

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

Ofrecer a nuestros clientes y sus familias seguros personales accesibles, que les permita satisfacer sus necesidades de protección.

VISIÓN

Posicionarnos entre las tres primeras aseguradoras de seguros personales, donde la satisfacción del cliente y la solidez respalden nuestro compromiso.

PROPUESTA DE VALOR

Asesoría en seguros personales accesibles caracterizados por la satisfacción del cliente

VALORES

Servicio al cliente: personalizado, accesible y ágil que genere satisfacción a nuestros clientes.

Lealtad y compromiso: orientado hacia la Aseguradora, nuestros clientes y al cumplimiento de nuestras metas.

Confianza: generada por la cercanía y sinceridad en el trato con nuestros clientes internos y externos.

Integridad: en el accionar con nuestros compañeros y clientes.

Confidencialidad: que resguarde la información de nuestros clientes y de la Aseguradora.

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

COBERTURAS:

LA ASEGURADORA entregará el monto asegurado seleccionado por el Asegurado en la Propuesta de Seguro, ante el riesgo de fallecimiento del Asegurado, según los términos que se detallan a continuación:

a) Cobertura Básica de Muerte por Cualquier Causa:

LA ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios establecidos en la póliza, la suma asegurada especificada en la Propuesta de Seguro, después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto al fallecimiento del Asegurado Principal y/o Dependiente respectivo, que se produzca durante la vigencia de la póliza, por cualquier causa, ya sea enfermedad o accidente. La suma asegurada será pagada en doce (12) rentas mensuales.

No obstante, LA ASEGURADORA no indemnizará el monto asegurado en esta póliza, si el Asegurado y/o Dependiente muere por causa no accidental durante los primeros sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de emisión del seguro. El periodo anterior no aplica en caso de muerte accidental por lo que bajo este supuesto sí se estará brindando la respectiva cobertura.

b) Cobertura de Servicios SM Asistencia:

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. Cabe destacar que esta cobertura consiste en una prestación

de servicios, no es el pago en dinero mediante indemnización.

VISITA MÉDICA DOMICILIAR: Por solicitud del Asegurado y/o Dependiente, derivado de una emergencia médica repentina y que no haya sido causada por una preexistencia, SM ASISTENCIA enviará un médico general hasta el domicilio del ASEGURADO para su revisión. Este servicio cubre el costo de la visita médica y el transporte.

El presente servicio se prestará con las siguientes condiciones: Sin límite en el costo o monto de la visita y con un máximo de cuatro (4) eventos por año. La visita médica domiciliar se coordinará en un máximo de veinticuatro (24) horas a partir de la solicitud del Asegurado.

Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del ASEGURADO. Donde no exista infraestructura adecuada SM ASISTENCIA coordinará dicha asistencia médica por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, médicos especialistas. El costo de los exámenes que deba realizarse el Asegurado, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por el Asegurado.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: Por solicitud del Asegurado y/o Dependiente(s), SM ASISTENCIA lo pondrá en contacto telefónico con un profesional de la salud para que le brinde una orientación médica ante dudas que tenga en el área de la salud.

La orientación busca minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades del Asegurado y/o Dependiente(s) entregando soluciones a dudas médicas cotidianas. No se trata de una consulta médica, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA: En caso que el ASEGURADO y/o DEPENDIENTE sufra lesiones súbitas e imprevistas debido a un accidente o enfermedad, que requiera el traslado al centro hospitalario más cercano, por solicitud del Asegurado y/o Dependiente, SM ASISTENCIA a través de un proveedor de servicios, realizará la coordinación para el traslado del Asegurado y/o Dependiente. El presente servicio se prestará sin límite en el costo y con un límite de dos (2) eventos por año. SM ASISTENCIA gestionará y cubrirá el pago del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro

hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existir ésta, SM ASISTENCIA coordinará el traslado por medio de los servicios de ambulancia pública en la localidad y pagará el traslado del Asegurado y/o Dependientes en taxi hasta el domicilio permanente. El presente servicios no se prestará para traslados entre hospitales o de hospital a casa de habitación, ni citas médicas.

REFERENCIA O INDICACIÓN DE MÉDICOS, LABORATORIOS, HOSPITALES Y CLÍNICAS: Por solicitud del Asegurado y/o Dependiente(s), SM ASISTENCIA proporcionará información general vía telefónica sobre clínicas, hospitales, laboratorios y clínicas dentales en el lugar de interés del solicitante. SM ASISTENCIA presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios médicos o la atención del centro médico.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

REFERENCIA, INDICACIÓN, CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y FARMACIAS: Previa solicitud del Asegurado y/o Dependiente, SM ASISTENCIA realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del ASEGURADO y le transmitirá ésta información vía telefónica. Este servicio es meramente informativo, se trata de una indicación y no hace referencia a la calidad de los puntos de venta, no está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos o tratamientos en que el ASEGURADO incurra al acudir a la farmacia indicada, mismos que serán de entera responsabilidad del ASEGURADO.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

DESCUENTO EN FARMACIAS, LABORATORIOS y CLINICAS: Por previa solicitud del Asegurado y/o Dependiente, SM ASISTENCIA realiza la búsqueda de la farmacia, laboratorio o clínica con los costos más económicos, en donde se coordinará con previa solicitud del Asegurado y/o Dependiente para la aplicación de dicho descuento y bajos costos en los medicamentos. En todo momento el Asegurado asume el costo del medicamento o examen de laboratorio por sus propios medios. El presente servicio no tiene límite de eventos ni monto al año.

ORIENTACIÓN PSICOLOGICA TELEFÓNICA: Por solicitud del Asegurado y/o Dependiente, SM ASISTENCIA lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en psicología para

que le brinde una orientación psicológica ante dudas que tenga en el área de la salud. La orientación busca minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de consulta médica psicológica identificando las necesidades del Asegurado y/o Dependiente y entregando soluciones a dudas psicológicas cotidianas, de forma que no se diagnostican enfermedades o procedimientos ni se prescriben medicamentos.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite eventos por año.

REFERENCIA Y CONEXIÓN CON PSICÓLOGOS: Por solicitud del Asegurado y/o Dependiente, SM ASISTENCIA proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en psicología en el lugar de interés del solicitante. Si el Asegurado lo solicita, SM ASISTENCIA coordinará una cita para su atención en aquellos centros que realicen este tipo de reservación y siempre sujeto a disponibilidad de espacios. SM ASISTENCIA presta este servicio como información o mera referencia, por lo que no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios o la atención del profesional.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

INFORMACIÓN Y/O ORIENTACIÓN NUTRICIONAL VÍA TELEFÓNICA: Por previa solicitud del Asegurado y/o Dependiente(s), SM ASISTENCIA lo pondrá en contacto telefónico con un orientador nutricional para que le sean proporcionados consejos de nutrición, guía para la preparación de una dieta saludable y bien balanceada, informaciones sobre las calorías contenidas en los alimentos o tabla de calorías y consejos de salud asociados al consumo de alimentos, recomendaciones alimenticias para personas diabéticas, intolerantes a la lactosa y personas con sobrepeso.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

REFERENCIA O INDICACIÓN DE ESPECIALISTAS EN NUTRICIÓN: Por solicitud del Asegurado y/o Dependiente(s), SM ASISTENCIA proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en nutrición, próximos al domicilio o dirección de interés del solicitante. SM ASISTENCIA presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios médicos o la atención del centro médico.

El presente servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

ENVÍO DE ARTÍCULOS DE ASEO PERSONAL HASTA EL HOSPITAL CON MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Por previa solicitud telefónica, cuando el Asegurado sea hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas, con motivo de un accidente o enfermedad (una emergencia médica) SM ASISTENCIA gestionará y cubrirá, por una única vez, el pago del envío de artículos de aseo personal hasta el centro hospitalario donde haya sido hospitalizado el Asegurado y/o Dependiente, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. Los artículos de aseo personal que se enviarán son: Un cepillo de dientes, crema dental, jabón de tocador, una toalla de baño, cepillo o peine de cabello, champú y acondicionador para cabello. Se enviarán para una única persona. La elección de los productos, marca, tamaño y cualquier otra característica, es exclusiva de SM ASISTENCIA, componiéndose al envío de artículos disponibles en el mercado nacional.

Este servicio tiene un límite de costo por evento de cien dólares (U\$ 100.00) y se limita a dos (2) eventos por año por Asegurado y un (1) envío por periodo de hospitalización.

TRANSPORTE DE UN FAMILIAR PARA EL INGRESO INICIAL DE INTERNACIÓN:

SM ASISTENCIA a solicitud del Asegurado, cubrirá los gastos de desplazamiento de un familiar del Asegurado para ingreso inicial, hasta el lugar de la internación hospitalaria, el día de la internación y en un medio de transporte terrestre comercial, seleccionado a criterio de SM ASISTENCIA. Lo anterior cuando el Asegurado sufra un accidente o enfermedad que lo obligue según criterio del equipo médico tratante a permanecer hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros y límite de dos (2) eventos al año, limitado a un (1) traslado por periodo de hospitalización SM ASISTENCIA coordina únicamente el traslado del familiar, no siendo responsable del ingreso del mismo al hospital, por lo que es responsabilidad del mismo familiar obtener los permisos y cupos de visita hospitalaria.

TRANSPORTE DE FAMILIARES O AMIGOS PARA LA REALIZACIÓN DE VISITA DURANTE EL PERIODO DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA:

SM ASISTENCIA a solicitud del Asegurado, cubrirá los gastos de desplazamiento de familiares y/o amigos del Asegurado, hasta cuatro (4) personas, desde un mismo destino, durante los primeros tres (3) días de internación, un solo traslado por día y en un medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio de SM ASISTENCIA cuando el Asegurado se encuentre internado en un hospital público o privado.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros con límite de dos (2) eventos al año y tres (3) traslados por periodo de hospitalización. SM ASISTENCIA coordina únicamente el traslado de las personas, no siendo responsable del ingreso de los mismos al hospital. Es responsabilidad de dichas personas obtener los permisos y cupos de visita hospitalaria.

Si el ASEGURADO así lo solicita, SM ASISTENCIA coordinará y cubrirá los gastos del regreso de dichas personas a su domicilio, el presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros límite de dos (2) eventos al año y tres (3) traslados por periodo de hospitalización. Cada traslado de ida y vuelta se contabiliza de forma separada.

SERVICIO DE MENSAJERIA EN EL PERIODO DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA: SM ASISTENCIA a solicitud del Asegurado, posterior a una hospitalización superior a veinticuatro (24) horas, con motivo de un accidente o enfermedad (en general, una emergencia médica) SM ASISTENCIA gestionará y cubrirá, el pago del envío por mensajería de aquellos artículos, documentos o pequeños paquetes que el Asegurado necesite enviar o recibir. Incluye el traslado de artículos personales, documentos, cargadores telefónicos; hasta y desde el centro hospitalario donde haya sido hospitalizado el Asegurado, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita y las condiciones de seguridad sean adecuadas a exclusivo criterio de SM ASISTENCIA.

Este servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros con límite de dos (2) eventos al año y limitado a tres (3) envíos por el periodo de hospitalización.

TRANSPORTE DEL TITULAR PARA REGRESO AL HOGAR POR ALTA MÉDICA: SM ASISTENCIA a solicitud del Asegurado, cubrirá los gastos de desplazamiento del cliente, desde el centro médico donde se encontraba internado, hasta su domicilio permanente y habitual, en un medio de transporte comercial y terrestre seleccionado a criterio de SM ASISTENCIA. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: cincuenta (50) kilómetros con límite de dos (2) eventos al año.

SM ASISTENCIA coordina únicamente el traslado del titular, por medio de taxi o ambulancia, según la necesidad y criterio médico. Es responsabilidad del titular obtener los permisos de salida del centro médico y se entiende que los riesgos del traslado son absolutamente tomados por él.

AGENDA Y AVISOS PARA LA INGESTA PUNTUAL DE MEDICAMENTOS DESPUÉS DE LA INTERNACIÓN

HOSPITALARIA: Por solicitud del Asegurado, SM ASISTENCIA enviará, registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del Asegurado y/o Dependiente, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos

El presente servicio se prestará sin límite de costo y sin límite de eventos.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL POST HOSPITALIZACIÓN VÍA TELEFÓNICA: Por solicitud del Asegurado y/o Dependiente y siempre que requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia alimentaria, SM ASISTENCIA lo pondrá en contacto con un profesional con el fin de brindarle consejos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, alimentos que deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a lactosa. Este servicio se prestará sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES: Por previa solicitud del Asegurado y/o Dependiente, SM ASISTENCIA transmitirá los mensajes urgentes producto de una emergencia. Este servicio no tiene límite de eventos por año, ni de costo. Cuando el Asegurado tenga conocimiento previo que no contará con cobertura de señal telefónica o capacidad en la batería de su móvil, el Asegurado deberá llamar a la línea de asistencia SM ASISTENCIA, para indicar el nombre, número de teléfono de la persona que el call center debe localizar para brindar el mensaje urgente, según lo indicado por el Asegurado, el medio de contacto es únicamente telefónico, no se envían correos electrónicos o mensajes en redes sociales. Este servicio no tiene límite de eventos por año, ni de costo.

ASISTENCIA PARA EXAMENES DE LABORATORIO. Por solicitud del Asegurado y/o Dependiente, SM ASISTENCIA coordinará la cita en un centro especializado que pertenezca a la red de proveedores de SM ASISTENCIA, el cual traslada el beneficio de descuento del valor comercial que cobra el proveedor ordinariamente, al asegurado. Exámenes a realizar: Hemograma y/o Electrocardiograma, con un máximo de tres (3) eventos entre ambos por año para el disfrute del beneficio. La solicitud para realizar el examen se deberá coordinar veinticuatro (24) horas antes de su atención, sujeto a la agenda de los proveedores de la zona más cercana al cliente.

El costo de los exámenes adicionales que deba realizarse el Asegurado, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven del examen coordinado por SM ASISTENCIA, serán cubiertos directamente por el Asegurado. Los

descuentos no son acumulables a otros convenios que el Asegurado y/o Dependiente tenga con otra empresa. No es reembolsable, la coordinación debe hacerse por medio de la línea de asistencia de SM ASISTENCIA.

EXCLUSIONES:

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

Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa

- 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, aun cuando ella sea parcial, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica.
- b) Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos y riñas por parte del Asegurado, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa. Se brindará cobertura si el suicidio ocurre después de dos (2) años de estar vigente la póliza.
- 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 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.
- e) 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.
- f) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- g) Tomainas 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.
- h) 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.

- i) 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.
- j) Abortos, cualquiera que sea su causa.

Cobertura de SM Asistencia:

Quedan excluidas de la Cobertura de SM Asistencias, las reclamaciones o solicitudes de servicios a causa de los siguientes conceptos:

- a) Los servicios que el Asegurado y/o Dependiente haya contratado sin previo consentimiento de SM ASISTENCIA.
- b) Los servicios adicionales que el Asegurado y/o Dependiente haya contratado directamente con un prestador bajo su cuenta y riesgo.
- c) Los traslados médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado y/o Dependiente con dolo o mala fe.
- d) Las enfermedades, lesiones o traslados médicos derivados de tratamientos médicos, padecimientos crónicos, enfermedades preexistentes o embarazos.
- e) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales, ni los causados por ingestión de bebidas alcohólicas.
- f) Lo relativo y derivado de prótesis, anteojos y lentes de contacto.
- g) Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competencias.
- h) Los causados por mala fe del Tomador, Asegurado y/o Dependiente(s).
- i) Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular, riñas y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.

- j) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
- k) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- l) La prestación de los servicios se realizará dentro de la territorialidad indicada desde que exista infraestructura pública y privada para la prestación de los servicios, se exceptúan lugares donde no exista un acceso transitable por carretera, aquellos lugares en los que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiese prestar la asistencia y donde por razones de orden público se ponga en riesgo la integridad física del prestador del servicio.
- m) Asegurados Dependientes menores a dos años de edad al tratarse de una especialidad.

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.

OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y TERCEROS RELEVANTES

1.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA: Las siguientes son obligaciones de LA ASEGURADORA:

- a) Notificar al Tomador cualquier decisión que tenga por objeto la rescisión o nulidad de este contrato, para que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.
- b) Brindar las coberturas establecidas en la póliza en caso de siniestro, según los términos y condiciones regulados en la misma.
- c) Resolver todo reclamo de forma motivada y por escrito, en el término de treinta (30) días naturales

a partir del cumplimiento de todos los requisitos. Asimismo, en los casos que aplique, deberá proceder con el pago de la indemnización en el plazo máximo de treinta (30) días naturales posteriores a la notificación de aceptación del reclamo.

OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y/O DEPENDIENTES:

En adición a otras obligaciones indicadas en este contrato, el Tomador, Asegurado y sus Dependientes asumen las siguientes obligaciones:

- a) **Prima:** El Tomador tendrá la obligación de realizar el pago oportuno de la prima en la forma convenida.
- b) Brindar la información que se le consulta en la Propuesta de Seguro de forma clara y veraz.
- c) Notificar cualquier circunstancia que agrave el riesgo objeto de cobertura de asistencia.
- d) Notificar cualquier evento objeto de cobertura, siguiendo el procedimiento establecido por LA ASEGURADORA.
- e) Seguir y respetar el proceso indemnizatorio de LA ASEGURADORA, así como notificar cualquier cambio en su dirección de notificaciones.
- f) Observar y cumplir sus obligaciones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y normativa conexas.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO:

Son obligaciones de los Beneficiarios, las siguientes:

- a) Presentar, cuando corresponda, toda la documentación exigida por LA ASEGURADORA para identificarse como Beneficiario y así, obtener la indemnización respectiva.
- b) Seguir y respetar el procedimiento indemnizatorio establecido por LA ASEGURADORA.

DECLARACIONES FALSAS O RETICENTES DEL RIESGO O SINIESTRO:

En caso de reticencia o falsedad por parte del Asegurado y/o Dependientes o Beneficiarios en la declaración del riesgo o las consecuencias del siniestro se procederá conforme a lo estipulado en la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

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.

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS:

La documentación por presentar ya sea por el Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios designados, será según se indica a continuación.

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

a) Cobertura Básica de Muerte

Para todos los reclamos por Muerte debe aportarse la siguiente documentación:

1. Formulario de Solicitud de Indemnización por defunción
2. Certificado de defunción del fallecido emitido por autoridad competente indicando la causa de defunción (que sea legible).
3. Si la muerte es accidental, copia completa y certificado de la sumaria o expediente judicial del accidente. Debe incluirse resultados de las pruebas toxicológicas.

Además del documento señalado anteriormente, deberán aportarse los siguientes requisitos según corresponda:

ASEGURADO PRINCIPAL:

1. Fotocopia legible por ambos lados documento de identificación vigente del fallecido.
2. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente de los beneficiarios.
3. Si alguno de los beneficiarios falleció, debe aportarse certificado de defunción emitido por autoridad competente el Registro Civil
4. Constancia de nacimiento de los beneficiarios menores de edad.
5. En caso de que el beneficiario sea menor de edad, se requiere; fotocopia de la cédula de identidad de los tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares. De acuerdo a lo regulado en los artículos 140 y 175 del Código de Familia, siguientes y concordantes.

6. Autorización de los beneficiarios para solicitar historias clínicas. En este documento, deben consignarse todos los centros médicos públicos y privados, donde fue atendido (a) el (la) fallecido (a), días, meses o años previos a su fallecimiento. (se solicitarán historias clínicas, cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales, y la póliza se encuentre en período de disputabilidad).

ASEGURADOS DEPENDIENTES:

CONYUGE:

1. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del cónyuge fallecido.
2. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del asegurado.
3. Constancia de matrimonio emitida por el TSE, o Declaración jurada de convivencia autenticada por un abogado que indique las calidades de cada uno de los convivientes (cédula, fecha de nacimiento, estado civil), además el tiempo de convivencia entre ambos.
4. Autorización del asegurado principal para solicitar historias clínicas. En este documento, deben consignarse todos los centros médicos públicos y privados, donde fue atendido (a) el (la) fallecido (a), días, meses o años previos a su fallecimiento. (se solicitarán historias clínicas, cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales, y la póliza se encuentre en período de disputabilidad).

HIJOS:

1. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del hijo fallecido.
2. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del asegurado principal.
3. Constancia de nacimiento del fallecido emitido por el TSE. En el caso de hijos de crianza, declaración jurada de parentesco autenticada por un abogado.
4. Autorización del asegurado principal para solicitar historias clínicas. En este documento, deben consignarse todos los centros médicos públicos y privados, donde fue atendido (a) el (la) fallecido (a), días, meses o años previos a su fallecimiento. (se solicitarán historias clínicas, cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales, y la póliza se encuentre en período de disputabilidad).

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

b) Cobertura de SM ASISTENCIA

En caso de requerir los servicios de asistencia El ASEGURADO y/o DEPENDIENTES asegurados deben llamar y coordinar el mismo al teléfono 2528-7501, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

El asesor del servicio validará en el sistema la información de la póliza, incluida la información relacionada con la identificación del Asegurado y/o Dependientes. Una vez validada la información y confirmado el servicio, le indicará la forma en que se brindará el servicio de asistencia.

RESOLUCIÓN DEL RECLAMO Y PAGO DE INDEMNIZACIONES:

LA ASEGURADORA brindará respuesta a todo reclamo presentado, dentro del plazo máximo de treinta (30) días naturales siguientes a la presentación de todos los requisitos establecidos en la póliza.

Cuando corresponda, LA ASEGURADORA estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se haya brindado respuesta al reclamo presentado, aceptando el pago de la indemnización.

VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL CONTRATO:

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

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.

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 y se devolverá la prima no devengada a la fecha de cancelación de la póliza.

Cuando la prima se haya pagado de forma mensual se dará por devengada.

TERMINACIÓN DEL SEGURO:

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

- a) Cuando vencido el año póliza el Asegurado decidiera no renovarlo.
- b) Cuando el Asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
- c) Muerte del Asegurado.
- d) Por mutuo acuerdo entre LA ASEGURADORA y el Tomador.
- e) De forma unilateral por parte de LA ASEGURADORA, por cualquier causa justificada de acuerdo con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro y normativa conexas.

DERECHO DE RETRACTO

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.

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.

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.

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.

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 P14-24-A02-758 de fecha 16 de junio de 2018.