

## 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**<sup>1</sup>, 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](http://www.smseguros.cr).

### II. COBERTURA Y EXCLUSIONES DE LA POLIZA

#### COBERTURAS

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

#### 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 período de cobertura.

En esta cobertura no aplica ningún tipo de deducible.

## 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 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.

## EXCLUSIONES A LAS COBERTURAS

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) Tomaiñas o infección bacteriana, excepto que se trate 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.

#### 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.**

#### OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y TERCEROS RELEVANTES

#### 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 propuesta 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.

#### **PLAZO DE GRACIA**

Se concederá un plazo de gracia de treinta y un días naturales para la cancelación de la prima de renovación o prórroga. Si ocurre algún siniestro, LA ASEGURADORA otorgará la indemnización, previa deducción de la prima causada o pendiente de pago por la renovación del seguro.

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

#### **PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS**

##### **AVISO DE SINIESTRO**

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.

##### **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.

### **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 o 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.

### **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 Operador de Seguros Autoexpedibles o 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 Operador de Seguro Autoexpedible o 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, al Operador de Seguro Autoexpedible 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 Propuesta de seguro.

#### 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 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.

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

#### DERECHO DE RETRACTO

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.

El TOMADOR del seguro tiene la facultad de revocar unilateralmente este contrato, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de la adquisición del seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura.

#### VIGENCIA DEL SEGURO

**El seguro entrará en vigencia en la fecha que indica la póliza, siempre y cuando se realice el pago de la prima.**

A este efecto, el TOMADOR deberá hacer la respectiva comunicación a LA ASEGURADORA a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

**Esta póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Anual Renovable, por lo que se entenderá renovado por igual periodo de forma automática, salvo que el tomador manifieste su deseo de no renovarlo, notificando a LA ASEGURADORA con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento de la póliza.**

Podrá efectuarlo por escrito, mediante nota entregada en las oficinas centrales o sucursales de LA ASEGURADORA, en la que especifique su decisión de revocar unilateralmente el contrato, así como la forma en que desea se le haga el reintegro correspondiente, documento en el que se estampará el sello de recibido, la fecha y la firma del funcionario que lo recibió, así como en la copia que debe mantener el asegurado para su respaldo. También puede hacerlo por fax y conservar el comprobante que emite para acreditar su envío. A partir de la fecha en que se expidió la comunicación señalada, cesará la cobertura del riesgo y el TOMADOR tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

#### 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 ASEGURADORA devolverá la prima en un plazo máximo de 10 días hábiles, contabilizados a partir de la recepción de la comunicación de la revocación unilateral del contrato. La devolución se hará en dinero efectivo, mediante cheque en las oficinas centrales o sucursales de LA ASEGURADORA o por transferencia bancaria a la cuenta cliente que el TOMADOR le haya indicado por escrito. Una vez transcurrido el plazo de 5 días establecido en el párrafo primero de este artículo, aplica lo dispuesto en la cláusula de terminación anticipada.

**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.**

#### RESPUESTA OPORTUNA

#### CADUCIDAD DEL SEGURO

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

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 P20-64-A02-395 de fecha 05 de noviembre de 2012.

