesgosa que la declarada al contratar este seguro, LA ASEGURADORA pagará únicamente el porcentaje de las coberturas previstas que la prima pagada hubiese cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por LA ASEGURADORA, para la ocupación más riesgosa.

Si el asegurado cambia su ocupación por otra menos riesgosa la ASEGURADORA al recibo de prueba de esa modificación, reducirá la tasa de prima de acuerdo con la nueva ocupación, además de que devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de esa prueba, en caso que este aniversario haya ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. Para efecto de esta cláusula, la clasificación de riesgo ocupacional y la tasa de prima serán las vigentes a la fecha en que se acredite el cambio de ocupación.

6.- 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 un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el accidente hubiera tenido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante su vigencia.

7. -EXCLUSIONES

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

- a) Los accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos o síncope y los que se produzcan como consecuencia del estado de embriaguez cuyo grado sea superior a cero punto cinco gramos por litro de sangre, o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, somníferos, desinhibitorios o alucinógenos, aún cuando ella sea parcial, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica.
- b) Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- c) Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.
- d) Accidentes que el Asegurado sufra como consecuencia de su participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, huelga, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- e) Participación activa del asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.
- f) Accidentes producidos directamente o indirectamente, próxima o remotamente, por fisión o fusión nuclear.
- g) Accidentes producidos por terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán y en general todo fenómeno de la Naturaleza de carácter catastrófico.
- h) Accidentes que sobrevengan por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.
- i) 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.
- j) Enfermedades conocidas o diagnosticadas de forma preexistente.
- k) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- l) Tomaínas o infección bacteriana, excepto que se tratare únicamente con una infección piógena que ocurra simultáneamente con, y a consecuencia de, una cortadura o herida accidental o visible.
- m) 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.
- n) 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.

- o) Abortos, cualquiera que sea su causa.
- p) Fusión o fisión nuclear o radiactiva.

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 endodancias (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 endodancias 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.”

8.- SUMA ASEGURADA

Cobertura muerte accidental

Para el asegurado principal: la suma indicada en las condiciones particulares. Para el cónyuge o conviviente asegurado: veinticinco por ciento del monto del seguro del asegurado principal. Para hijos, hijastros o hijos de crianza asegurados: veinticinco por ciento del monto del seguro del asegurado principal

Cobertura incapacidad permanente

Para el asegurado principal: la suma indicada en las condiciones particulares. Para el cónyuge o conviviente asegurado: veinticinco por ciento del monto del seguro del asegurado principal.

Cobertura de gastos médicos

- a) Para el asegurado principal: Hasta un veinticinco por ciento de la suma asegurada por muerte accidental
- b) Para el cónyuge o conviviente asegurado: Hasta veinte por ciento de la suma asegurada para el asegurado principal en caso de muerte accidental.
- c) Para hijos, hijastros o hijos de crianza asegurados: Hasta veinte por ciento de la suma asegurada para el asegurado principal en caso de muerte accidental.

En esta cobertura el monto mínimo asegurado es un 10% de acuerdo con lo definido en los incisos a),b) y c).

Cobertura de Asistencia Funeraria

Para todos los asegurados: Hasta un veinte por ciento de la suma asegurada por muerte accidental del titular del seguro, sin superar el monto máximo asegurado especificado en las condiciones particulares del seguro.

9.-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 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

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 tratara de otros dedos.

Combinación de Incapacidades:

- Por pérdida 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%.
- 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 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.

10.- PLAZO DE GRACIA

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

Durante el plazo de gracia, se considera el seguro en vigor y si ocurre algún siniestro, LA ASEGURADORA otorgará la indemnización, previa deducción de la prima causada o pendiente de pago por la renovación del seguro.

Si la prima no es pagada antes de vencerse el plazo de gracia, LA ASEGURADORA procederá según lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 8956.

11.- AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado o sus Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a LA ASEGURADORA de toda lesión, pérdida o 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.

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

En caso de no cumplirse con este requisito por mediar dolo o 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 y presentada la documentación que se detalla en los artículos Obligaciones del Asegurado en caso de Accidente y Documentación por Presentar.

12.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

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

beneficiario deben facilitar a la ASEGURADORA todos los informes que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente y los medios empleados para disminuirlas y atenuarlas. El reclamante deberá presentar a LA ASEGURADORA las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como los comprobantes, originales legalizados de los gastos efectuados. Las facturas de medicamentos deberán acompañarse de las recetas expedidas por el médico tratante, así como las prescripciones de exámenes adicionales.

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

Cuando la indemnización se efectúe por gastos odontológicos por un accidente se hará utilizando las tarifas aprobadas por el **COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA**. Se indemnizará un máximo por accidente del 25% del monto asegurado en esta cobertura. En el caso de sesiones de rehabilitación y/o fisioterapia se reconocerá un máximo de 15 sesiones por accidente, siempre y cuando sea referido por el médico tratante y prestadas por un profesional autorizado.

13.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR

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

I) Muerte accidental

- a) Aviso de siniestro ocurrido
- b) Certificado de defunción original extendido por Registro Civil y que indique la causa de defunción

- c) Original y fotocopia de la cédula del fallecido
- d) Original (es) y fotocopia(s) de la(s) cédula(s) de l(os) beneficiario(s)
- e) Si hay menores designados como beneficiarios constancia de nacimiento.
- f) Original y fotocopia de la cédula 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.

II) Incapacidad permanente por accidente

En caso de Incapacidad Total 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 tomador.
- 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).

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 siniestro ocurrido
- b) Certificado de defunción original extendido por Registro Civil y que indique la causa de defunción

- c) Original y fotocopia de la cédula de identidad del asegurado principal.
- d) Original y fotocopia de la cédula de identidad del fallecido
- e) Indicar centros médicos donde recibió atención médica.
- f) Fotocopia de la cédula del beneficiario o beneficiarios
- g) Si el fallecido es el cónyuge constancia de matrimonio.
- h) 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.

14.- 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.

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 DEL SEGURO 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, aún 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 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 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.

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en las Condiciones Particulares, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) del artículo de Beneficiarios.

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 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.

15.- VIGENCIA DEL SEGURO

Este seguro es anual y entra en vigor desde la fecha de vigencia detallada en las condiciones particulares, y terminará el día inmediato anterior a la fecha de cada aniversario póliza.

16.- 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.

17.- CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) En la anualidad más próxima a la fecha en la que el asegurado alcance la edad máxima de cobertura establecida en las condiciones particulares del contrato póliza.
- b) Cuando vencido el año póliza el asegurado decidiera no renovarlo.
- c) Cuando el asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
- d) Para los hijos, al cumplir (25) veinticinco años de edad o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.
- e) Muerte del asegurado en este caso, también terminará automáticamente para el grupo familiar.

RESPUESTA OPORTUNA

El tomador, asegurado y beneficiario tienen el derecho a recibir respuesta clara y oportuna de todo reclamo, petición o solicitud que presenten, personalmente o por medio de su representante legal, ante LA ASEGURADORA o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de 30 días.

REGISTRO SUGESE

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P 16-33-A02-003 de fecha 28 de julio de 2009.”