

1.- PARTES DEL CONTRATO

Entre nosotros, **SEGUROS DEL MAGISTERIO**, cédula jurídica número 3-101-571006, denominada en adelante **LA ASEGURADORA**, domiciliada en San José, calle primera, avenidas 8 y 10 y el tomador detallado en la solicitud, hemos convenido en celebrar este contrato de seguro de protección familiar plus de acuerdo con las condiciones generales y particulares que a continuación se estipulan y las declaraciones hechas por el **TOMADOR O ASEGURADO** en la solicitud que origina este contrato, que es parte integrante de éste. Las condiciones particulares tienen prelación sobre las generales.

2. COBERTURA

Esta póliza brinda protección al asegurado y su familia mediante los siguientes beneficios:

a) Seguro de vida ordinario sobre la vida del tomador (cobertura básica) y su cónyuge. 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.

b) Seguro temporal sobre la vida de los hijos dependientes del tomador (cobertura básica). La **ASEGURADORA** pagará al asegurado principal o a los beneficiarios por ellos designados la suma asegurada especificada en las condiciones particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que su fallecimiento se produjo durante la vigencia de esta cobertura.

c) Enfermedades Graves

LA **ASEGURADORA** adelantará un 50% del monto contratado en la cobertura básica cuando al asegurado le sea diagnosticada por un médico legalmente autorizado

para ejercer la profesión, por primera vez una enfermedad grave.

Ahora bien, al asegurado principal se le ofrece también los beneficios de:

d) Incapacidad total y permanente

LA **ASEGURADORA** se compromete a indemnizar al **ASEGURADO**, cuando dentro de la vigencia le sea diagnosticada por primera vez una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente igual o superior al 67% de su capacidad laboral, estructurada dentro de la vigencia de la póliza, que de por vida le impidan a la persona desempeñar las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.

Para la formalización de la reclamación por esta cobertura LA **ASEGURADORA** se reserva el derecho de solicitar al Asegurado aportar la historia clínica completa y practicarse la valoración de la pérdida de la capacidad laboral a través de una entidad competente designada por LA **ASEGURADORA** para tal efecto, quien determinará el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral y la fecha efectiva de la incapacidad total y permanente.

Cuando la Incapacidad total y permanente sea la parálisis total permanente completa de hemicuerpo y del cuerpo entero, la pérdida anatómica o funcional de ambas manos (a nivel de la muñeca), ambos pies (a nivel del tobillo), de una mano y un pie (a nivel de la muñeca y el tobillo), la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable, se considerará que está suficientemente probada la incapacidad, sin que el Asegurado deba proveer más pruebas, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en ese estado.

Para gozar de esta cobertura deberán concurrir las siguientes condiciones:

No tener la condición de pensionado o jubilado al ser incluido en el seguro.

Que se trate de una declaración de Incapacidad Total y Permanente cuyo porcentaje de impedimento o incapacidad sea igual o superior al 67%.

Continuar permanentemente incapacitado a la fecha en que el beneficio se hace efectivo.

Aportar el Certificado de la comisión Calificadora competente, donde se otorga la incapacidad no sujeta a revisión.

e) Adelanto de pago de primas ante incapacidad total y permanente

La contratación de esta cobertura automáticamente implica la no extinción del contrato ante una incapacidad total y permanente. Para la contratación de esta cobertura se debe contratar necesariamente la Cobertura de incapacidad total y permanente.

El adelanto de primas operará a partir de la prima que venza inmediatamente después de la fecha en que haya comenzado esa incapacidad.

La prima que se adelantará únicamente será la de la cobertura básica y no la de cualquier otro beneficio o seguro adicional que forme parte de la contratación, por lo que de haber éstos, terminarán automáticamente al aplicarse este beneficio.

f) Fallecimiento accidental y beneficio de lesiones calificadas

LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en las condiciones particulares, después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado o sus lesiones corporales establecidas en la tabla siguiente, se produjeron 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 noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR LESIONES CALIFICADAS

Este beneficio se otorga de acuerdo con la siguiente tabla expresada como un porcentaje del monto asegurado de la cobertura básica:

Tabla de indemnizaciones	
Evento	%
Muerte accidental	100%
Pérdida de ambas manos por amputación en las muñecas o arriba de ellas.	100%
Pérdida de una mano y un pie por amputación en la muñeca y el tobillo o arriba de ellos.	100%
Pérdida de ambos pies por amputación en los tobillos o arriba de ellos.	100%
Pérdida total y definitiva de la vista de ambos ojos.	100%
Pérdida de una mano por amputación de la muñeca o arriba de ella.	50%
Pérdida de un pie por amputación en el tobillo o arriba de él.	50%
Pérdida definitiva de la vista de un ojo.	33.33%
Pérdida del pulgar e índice de cualquier mano, y amputación en la base de la falange o arriba de ella.	16.67%

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, la indemnización corresponderá a la que diera lugar a la máxima indemnización.

3. CONTRATO Y OBLIGACION DE ENTREGA

El contrato de seguro estará constituido por la solicitud en la que constan las declaraciones del tomador, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, las condiciones generales y particulares del contrato y los addenda suscritos entre las partes.

Toda esa documentación será puesta en conocimiento del TOMADOR DEL SEGURO y el asegurado, de previo a la celebración del contrato y LA ASEGURADORA le entregará una copia de éste dentro de un plazo que no excederá de 10 días hábiles, contabilizados a partir de la aceptación del riesgo y en el caso de addenda, a partir de la modificación de la póliza.

También la documentación estará disponible para ambos cuando así lo soliciten en las oficinas centrales de LA ASEGURADORA.

4. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

Cualquier cambio a las condiciones de esta póliza debe constar por escrito, en idioma español y debidamente firmado por las partes.

Los cambios que se hagan deberán ser comunicados al asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en el artículo de Domicilio y Notificaciones.

5. RECTIFICACIÓN

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

6. REPOSICIÓN DE ESTE CONTRATO

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

7. DEFINICIONES

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, que puedan ser determinadas por un médico. Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:
 - i. Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.
 - ii. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
 - iii. La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.
 - iv. El carbunco o tétano de origen traumático.
- b. **Asegurado principal:** Persona física incluida como tal en las condiciones particulares de la póliza, que haya cumplido con el proceso de emisión del seguro y por la que se haya cancelado la prima correspondiente.
- c. **Alteraciones funcionales:** Cambio en la situación normal de las funciones del órgano afectado.
- d. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- e. **Certificado de póliza:** Documento en el cual se detalla la cobertura y condiciones particulares del asegurado.
- f. **Declaración falsa:** se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
- g. **Declaración reticente:** se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es

omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado.

h. Dependiente: Se consideran dependientes del asegurado principal:

- a. Su cónyuge siempre que no se encuentre separado de hecho por un plazo mayor a un año.
- b. El conviviente en unión de hecho, con aptitud legal para contraer matrimonio siempre y cuando su relación haya sido pública, singular y estable, durante no menos de 3 años. Esa relación se presume interrumpida si media una separación no menor de un año.
- c. Sus hijos, hijastros e hijos de crianza, solteros, de 14 días a 21 años de edad, para ser incluidos en el seguro y se mantendrán asegurados hasta que se casen o convivan en unión libre o cumplan 25 años, lo que ocurra primero.

La edad máxima para contratar el seguro se determinará de conformidad con lo establecido en el artículo de Condiciones de Emisión de estas condiciones generales. Los nombres de los dependientes aparecerán escritos en la solicitud de seguro. La categoría dependiente no implica necesariamente la condición de beneficiario en esta póliza.

i. Enfermedades Graves: Se entiende por enfermedad grave, el diagnóstico realizado por un médico especialista acreditado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique con certeza médica que el asegurado padece alguna de las siguientes enfermedades

- a. Cáncer
- b. Accidente Cerebro Vascular
- c. Insuficiencia Renal
- d. Infarto miocardio

j. Fecha de emisión: Fecha que se indica en certificado de póliza y en las condiciones particulares, a partir de la cual la póliza entra en vigor.

k. Lesiones calificadas: Las establecidas en la tabla de indemnizaciones de esta cobertura.

l. Lesiones orgánicas: Aquellas que afecten la integridad física de una persona de forma general.

m. Póliza: Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de ésta las condiciones generales y particulares de la modalidad que se contrate, los adenda que se emitan para complementar o modificarla, así como la solicitud de inclusión en el seguro, la declaración de salud, las pruebas médicas y cualquier otro documento relacionado con las condiciones del asegurado, contratante u otro que así se indique expresamente en las condiciones particulares.

n. Prima: Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

o. Tomador del seguro: Persona física que firma como solicitante en el formulario solicitud del seguro y con quien la aseguradora ha convenido en emitir la póliza. También podrá ser denominado como EL CONTRATANTE.

p. Valor en efectivo: Parte de la prima que el asegurado principal paga y que se acumula, para compensar el pago de la prima en los años futuros, al cual puede tener acceso mediante préstamos sobre la póliza o rescatarlo según se establece en este contrato.

Este valor consiste en el 85% de la reserva matemática acumulada al último aniversario póliza cumplido por el asegurado. Opera a partir del cuarto aniversario póliza, por lo que antes de ese momento si el asegurado renuncia al seguro no tiene derecho a ningún monto.

8. VIGENCIA DEL SEGURO

Esta póliza es vitalicia y el seguro entra en vigor desde la fecha de vigencia detallada en las condiciones particulares. Esta póliza cubrirá únicamente los reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

9.- PERIODO DE COBERTURA

El período de cobertura será bajo la base de la ocurrencia del siniestro, es decir, el seguro cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida ésta.

10.- OMISIONES DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

La omisión, la reticencia o falsedad intencional del TOMADOR o 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, falsedad, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador y/o Asegurado ha encubierto por dolo o 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.

11.- 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 O ASEGURADO.

En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible AL TOMADOR O ASEGURADO, 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.

12.- DISPUTABILIDAD

La Aseguradora se reserva el derecho de disputar en los dos primeros años de vigencia continua de la póliza la

ejecución del pago indemnizatorio, según lo dispuesto por el artículo 91 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

De igual forma, si 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 entrada en vigencia de la cobertura reclamada.

Para cada aumento de monto asegurado se reinicia el período de disputabilidad y suicidio, por el incremento correspondiente.

13. CONDICIONES DE EMISION

La edad de emisión para la cobertura básica de muerte y enfermedades graves para el asegurado principal y su cónyuge o conviviente asegurado, será de dieciocho (18), sin límite de edad y para su hijo, hijo de crianza o hijastro asegurado de catorce (14) días de nacido a veintiún (21) años de edad inclusive.

Para la cobertura de muerte accidental la edad de emisión para contratarla para el asegurado principal será de dieciocho (18) años, sin límite de edad.

Para las coberturas de incapacidad total y permanente y adelanto de pago de primas la edad de emisión para contratar esas coberturas para el asegurado principal será de dieciocho años (18) sin límite de edad.

En todas las coberturas los asegurados deben encontrarse en buen estado de salud, para lo cual se completará la respectiva declaración de salud en el formulario que será suministrado por LA ASEGURADORA.

14. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobare inexactitud en la solicitud de inclusión o declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

1. Si la edad verdadera ESTA FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE LA ASEGURADORA, el contrato se considerará nulo. LA ASEGURADORA está obligada a informar al asegurado las edades límites a las que este inciso hace referencia previo a la suscripción del contrato.
2. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y
3. Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

15. SUICIDIO

Si un asegurado comete suicidio durante el primer año de estar asegurado en la póliza, sea que estuviere o no en pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, LA ASEGURADORA sólo estará obligada a devolver las primas no devengadas menos los gastos ocasionados. Ese reintegro se hará a los beneficiarios designados.

16. OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO

El TOMADOR DEL SEGURO y los asegurados, individualmente considerados están obligados a declarar a LA ASEGURADORA todos los hechos y circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo.

En tal orden de ideas, el contrato se celebra con base en los datos facilitados por EL TOMADOR DEL SEGURO y/o Asegurado en la declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios suministrados por LA ASEGURADORA, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

17. EXCLUSIONES

LA ASEGURADORA no brindará la indemnización si la solicitud de cobertura se produce como consecuencia de alguna de las situaciones siguientes:

- a) **Enfermedades Preexistentes.**
- b) **Lesiones o accidentes sufridos antes de la fecha en la cual inicia la vigencia de la cobertura afectada.**
- c) **El evento fue provocada por el 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) **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.**
- e) **Consumación o tentativa de suicidio.**
- f) **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.**
- g) **Participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado, sus dependientes o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.**
- h) **Participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, 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.**
- i) **Participación activa 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.**
- j) **Fisión o fusión nuclear.**
- k) **Participación del asegurado o sus dependientes en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, motociclismo, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.**
- l) **Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.**
- m) **Tomaínas o infección bacterica, excepto que se tratare únicamente con una infección piógena que ocurra simultáneamente con, y a consecuencia de, una cortadura o herida accidental o visible.**

- n) **Cuando el asegurado viaje como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, en un vuelo sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.**

18. SUMA ASEGURADA

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

19. MONTO MÁXIMO DE SEGURO

En ningún caso la suma asegurada por asegurado deberá exceder el límite máximo de cobertura por persona consignado en las Condiciones Particulares del contrato.

LA ASEGURADORA llevará un control estricto para evitar que la suma asegurada por asegurado exceda ese límite. En el caso de que por alguna razón el límite fuere excedido, LA ASEGURADORA deberá informar de esa situación al asegurado, así como reintegrarle las primas pagadas en exceso.

20. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta póliza serán, en orden excluyente:

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

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

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

21. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de beneficiario siempre que la póliza esté en vigor y no haya restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a LA ASEGURADORA, en el formulario que le será suministrado en las oficinas de Seguros del Magisterio. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que LA ASEGURADORA pague el importe del seguro al último beneficiario del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna de su parte.

LA ASEGURADORA pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

22. PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas deben ser pagadas por anualidades anticipadas, pero pueden fraccionarse en pagos semestrales, trimestrales o mensuales. Su cancelación se hará en las oficinas principales de LA ASEGURADORA o en lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las condiciones particulares de esta póliza.

23. 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.

24. AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado o sus Beneficiarios según el caso, 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.

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, culpa grave del asegurado o beneficiarios, o se genere un daño irreparable, la responsabilidad de LA ASEGURADORA con respecto del asegurado o beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

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

LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento que se detalla en el artículo siguiente.

25.- 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 y muerte accidental

- Aviso de siniestro ocurrido
- Certificado de defunción original extendido por Registro Civil y que indique la causa de defunción
- Original y fotocopia de la cédula del fallecido
- Original (es) y fotocopia(s) de la(s) cédula(s) de l(os) beneficiario(s)
- Si hay menores designados como beneficiarios constancia de nacimiento.
- 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)

- Si es muerte accidental copia certificada de la sumaria.

II) Incapacidad total y permanente

- Aviso de siniestro ocurrido
- Certificado original de incapacidad total y permanente emitido por la Comisión Calificadora competente, indicando el diagnóstico de incapacidad, la fecha a partir de cuándo es aprobada, el porcentaje de impedimento físico otorgado, y que el diagnóstico no es sujeto a revisión.
- Copia de la acción de personal
- Original y copia de la cédula de identidad del asegurado
- Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica

III) Adelanto de pago de primas ante incapacidad total y permanente

- Aviso de siniestro ocurrido
- Certificado original de incapacidad total y permanente emitido por la Comisión Calificadora competente, indicando el diagnóstico de incapacidad, la fecha a partir de cuándo es aprobada, el porcentaje de impedimento físico otorgado, y que el diagnóstico no es sujeto a revisión.
- Copia de la acción de personal.
- Original y copia de la cédula de identidad del asegurado.
- Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

IV) Enfermedad Grave

- Solicitud de indemnización
- Original y copia del documento de identidad vigente del asegurado.

- Formulario de autorización para consulta de expedientes médicos.
- Certificado médico extendido por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión que indique el diagnóstico de la enfermedad grave.

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 en un plazo máximo de noventa días hábiles posterior al evento.

26. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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 asegurado 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 con lo establecido en el punto b) del artículo 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 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.

27. TERMINACION ANTICIPADA Y CADUCIDAD

Esta póliza permanecerá vigente hasta que ésta termine por cualquiera de las siguientes razones:

- a. Por muerte del ASEGURADO.
- b. Por vencimiento del plazo de gracia.
- c. Por solicitud del TOMADOR mediante el pago del valor en efectivo de la póliza.

28.- VALORACION

De mutuo acuerdo entre las partes, se podrá acordar la práctica de una valoración o tasación si hay desacuerdo respecto del monto de la pérdida al momento de ocurrir el siniestro, lo que se llevará a cabo por uno o más peritos.

El costo de los honorarios será cubierto por las partes en idéntica proporción.

En caso de que no haya interés o acuerdo respecto de la realización de la valoración, se podrá acudir al procedimiento establecido en la cláusula 41.

29. PRÉSTAMOS SOBRE LA PÓLIZA

Mientras esta póliza esté en vigor y no haya primas vencidas pendientes, la **ASEGURADORA** prestará al asegurado principal, con la sola garantía de ella, una cantidad que, junto con cualquier suma adeudada y los intereses sobre ella, no excederá del 90% del valor en efectivo a favor del asegurado según la fecha del último año-póliza cumplido.

Sobre ese préstamo se cobrará un mínimo de 6% anual de interés pagadero al final de cada año póliza.

La **ASEGURADORA** podrá diferir la concesión de un préstamo sobre la póliza, por un período hasta por seis meses, contados desde la fecha de la solicitud para tal préstamo. El total o parte de la deuda puede ser cancelado en cualquier momento antes del vencimiento de esta póliza.

30. RESCATE DE LA PÓLIZA POR SU VALOR EN EFECTIVO

A partir del cuarto aniversario póliza, el asegurado principal mediante solicitud por escrito a la **ASEGURADORA**, puede pedir el rescate de su póliza, de modo que LA ASEGURADORA le pagará el monto acumulado del valor en efectivo que a la fecha tenga, menos cualquier deuda que hubiese.

La ASEGURADORA deberá cancelarle al asegurado principal ese monto dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contabilizados a partir de la recepción de su solicitud. Si el asegurado renuncia al seguro antes del plazo indicado, no tiene derecho a ninguna suma por concepto de devolución.

31. PARTICIPACIÓN DE DIVIDENDOS.

A partir del quinto año de vigencia ininterrumpida de la póliza, esta otorgará participación anual de dividendos para los asegurados, siempre y cuando la tasa de rendimiento medio obtenida por la ASEGURADORA en las inversiones provenientes de los recursos de la provisión matemática ("Tasa Real"), durante el período anual con corte del 31 de diciembre del año anterior sea mayor a un 4.5%.

La tasa de interés del dividendo corresponderá al 40% de la diferencia entre la "Tasa Real" referenciada en el párrafo anterior y el 4.5%.

El dividendo anual a reconocer corresponderá a la Tasa de Interés del Dividendo – referencia del párrafo anterior – multiplicada por el monto de la provisión matemática que presenta la póliza a la fecha de su aniversario; monto que se depositará en la cuenta de dividendos acumulados de la póliza en los 30 días siguientes a su aniversario.

32. DERECHO DE PROPIEDAD

El asegurado podrá ejercer todos los privilegios y derechos de propiedad bajo esta póliza, lo que comprende el derecho a (1) cambiar al beneficiario sin su consentimiento; (2) ceder en garantía esta póliza; (3) recibir todos los beneficios y ejercer cualquier derecho o privilegio que esta póliza provee.

La cesión del contrato de seguro deberá ser comunicada a LA ASEGURADORA en un plazo máximo de treinta días hábiles desde la fecha en que se verifique. La omisión de esta comunicación dará derecho a LA ASEGURADORA para dar por terminado el contrato.

33. REHABILITACIÓN

Se podrá rehabilitar esta póliza en cualquier momento dentro de los cinco años que siguen después de haber caducado el seguro por falta de pago de la prima.

La rehabilitación estará sujeta a:

a) El pago de las primas al descubierto más intereses sobre éstas a la tasa del seis por ciento (6%) anual.

b) Al sometimiento de evidencia de asegurabilidad, incluyendo evidencia de buena salud, a satisfacción de la **ASEGURADORA**, en cuyo caso el gasto incurrido al someter esa evidencia será sufragado por el solicitante. Es obligación de los asegurados someter evidencia fehaciente de que goza de buena salud a la fecha de rehabilitación, entendiéndose por ello, evidencia certificada de todos los médicos que han atendido a los asegurados durante el período comprendido entre la fecha del último pago de prima y la fecha que solicitó por escrito la rehabilitación.

Asimismo, debe someter copia de su historial en aquellas instituciones hospitalarias en las cuales durante este término ha estado hospitalizado o recibido tratamiento.

La **ASEGURADORA** se reserva el derecho de someter a examen médico a una o varias personas cubiertas por este seguro. Cumplido todo lo anterior se rehabilitará la póliza mediante aviso que cursará la **ASEGURADORA**. Para efecto de los artículos de Disputabilidad y Suicidio, el término comenzará a regir nuevamente a partir de la fecha de la rehabilitación.

34. COSTO PARA PROVEER EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

El gasto incurrido al someter a evidencia de asegurabilidad será sufragado por la **ASEGURADORA**, excepto en caso de rehabilitación de la póliza en donde el costo incurrido para tal evidencia será sufragado por el solicitante.

35. ALCANCE TERRITORIAL

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

36. MONEDA

Salvo pacto en contrario dentro de las condiciones particulares del seguro, tanto el pago de las primas que corresponda como las indemnizaciones que tengan lugar, conforme a las obligaciones de este CONTRATO, deben liquidarse en moneda nacional en las oficinas de LA ASEGURADORA. El recibo será el comprobante de pago de las primas del seguro.

37. JURISDICCION

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

38. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el contrato se fija como domicilio la ciudad de San José en la República de Costa Rica.

Las comunicaciones entre las partes se harán por escrito al último lugar o medio señalado por el asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley de Notificaciones Judiciales n° 8687, y en el caso de LA ASEGURADORA en sus oficinas centrales en San José, calle primera, avenida diez.

39. PRESCRIPCION

El plazo de prescripción de las acciones que se deriven de este contrato será de cuatro (4) años y empezará a correr desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo invoca.

40. IMPUESTOS

Los impuestos actuales o que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, montos asegurados o sobre cualquier otra base y que afecten este contrato serán de cargo del tomador, del beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de LA ASEGURADORA.

41. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

42. PREVENCION DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Costa Rica, sobre el tema de prevención de legitimación de capitales, el (los) asegurado (s) y el (los) beneficiario (s), se obligan con LA ASEGURADORA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue, a suministrar los documentos que se soliciten

como anexo, al inicio de la póliza, de su renovación y al momento del pago de indemnizaciones. La omisión de completar esa información será motivo para no emitir la póliza o de no renovarla según corresponda.

43. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

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

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

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

44. NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley Reguladora del Contrato de Seguros normativa emanada de la Superintendencia de Seguros, Código de Comercio, Código Civil y cualquier otra que resulte aplicable.

45.- CONTACTO PARA CONSULTA

Medios de Contacto:

Como Asegurado, podrá obtener información y asesoría respecto a la Póliza, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

- **Dirección de Oficinas Centrales:** 350 metros sur del Banco Popular, Ave 2da, San José.
- **Teléfono:** (506) 2211-9100.
- **Correo electrónico:**

contactenos@smseguros.cr.

Sitio web www.smseguros.cr.

“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-A02-151 de fecha 21 de mayo del 2010”.