

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL
CONDICIONES GENERALES

Contenido

1.- COMPROMISO DE LA ASEGURADORA: 3

I. DEFINICIONES..... 4

2.- DEFINICIONES..... 4

II. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL 5

3.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN ESTA POLIZA: 5

III. ÁMBITO DE COBERTURA..... 6

4.- COBERTURAS: 6

5.- PERIODO DE COBERTURA: 9

6.- EXCLUSIONES: 9

IV. LIMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS 12

7.- ALCANCE TERRITORIAL: 12

8.- SUMA ASEGURADA..... 12

9.- MONTO MÁXIMO DE SEGURO: 12

10.- DISPUTABILIDAD: 13

11.-PERIODO DE CARENCIA:..... 13

12.-SUICIDIO:..... 13

13.- BENEFICIARIO..... 13

14.- BENEFICIARIOS EN CASO DE REMANENTE: 13

V. OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES..... 14

16.-OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y BENEFICIARIOS: 14

17.- OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL RIESGO: 15

18.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS 15

19.- EFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS..... 16

20.-OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS: 16

21.- DERECHOS Y DEBERES DEL ASEGURADO:..... 16

22.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD: 16

VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA..... 16

23.- FORMA, PERIODICIDAD Y LUGAR DE PAGO DE PRIMAS..... 16

24.- PLAZO DE GRACIA..... 17

VII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS..... 17

25.-AVISO DE SINIESTRO..... 17

26.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:..... 17

27.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN 18

28.- DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR: 19

29.- CONTINUIDAD DEL DESEMPLEO..... 21

30.- RECLAMO CONSECUTIVO 21

VIII. VIGENCIA 21

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

31.- VIGENCIA DEL CONTRATO:.....	21
32.-PRÓRROGA DEL CONTRATO:	21
33.-POSIBILIDAD DE AJUSTES EN LA PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN:.....	21
34.-TERMINACIÓN ANTICIPADA:.....	22
35.- CADUCIDAD DEL SEGURO	22
IX. CONDICIONES VARIAS.....	24
36.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA:.....	24
37.- MODALIDADES DE CONTRATACIÓN:.....	24
38.- ELEGIBILIDAD:.....	24
39.- EDAD DE CONTRATACION:.....	24
40.- VALORACIÓN:.....	25
41- MONEDA:.....	25
42.- PRESCRIPCIÓN:	25
43.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES:	25
44.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:	25
45.- NORMAS SUPLETORIAS:.....	25
46.- MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	25
47.- RECTIFICACIÓN:.....	26
48.- INCLUSIÓN DE ASEGURADOS:.....	26
49.- CONTINUIDAD DE COBERTURA:.....	26
50.- GARANTÍA DEL TOMADOR DEL SEGURO:	26
51.-REGISTRO:.....	26
52.- CERTIFICADO DE COBERTURA.....	27
53.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS:.....	27
54.- COMISIÓN DE COBRO:	27
55.-PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO COMO TERCERO RELEVANTE:	28
56.-DERECHO DE RETRACTO:	28
57.- SEGUROS COEXISTENTES.....	28
X. INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	28
58.- INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:.....	28
59.- JURISDICCION:.....	28
60. DOMICILIO Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES:.....	28
61.-MEDIOS PARA OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA COLECTIVA.....	28
XII. LEYENDA DE REGISTRO	29
62.-REGISTRO ANTE SUGESE.....	29

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

1.- COMPROMISO DE LA ASEGURADORA:

SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A., cédula jurídica número 3-101-571006, domiciliada en San José de Costa Rica, en adelante denominada LA ASEGURADORA, emite esta póliza de acuerdo con las Condiciones Generales que se indican a continuación, basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante, en adelante llamado el ASEGURADO en la propuesta de seguro.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este acto, declaro el compromiso contractual de LA ASEGURADORA de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
Cédula jurídica N. 3-101-571006

Minor Ulate Azofeifa
Representante Legal

I. DEFINICIONES

2.- DEFINICIONES

- a. **Accidente:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado, a consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta. Por lo tanto, no se considerará Accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el asegurado.
- b. **Alteraciones funcionales:** Cambio en la situación normal de las funciones del órgano afectado.
- c. **Asegurado:** Persona física miembro del grupo asegurado que haya cumplido con lo dispuesto en la cláusula de "elegibilidad" y por la que se haya cancelado la correspondiente prima mensual.
- d. **Beneficiario:** Corresponde al TOMADOR DEL SEGURO.
- e. **Beneficio mensual:** Es el pago de la cuota mensual del crédito.
- 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. **Deducible:** Representa la participación económica en la pérdida que se indemnice por la cobertura de un reclamo en la cobertura de desempleo involuntario, que equivale a una cuota mensual del crédito, rebajable de la indemnización. Para efecto de la cobertura de desempleo involuntario es de un (1) mes.
- i. **Desastre natural:** Suceso o evento causado por fuerzas naturales de gran magnitud, fuera del control del ser humano, que causan un estado de emergencia que afecta o pone en peligro la vida y la integridad personal.
- j. **Desempleado:** Es la persona que se encuentra sin trabajo y no recibe ningún tipo de remuneración económica.
- k. **Desempleo Involuntario:** Es la persona que ha estado empleada y su relación de trabajo termina por causas totalmente ajenas a su voluntad con responsabilidad patronal.
- l. **Despedido:** Es la persona que ha estado empleada y su relación de trabajo termina por causas totalmente ajenas a su voluntad con responsabilidad patronal.
- m. **Edad de jubilación:** Es la edad definida para la finalización de la vida laboral del trabajador, que es determinada según cada régimen de pensión
- n. **Empleado copropietario:** Empleado que es dueño de más de 10% de la empresa y que se están realizando los pagos de las cuotas a la Caja Costarricense de Seguro Social.
- o. **Empleado permanente:** Trabajador que está vinculado con su empleador por un contrato por tiempo indefinido.
- p. **Empleado por tiempo definido:** Persona que está empleada bajo un contrato de plazo determinado cuya duración es como mínimo de seis (6) meses consecutivos y se encuentra asegurado en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- q. **Empleo temporal:** Es cuando el contrato tiene un plazo de vigencia de al menos una semana y un máximo de seis meses.
- r. **Enfermedad preexistente:** Aquella condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual un asegurado ha recibido, en los doce meses previos a la suscripción del seguro, consulta, tratamiento médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos prescritos por un médico.
- s. **Grupo asegurable:** Aquel sobre el que se hace la oferta de seguro colectivo. Está constituido por todas las personas físicas que pertenezcan al grupo que represente el TOMADOR DEL SEGURO y está conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tiene con una tercera persona (tomador) relaciones estables de idéntica naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el seguro. La edad máxima para ingresar y la de permanencia se especifican en las condiciones particulares de la póliza.
- t. **Grupo asegurado:** Personas físicas que han cumplido con los requisitos para ser asegurados y dieron su consentimiento expreso en ese sentido.
- u. **Incapacidad total y permanente:** Pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que lo imposibiliten para realizar actos esenciales de su propia ocupación o de cualquier otra para la que esté razonablemente capacitado de

acuerdo con su educación, capacitación o experiencia, que produzca la pérdida del sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.

También se considera como incapacidad total y permanente, 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.

- v. **Incapacidad temporal:** Pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado, como consecuencia de una Enfermedad o accidente; que lo imposibiliten para realizar las labores de su ocupación por un periodo determinado. La Incapacidad temporal debe ser dictaminada por la C.C. S.S., Riesgos del Trabajo o Seguro Obligatorio Automotor, mediante la certificación o boleta de incapacidad respectiva. La incapacidad deberá ser mayor a treinta (30) días continuos para ser objeto de cobertura, según conste en el certificado del médico tratante.
- w. **Intereses corrientes del periodo a efecto de este contrato:** Exclusivamente aquellos intereses corrientes que estuvieran vigentes a la fecha del siniestro. Es decir, los intereses corrientes del último periodo pagado hasta la ocurrencia del siniestro.
- x. **La aseguradora:** SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
- y. **Monto original:** Es el monto de principal por el que se otorgó el crédito al asegurado, así reportado por el TOMADOR DEL SEGURO, que comprende únicamente el monto por concepto de principal por el que se otorgó y por el que se ha pagado la prima correspondiente.
- z. **Lesiones orgánicas:** Aquellas que afecten la integridad física de una persona de forma general.
- aa. **Negocio familiar:** Es el que se ejecuta entre cónyuges, o quienes viven como tales, entre éstos y sus ascendientes y descendientes.
- bb. **Pago mensual del crédito:** Monto que el asegurado se compromete a pagar al tomador del Seguro por un préstamo que comprende entre otros: capital, intereses corrientes del periodo y seguros sin contemplar recargos por atraso del pago.
- cc. **Periodo de carencia:** Periodo de tiempo que va desde la inclusión del asegurado hasta la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la póliza.
- dd. **Periodo de reclamo:** Tiempo durante el cual el Asegurado está desempleado y recibiendo la indemnización.
- ee. **Póliza:** Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de esta las condiciones generales y particulares de la modalidad que se contrate, la adenda que se emitan para complementarla 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.
- ff. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- gg. **Saldo deudor:** Es el saldo reportado por el TOMADOR DEL SEGURO de la operación crediticia del asegurado, que comprende únicamente el monto por concepto de principal pendiente al momento del siniestro y por el cual se ha pagado la prima correspondiente.
- hh. **SM Asistencia:** Conjunto de servicios de asistencia que el Asegurado Principal o sus Dependientes tienen a su disposición, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.
- ii. **Tomador del seguro:** Entidad legalmente constituida que contrata esta póliza en representación del grupo asegurado, frente al cual la aseguradora ha convenido en emitir la póliza. También podrá ser denominado EL CONTRATANTE.

II. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

3.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN ESTA POLIZA: Constituyen esta póliza los siguientes documentos los cuales son los únicos válidos para establecer los derechos y obligaciones: a) La solicitud de inclusión en la que constan las declaraciones del asegurado, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, b) las condiciones generales y particulares y c) la adenda que se suscriban entre las partes. El orden de prelación de esa documentación serán las condiciones particulares, las condiciones generales, la Propuesta de Seguro y la adenda que suscriban 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 al momento de la formalización del contrato le entregará la Propuesta de Seguro y las condiciones generales y particulares que lo rigen y al asegurado el certificado de cobertura.

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

III. ÁMBITO DE COBERTURA

4.- COBERTURAS: LA ASEGURADORA entregará el monto asegurado seleccionado por el asegurado en la propuesta de seguro, según las coberturas contratadas que se detallan a continuación:

a) Cobertura básica

Fallecimiento

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar en un solo tracto al TOMADOR el saldo adeudado de la operación crediticia al momento del siniestro, más los intereses corrientes del periodo (no incluye intereses distintos a los intereses corrientes del periodo, cuentas por cobrar asociadas al crédito, comisiones, gastos de cobro administrativo o judicial pendientes), con base en la información suministrada por el TOMADOR DEL SEGURO y por los asegurados individuales en las solicitudes de inclusión en este seguro.

También, LA ASEGURADORA indemnizará a los beneficiarios designados o herederos legítimos, según corresponda, la diferencia entre el monto original de la deuda y el saldo de la operación crediticia que se paga al TOMADOR.

b) Coberturas adicionales

b.1 Incapacidad total y permanente

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al **TOMADOR** el saldo deudor de la operación crediticia al momento de ocurrencia de la incapacidad total y permanente (lo adeudado únicamente como principal, no incluye intereses distintos a los intereses corrientes del periodo, cuentas por cobrar asociadas al crédito, comisiones, gastos de cobro administrativo o judicial pendientes), en un solo tracto, 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, 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 cualificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia. También, LA ASEGURADORA indemnizará al asegurado la diferencia entre el monto original de la deuda y el saldo de la operación crediticia que se paga al TOMADOR.

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, dicha calificación debe ser superior al 67% para que haya lugar a indemnización.

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

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

irrecuperable, se considerará que está suficientemente probada la incapacidad, sin que el asegurado deba proveer más pruebas de ella, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en ese estado.

Al realizarse la indemnización de esta cobertura, automáticamente hace que finalice la protección al asegurado tanto de esta cobertura como de la de muerte y desempleo involuntario.

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

b.2 Desempleo Involuntario

La Aseguradora realizará el pago que el Asegurado esté obligado a realizar de manera mensual por concepto del crédito, mientras permanezca desempleado o incapacitado después del período de carencia y deducible establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, hasta por el periodo máximo estipulado en el certificado de la póliza para este beneficio, que puede ser de 3, 6, 9 o 12 pagos, si el Asegurado durante la vigencia de la póliza llegara a perder su fuente de ingreso económico con ocasión de un evento de desempleo involuntario o incapacidad temporal (en el caso de trabajador independiente).

Las opciones de indemnización a ser contratadas las cuales **son excluyentes entre sí** se muestran a continuación:

Trabajador Asalariado:

- Por despido con responsabilidad patronal.
- Porque se extinga la fuente de trabajo como consecuencia de muerte o incapacidad del patrono.
- Por quiebra o insolvencia del empleador sea persona física o jurídica.

Trabajador Independiente:

- Incapacidad temporal por enfermedad o accidente y cuya incapacidad sea mayor a los treinta (30) días continuos. (solo se cubren periodos mensuales completos)

Período de Carencia:

Este período será establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, mismo que comprende el tiempo a partir de la inclusión del Asegurado en este contrato o de la contratación de la cobertura, durante el cual el seguro no tendrá efecto si el Asegurado queda desempleado. Transcurrido este plazo, el evento podrá ser amparado según los términos de la Póliza.

Deducible:

Una vez que se active, valide y otorgue la cobertura al Asegurado cubierto, no existe el derecho al beneficio durante el primer (1) mes de desempleo involuntario; por lo tanto, corresponderá a éste asumir el pago de la cuota del crédito aplicable al primer mes de desempleo.

Elegibilidad:

Son elegibles aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable cuya edad se ajuste a la especificada en la Cláusula de Edad de Contratación. Adicionalmente, el Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser persona física y que él mismo no alcance la Edad de jubilación antes de la fecha del término de la vigencia de esta cobertura, para tal efecto.
- Que sean titulares de un crédito otorgado por una entidad financiera autorizada para operar en Costa Rica.

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

- iii. Residir de forma permanente en el territorio costarricense.
- iv. Estar activamente trabajando y haber estado empleado con el mismo patrono, por al menos seis (6) meses antes del inicio de vigencia del Seguro en el caso de los trabajadores asalariados.
- v. Estar cotizando a la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) como trabajador asalariado o independiente, en el caso de los trabajadores independientes.

No podrá incluirse en esta cobertura a ninguna persona que:

- i. Se encuentre desempleada.
- ii. Se encuentre jubilado por algún régimen existente; aun cuando permanezca laborando.
- iii. Esté Incapacitado Temporalmente, excepto por Maternidad.
- iv. Esté Incapacitado Total y Permanente.

En la cobertura de Desempleo Involuntario no se cubren eventos si el Asegurado cuenta al menos con un trabajo en el que recibe una remuneración salarial, ni bajo ninguna modalidad de Negocio Familiar.

Cese del Beneficio Mensual:

La suspensión del beneficio se realizará cuando sobrevenga cualquiera de las siguientes condiciones:

- i. El último día en que el Asegurado termine su condición de desempleado.
- ii. El Asegurado cumpla con el período máximo de cobertura.
- iii. En el caso de Trabajadores independientes (no asalariados), cuando finalice su condición de Incapacidad temporal.
- iv. Que finalice la obligación de pago del Préstamo.

b.3 Incapacidad Temporal – Trabajador Asalariado

La Aseguradora realizará el pago que el Asegurado esté obligado a realizar de manera mensual por concepto del crédito, después del periodo de carencia y deducible establecidos en el Seguro, hasta por el monto máximo del 40% de su salario bruto mensual o el monto de la mensualidad del crédito lo que resulte menor de las dos cantidades; y hasta por el periodo máximo estipulado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, que puede ser de 3, 6, 9 o 12 pagos, si el Asegurado durante la vigencia del Seguro llega a perder su fuente de ingreso económico con ocasión de una Incapacidad Temporal igual o mayor a treinta (30) días continuos.

Solo se cubren periodos mensuales completos de Incapacidad Temporal.

Período de Carencia:

Este periodo será establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, mismo que comprende el tiempo a partir de la inclusión del Asegurado en este contrato, durante el cual el seguro no tendrá efecto si el Asegurado es declarado con una Incapacidad Temporal. Transcurrido este plazo, la cobertura se otorga una vez que ocurra el evento amparado.

Deducible:

Una vez que se active, valide y otorgue la cobertura al Asegurado cubierto, no existe el derecho al beneficio durante el tiempo especificado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

Elegibilidad:

Las condiciones de elegibilidad para recibir el beneficio son:

1. Límite máximo por persona es de 40% del salario bruto mensual o el monto de mensualidad del crédito lo que sea menor.
2. El Asegurado debe ser Trabajador Asalariado y contar con al menos seis (6) meses de antigüedad en su actual trabajo bajo contrato indefinido.

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

3. El beneficio será pagadero cuando el Asegurado está incapacitado temporalmente para el desempeño normal de sus tareas, mientras el asegurado sea beneficiado por el subsidio otorgado por la C.C.S.S, Riesgos del Trabajo o SOA.
4. La Incapacidad Temporal debe iniciar dentro de la vigencia de la póliza.

Cese del Beneficio Mensual:

La suspensión del beneficio se realizará cuando sobrevenga cualquiera de las siguientes condiciones:

- i. El último día en que el Asegurado termine su condición de Incapacidad Temporal.
- ii. El Asegurado cumpla con el período máximo de cobertura.
- iii. Que finalice la obligación de pago del Préstamo.

b.4 Cobertura de SM Asistencia

Los términos y condiciones bajo los cuales se brindará la **Cobertura de SM Asistencia** se encuentran contemplados en el Anexo que se identifica a continuación:



Asistencia SCDMO
mayo 25.docx

La información actualizada de los proveedores de servicios de asistencia podrá ser consultada en la página Web de LA ASEGURADORA: <https://smseguros.cr/contactenos/>.

5.- PERIODO DE COBERTURA: El período de cobertura será sobre 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.

6.- EXCLUSIONES:

Exclusiones a la Cobertura de FALLECIMIENTO

- a) Enfermedades Preexistentes.
- b) Lesiones o accidentes sufridos antes de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza o de la fecha en la cual inicia la vigencia de la cobertura afectada.

Por lo demás no aplicarán más exclusiones a la cobertura de Fallecimiento, únicamente aplicarán las limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales como periodo de carencia, disputabilidad y suicidio.

Exclusiones a la Cobertura de INCAPACIDAD TOTAL y PERMANENTE

Este seguro no amparará el reclamo bajo la cobertura de Incapacidad Total y Permanente si ésta:

- a) Enfermedades Preexistentes.
- b) Lesiones o accidentes sufridos antes de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza o de la fecha en la cual inicia la vigencia de la cobertura afectada.
- c) 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) Sobreviene 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) Sea consecuencia de 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.
- f) Derive de 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.
- g) Se produce si el asegurado viaja 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.
- h) Participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- i) 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.

Exclusiones a la Cobertura de DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Este seguro no cubrirá el reclamo de la cobertura de desempleo involuntario si el asegurado:

- a) El Asegurado no ha estado continuamente empleado con un mismo patrono, con una antigüedad mayor o igual a seis (6) meses previos al despido involuntario.
- b) Quede desempleado durante el periodo de carencia.
- c) Esté empleado por tiempo definido y queda desempleado como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo.
- d) Terminación del contrato de trabajo por finalización de obra contratada o definida.
- e) Si el contrato de trabajo del asegurado no es renovado.
- f) El periodo de desempleo no supera el deducible.
- g) Se ve afectado por una suspensión del contrato de trabajo, según lo define el artículo 74 del Código de Trabajo.
- h) No se cubren periodos de desempleo menores a un mes o cuando el desempleo se presente durante o a la finalización del periodo de prueba.
- i) El Asegurado tiene un trabajo temporal, estacional o bajo la modalidad de trabajador independiente, excepto en los casos de trabajador independiente, cuando se trate de una Incapacidad Temporal con cobertura bajo los términos del Seguro.
- j) Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncia, se jubile en forma anticipada voluntariamente.
- k) Queda desempleado por motivo de terremoto, inundación, es decir a consecuencia de cualquier evento de carácter catastrófico; conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares similares.
- l) Sufre una Incapacidad total y permanente.
- m) No se encuentra cotizando ante la C.C.S.S bajo la modalidad de trabajador asalariado o independiente.
- n) En el caso de trabajadores independientes, cuando no se encuentren inscritos como contribuyente ante el Ministerio de Hacienda.
- o) Es despedido mientras se encuentre laborando fuera del territorio costarricense por más de noventa (90) días naturales. Esta exclusión no aplicará si las causas por la cuales el Asegurado deja el territorio costarricense son:
 - 1. Trabajar en una embajada o consulado costarricense.

2. Si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.
- p) Pérdida del empleo del Asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia del Seguro.
 - q) Se encuentra incapacitado por maternidad.
 - r) Es despedido por su patrono sin responsabilidad patronal.
 - s) Si el asegurado sufre disminución de ingresos.
 - t) Cuando el Asegurado cuente con al menos con un trabajo en el que recibe una remuneración salarial, ni tampoco negocios familiares respecto de los integrantes de la familia.

Exclusiones a la Cobertura de INCAPACIDAD TEMPORAL – ASALARIADOS y DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Sólo en el caso de Trabajador Independiente)

- a) Queda incapacitado durante el período de deducible o carencia señalada en el Certificado de Seguro.
- b) Una Incapacidad Temporal que no transcurra de forma consecutiva, por un plazo igual o mayor a treinta (30) días naturales.
- c) Si la Incapacidad es por Licencia de Maternidad.
- d) El Asegurado no ha estado continuamente empleado con un mismo patrono, con una antigüedad mayor o igual a seis (6) meses previos a la condición de Incapacidad Temporal.
- e) El Asegurado tiene un trabajo temporal, estacional o independiente.
- f) Sufre una Incapacidad total y permanente.
- g) No se encuentra cotizando ante la C.C.S.S.

Adicionalmente, no se brindará cobertura cuando la Incapacidad temporal del trabajador asalariado o independiente sea consecuencia directa o indirecta de uno de los siguientes hechos:

- a) Lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de Accidentes ocurridos con anterioridad al inicio de vigencia del Seguro.
- b) Intento de suicidio o lesiones causadas así mismo por el Asegurado, ya sea que se encuentre en estado de cordura o demencia.
- c) Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios debido al accidente amparado por este seguro, infecciones bacterianas (salvo: infecciones piogénicas que acontezcan como consecuencia de una herida accidental).
- d) Accidentes que sufra el Asegurado por actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear, epidemias e infecciones. Igualmente se encuentra excluida la incapacidad o accidente que haya ocurrido en períodos durante los cuales el Asegurado esté prestando servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- e) Accidentes que sufra el Asegurado por el uso de cualquier nave aérea en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de tripulación.
- f) Accidentes que sufra el Asegurado cuando viaje como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una compañía de transporte aéreo con itinerarios debidamente publicados y autorizada para el transporte de pasajeros por la autoridad gubernamental constituida y con jurisdicción sobre la aviación civil del país de su registro.
- g) Cuando voluntariamente el Asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, alucinógenos, drogas tóxicas o heroicas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.
- h) Cirugía estética para fines de embellecimiento.
- i) Práctica, entrenamiento o participación en deportes o actividades tales como pero no limitadas a espeleología, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo planeadores, cometas, motociclismo, deportes de

- invierno o cualquiera que se considere como de alto riesgo y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional.
- j) Producida por la participación del Asegurado en trabajos bajo el agua o la tierra, fabricación y/o manipulación de explosivos, municiones y fuegos artificiales.
 - k) Accidentes ocurridos como consecuencia de liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
 - l) Producida como consecuencia de actividades terroristas atómicas, biológicas o químicas.
 - m) Actos delictivos o contravencionales de acuerdo con la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el Asegurado.
 - n) Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
 - o) Cualquier enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión o desórdenes, nerviosos.
 - p) Enfermedades Preexistentes.
 - q) Lesiones o accidentes sufridos antes de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza o de la fecha en la cual inicia la vigencia de la cobertura afectada. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

IV. LIMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS

7.- ALCANCE TERRITORIAL: La cobertura de este seguro se extiende a todos los países, excepto la cobertura de desempleo involuntario que opera solo en territorio costarricense.

8.- SUMA ASEGURADA: El monto de seguro es el monto original de las deudas contraídas por los asegurados, que deberá ser aceptado expresamente por LA ASEGURADORA e indicado como cobertura en el certificado individual de seguro.

Se entiende para efecto de este contrato como monto original la suma por la que se otorgó el crédito.

Para el caso de la cobertura de DESEMPLEO INVOLUNTARIO e INCAPACIDAD TEMPORAL – ASALARIADO, el límite máximo de indemnización será de 3, 6, 9 o 12 cuotas mensuales del crédito, cuyo monto máximo será el indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

La suma asegurada podrá ser incrementada en cualquier momento, por nuevas operaciones que suscriba el asegurado con el TOMADOR DEL SEGURO, siempre y cuando sean reportadas a LA ASEGURADORA, el asegurado diligencie la solicitud de inclusión correspondiente, cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA ASEGURADORA y esta lo autorice expresamente.

9.- 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.

El monto total indemnizable por parte de LA ASEGURADORA por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro no excederá del límite agregado de responsabilidad anual. Este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el TOMADOR DEL SEGURO contratadas con LA ASEGURADORA y será estipulado en las condiciones particulares de cada póliza.

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

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

reintegrarle las primas pagadas en exceso. Sin embargo, en el caso de la cobertura de desempleo involuntario el monto máximo Indemnizable por asegurado no podrá exceder el estipulado en las condiciones particulares.

En caso de que el Asegurado cuente con dos o más créditos, el pago de la cobertura no podrá exceder el monto máximo de seguro estipulado en las Condiciones particulares. La cobertura se podrá reactivar para el mismo asegurado, siempre y cuando cumpla con la condición de empleado permanente, siendo sujeto al período de carencia y deducible.

10.- 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.

La disputabilidad de este seguro colectivo le aplicará a cada aseguramiento individual que se adhiera a la póliza colectiva.

Para las **coberturas de esta póliza** la Aseguradora podrá convenir periodos de disputabilidad según montos asegurados, dadas las condiciones del grupo asegurable, lo cual será debidamente indicado en las Condiciones Particulares.

El periodo de disputabilidad iniciará:

1. Para cada aseguramiento individual, en la fecha en que son incluidos en la póliza colectiva.
2. Para aumentos de suma asegurada, acordados por las partes, a partir del momento en que la Aseguradora acepte dicho aumento de la suma asegurada y le brinde cobertura.
3. Para las Coberturas Adicionales que, se suscriban en fecha posterior por las partes, a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Cobertura contratada.

11.-PERIODO DE CARENIA: Para la cobertura de Fallecimiento, aplicará un periodo de carencia de dos (2) años cuando la causa de la muerte fuera a consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El periodo de carencia será contabilizado a partir de la fecha de inclusión del asegurado a la póliza colectiva.

12.-SUICIDIO: Si un asegurado comete suicidio durante el primer año de estar asegurado en esta 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 al TOMADOR DEL SEGURO o a los beneficiarios designados en el caso de que el pago de la prima corresponda al Asegurado.

13.- BENEFICIARIO: El beneficiario de esta póliza será el tomador del seguro. Ello le confiere el derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito o el pago de la cuota mensual del crédito en el caso de la cobertura de desempleo involuntario, pero sin exceder de la suma asegurada convenida. El remanente se pagará al asegurado, sus beneficiarios o a su sucesión según se detalla en el artículo siguiente.

Si el beneficiario lo es debido a un crédito a favor del asegurado, su beneficio se limitará al saldo insoluto de la deuda incluyendo intereses generados al momento del siniestro, según el contrato de crédito y la certificación contable correspondiente, pero sin exceder la suma asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el beneficio indicado, el remanente se pagará al asegurado, a sus beneficiarios distintos del acreditante o a sus herederos, según corresponda.

14.- BENEFICIARIOS EN CASO DE REMANENTE: Los beneficiarios de esta póliza en caso de haber un remanente serán, en orden excluyente:

- a) Los expresamente señalados por el asegurado.
- b) 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.

15. - 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 S.A. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que LA ASEGURADORA pagará 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.

V. OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES

16.-OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y BENEFICIARIOS:

1.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR:

- a) Pagar la prima de acuerdo con lo dispuesto en este contrato.
- b) Declarar todas aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, así como aquellas que lo agraven.
- c) Comunicar dentro del plazo establecido en la cláusula 24 el acaecimiento del siniestro a LA ASEGURADORA, así como cuando corresponda según la cobertura, aportar la documentación exigida para obtener la indemnización correspondiente.

2.-INCLUSIÓN DEL ASEGURADO CON OCASIÓN AL CONSUMO DE UN BIEN O SERVICIO PRINCIPAL

En caso de que la inclusión del Asegurado en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador está obligado a indicar al Asegurado, de forma expresa y clara, si la contratación de la cobertura es obligatoria o si resulta opcional para el Asegurado.

3.- FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TOMADOR DE SEGUROS

- a) Realizar los actos dirigidos a la celebración y ejecución de ese contrato, su prórroga o modificación.
- b) Realizar el reporte de inclusión y exclusión de asegurados.
- c) Recopilar la información requerida para los trámites de reclamos de Asegurados ante LA ASEGURADORA.
- d) Entregar y recibir todo tipo de información y documentación e igualmente aporte económico de los asegurados para el pago de las primas a LA ASEGURADORA.

En caso de incumplimiento, error u omisión por parte del Tomador de las funciones antes descritas, que genere una afectación a un Asegurado, provocará que el Tomador se encuentre obligado a resarcir al Asegurado los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de que LA ASEGURADORA repare la afectación al Asegurado en primera instancia, en cuyo caso el Tomador deberá proceder con el reintegro a LA ASEGURADORA.

17.- OBLIGACIÓN 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.

18.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS: La omisión, la reticencia o la falsedad intencional del TOMADOR o los asegurados sobre los hechos o circunstancias que, si hubiesen sido conocidas por LA ASEGURADORA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen su nulidad absoluta o relativa según corresponda.

LA ASEGURADORA retendrá las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la 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.

19.- EFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS: Si el siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, LA ASEGURADORA deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse a EL TOMADOR.

En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible AL TOMADOR, LA ASEGURADORA brindará la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado.

Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera suscrito el contrato, quedará liberada de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente.

20.- OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS: Presentar la documentación exigida por LA ASEGURADORA para obtener la indemnización respectiva.

21.- DERECHOS Y DEBERES DEL ASEGURADO: El asegurado y el beneficiario tienen derecho a exigir que LA ASEGURADORA pague al beneficiario el importe de la cobertura amparada por el seguro.

El asegurado o su beneficiario deben informar a LA ASEGURADORA su domicilio en forma exacta, para que, llegado el caso, les notifiquen las decisiones indicadas en el inciso 1 del punto b de la cláusula "BENEFICIARIOS EN CASO DE REMANENTE".

En caso de optar por los beneficios de esta cobertura el Tomador deberá justificar debidamente la indemnización reclamada y proporcionar las pruebas que la Aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa el siniestro ocurrido.

Durante la vigencia del contrato, el Asegurado deberá brindar toda la colaboración que se encuentre a su alcance y que sea requerida por la Aseguradora.

22.- 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 asegurador las edades límites a las que este inciso hace referencia previa 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.
3. Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

23.- FORMA, PERIODICIDAD Y LUGAR DE PAGO DE 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.

24.- PLAZO DE GRACIA: Se concederá un plazo de gracia de treinta días naturales para la cancelación de la prima subsiguiente a la primera, cualquiera que sea la forma de pago convenida y no tendrá recargo de intereses.

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

VII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS

25.-AVISO DE SINIESTRO: EL TOMADOR DEL SEGURO o el Asegurado según el caso, deberán dar a aviso a LA ASEGURADORA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los treinta (30) días naturales 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 cuya hipótesis y previa comprobación, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

En el caso de la cobertura de desempleo involuntario deberá comunicar dentro del plazo de 15 días hábiles siguientes a que el asegurado quedo desempleado, el acaecimiento del siniestro a la Aseguradora.

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

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

LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento que se detalla en las cláusulas **PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN y DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR** siguientes.

26.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Producida la incapacidad total y permanente del asegurado, ésta deberá ser notificada a LA ASEGURADORA en el formulario por ella suministrado dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se haya diagnosticado.

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, o mediante la designación de un curador, nombrado de conformidad con el artículo 230, siguientes y concordantes del Código de Familia.

El asegurado deberá proporcionar a LA ASEGURADORA todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a LA ASEGURADORA para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y está obligado a someterse a los exámenes y pruebas que LA ASEGURADORA solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la incapacidad total y permanente y la fecha en que ésta se haya producido.

El costo de estos exámenes y pruebas será de cargo de LA ASEGURADORA.

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

La negativa del asegurado de someterse a los exámenes requeridos por LA ASEGURADORA la autoriza a rechazar la reclamación por ese solo hecho, a partir de la fecha de la negativa, circunstancia que LA ASEGURADORA comunicará por escrito al contratante.

Para que haya lugar a indemnización por esta cobertura el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral debe ser superior al 67%.

27.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN: LA ASEGURADORA brindará respuesta a toda gestión mediante resolución motivada y por escrito, entregada en el lugar o medio señalado para la atención de notificaciones, en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de su recepción.

De igual forma, efectuará el pago de la indemnización correspondiente previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte de EL TOMADOR DEL SEGURO, hasta completar la anualidad respectiva.

Los pagos correspondientes a las indemnizaciones de que trata esta póliza serán hechos por LA ASEGURADORA después de recibir y aprobar la documentación completa, incluyendo las pruebas legales y médicas relativas al siniestro.

LA ASEGURADORA estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acredite, aun 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 idéntico sentido, si 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 al tomador del seguro, de conformidad con lo establecido en la cláusula de Beneficiario de estas Condiciones Generales.

En el caso de la cobertura de desempleo involuntario, una vez cumplido el período de carencia y el deducible, el derecho al beneficio mensual de esta cobertura dará inicio y se prolongará hasta los meses de desempleo según el plan contratado, siempre que el Asegurado cumpla con lo dispuesto en la cláusula de Continuidad del Desempleo.

El beneficio mensual no admitirá fraccionamiento alguno y su derecho se tendrá al término de cada mes calendario, tomando como punto de referencia el primer día de desempleado.

El Asegurado deberá haber pagado en forma consecutiva la prima mensual durante los dos meses inmediatos y anteriores al mes en que se produzca la cesación del empleo. No obstante, para la modalidad contributiva, si el Asegurado paga la prima y esta no es trasladada por parte del Tomador del seguro, se procederá con la indemnización correspondiente una vez que se tenga la evidencia de tal hecho, procediendo a su vez la Aseguradora a cobrar la prima respectiva al Tomador.

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 del Seguro o el 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.

28.- DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR: La documentación por presentar ya sea por el TOMADOR o el asegurado designados será de acuerdo con la cobertura de que se trate, según se indica a continuación.

I) Muerte

- a) Formulario de reclamo suministrado por la Aseguradora, debidamente completo por el contratante.
- b) Fotocopia de la cédula de identidad del fallecido.
- c) Certificado de defunción expedido por autoridad competente, donde se especifique de forma clara y legible la (s) causa (s) de la defunción.
- d) Constancia o Certificación de Deudas, emitida por el TOMADOR donde se indique número de operación crediticia, fecha de formalización o aceptación del crédito, monto original y saldo pendiente de la deuda al momento del fallecimiento, fecha de inclusión del seguro.
- e) Autorización de los beneficiarios para solicitar historias clínicas del fallecido.
- f) Fotocopia de documento de identidad de los beneficiarios designados. Si alguno de éstos falleció, debe presentarse certificado de defunción extendido del Registro Civil.
- g) Constancia de nacimiento de los beneficiarios menores de edad, y fotocopia del documento de identidad de quien ostenta la patria potestad del menor.

II) Incapacidad Total y Permanente

- a) Aviso del evento sujeto de cobertura a través del formulario de presentación de reclamos facilitado por LA ASEGURADORA.
- b) Original y fotocopia del documento de identidad vigente del Asegurado.
- c) 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.
- d) Constancia o Certificación de Deudas, emitida por el TOMADOR donde se indique número de operación crediticia, fecha de formalización o aceptación del crédito, monto original y saldo pendiente de la deuda al momento de la incapacidad total y permanente y fecha de inclusión del seguro.
- e) Autorización para la solicitud de historias clínicas en los diferentes centros médicos donde ha sido atendido el Asegurado, si se encuentra en período de disputabilidad.

Producida la Incapacidad Total y Permanente del asegurado, deberá ser notificada a LA ASEGURADORA en el formulario por ella suministrado dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se haya diagnosticado.

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 asegurado deberá proporcionar a LA ASEGURADORA todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a LA ASEGURADORA para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y está obligado a someterse a los exámenes y pruebas que LA ASEGURADORA solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la incapacidad total y permanente y la fecha en que ésta se haya producido.

El costo de estos exámenes y pruebas será de cargo de LA ASEGURADORA.

La negativa del asegurado de someterse a los exámenes requeridos por LA ASEGURADORA la autoriza a rechazar la reclamación por ese solo hecho, a partir de la fecha de la negativa, circunstancia que LA ASEGURADORA comunicará por escrito al contratante.

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

Una vez que la condición de Incapacidad Total y Permanente esté suficientemente probada, el asegurado no deberá proveer más pruebas de ella ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en ese estado.

III) Desempleo involuntario.

- a) Realizar el aviso de su condición de Desempleado o Incapacidad Temporal en el caso de Trabajadores Independientes, en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles desde su ocurrencia y la misma deberá de ser entregada de forma escrita. Con el fin de tener información para este trámite la Aseguradora pone a disposición los siguientes medios de comunicación: Teléfono: (506) 2211-9100 y Correo Electrónico: indemnizaciones@smseguros.cr.
- b) Completar el formulario de presentación de siniestros facilitado por la Aseguradora, el cual deberá ser completado por el Asegurado y entregado al Tomador o a LA ASEGURADORA.
- c) Fotocopia del documento de identidad del Asegurado por ambos lados.
- d) Copias de los comprobantes de los salarios pagados en los últimos seis (6) meses, o en su defecto constancia emitida por el ex-patrono de los últimos seis (6) meses pagados.
- e) Original o copia certificada de la carta o constancia de despido.
- f) Estudio de cuotas emitido por la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), donde se indique que el Asegurado ha estado cotizando para ese régimen, durante los seis (6) meses inmediatos anteriores al Despido o Incapacidad Temporal, según se trate de un Trabajador Asalariado o Independiente.
- g) Declaración del Asegurado de que no percibe otras remuneraciones.
- h) En caso de ser empleado copropietario, deberá presentar copia del expediente judicial en el cual se decretó la quiebra de la empresa.
- i) El Tomador deberá facilitar estados de cuenta del saldo insoluto de la deuda y certificado de la cuota mensual de la operación crediticia asociada a la cobertura.
- j) Certificación de contador público autorizado sobre los ingresos percibidos en los últimos 6 meses en caso de trabajador independiente.
- k) Certificación médica o boleta de Incapacidad Temporal emitida por el régimen respectivo, que detalle la incapacidad temporal sufrida y los días de incapacidad otorgados.

IV) Incapacidad Temporal - Asalariados:

- a) Notificar a LA ASEGURADORA sobre su condición de Incapacidad Temporal en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles desde su ocurrencia y la misma deberá de ser entregada de forma escrita. Con el fin de tener información para este trámite LA ASEGURADORA pone a disposición los siguientes medios de comunicación: Teléfono: (506) 2211-9100 y Correo Electrónico: indemnizaciones@smseguros.cr.
- b) Fotocopia del documento de identidad del Asegurado por ambos lados.
- c) Constancia de salario y cuotas de préstamo.
- d) Constancias de continuidad de incapacidad.
- e) Copias de los comprobantes de los salarios pagados en los últimos seis (6) meses (ordenes patronales), o en su defecto, constancia emitida por patrono de los últimos seis (6) meses pagados.
- f) Certificación médica o boleta de incapacidad emitida por el régimen respectivo, que detalle la incapacidad temporal sufrida y los días de incapacidad otorgados.
- g) El tomador deberá facilitar estados de cuenta del saldo insoluto de la deuda y certificado de la cuota mensual de la operación crediticia asociada a la cobertura.

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.

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

Cuando LA ASEGURADORA revise la información presentada por el solicitante y detecte la falta de algún documento para la presentación del reclamo, le informará al solicitante y recibirá el resto de la información. No obstante; el trámite para iniciar el proceso de liquidación será efectivo al presentar todos los requisitos.

29.- CONTINUIDAD DEL DESEMPLEO: En caso de que el Asegurado se mantenga en condición de Desempleado durante más de tres (3) meses, de previo al pago respectivo de la Cuota Mensual Asegurada, según el plazo contratado, el Asegurado deberá entregar a la Aseguradora una certificación emitida por la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S), en la cual consta que el Asegurado no cotiza para dicho régimen como asalariado ni como trabajador independiente. La presentación de esta certificación será condición indispensable y necesaria para el pago de las cuotas siguientes, por lo que la Aseguradora podrá suspender el pago de cobertura en caso de no cumplirse con este requisito. Lo anterior sin perjuicio de las indagaciones que pueda realizar la Aseguradora ante las autoridades pertinentes para comprobar la condición laboral del Asegurado.

La Aseguradora tendrá potestad de realizar las investigaciones correspondientes, que permitan comprobar fehacientemente la condición de desempleo del reclamante, Si el Asegurado estaba laborando o cotizando como trabajador independiente, no notificó de tal hecho al Tomador del Seguro o a LA ASEGURADORA y esta realizó los pagos mensuales, el Tomador del Seguro realizará la devolución a LA ASEGURADORA en un plazo máximo de diez (10) días hábiles después de realizado el cobro, de todos los pagos cancelados durante el periodo que el Asegurado estuvo laborando.

30.- RECLAMO CONSECUTIVO: En el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal - Asalariados, si el Asegurado se recupera de la incapacidad antes del término del periodo de pago del beneficio y recae nuevamente antes de pasar dos (2) meses del día de recuperación, la recaída se considerará como continuación de la incapacidad previa, es decir, el Asegurado no tendrá que asumir el deducible nuevamente.

VIII. VIGENCIA

31.- VIGENCIA DEL CONTRATO: Este seguro entra en vigor desde la fecha de emisión de esta póliza, según se detalla en las condiciones particulares y terminará el día inmediato anterior a la fecha de cada aniversario póliza.

32.-PRÓRROGA DEL CONTRATO: Este seguro es anual prorrogable. Se entenderá prorrogado por igual periodo de forma automática, salvo que el Tomador manifieste su deseo de no prorrogarlo notificando a LA ASEGURADORA con al menos 30 días naturales de anticipación al vencimiento de la póliza. Este seguro se podrá renovar solo cuando las partes contratantes así lo consientan.

33.-POSIBILIDAD DE AJUSTES EN LA PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN: Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación o prórroga, LA ASEGURADORA tiene derecho a ajustar las primas. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará en función de: a) la *nueva composición demográfica del grupo asegurado* y b) el *Porcentaje de la Siniestralidad Presentada*.

A. Tarifa base en función de la nueva composición demográfica del grupo.

En primera instancia se determinará la tarifa actuarial en función de la nueva distribución demográfica por género y edad que presenta el grupo al término de la vigencia previa inmediata a la renovación o prórroga de la póliza.

B. Ajuste en función de la Siniestralidad Presentada.

Para los efectos de establecer el ajuste en función de la Siniestralidad Presentada, se determinará primeramente el *Porcentaje de la Siniestralidad Presentada*, el cual es calculado de la siguiente manera: Se tomará: a) *El COSTO TOTAL DE LOS SINIESTROS PRESENTADOS*, el cual corresponde a la suma de: 1) los montos de los *Siniestros Pagados*, 2) los montos de los

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

Siniestros Informados Pendientes de Pago y 3) el monto de la estimación de los Siniestros Ocurridos y No Presentados, estimados estos como la multiplicación de las siguientes tres variables: i) el promedio de la Cantidad de Siniestros Presentados por Día; ii) el promedio de los Días de Demora entre la Fecha del Siniestro y la Fecha de Aviso del Siniestro a la Aseguradora; iii) el promedio del monto de los Siniestros Pagados y los Siniestros Informados Pendientes de Pago; y dicho COSTO TOTAL DE LOS SINIESTROS PRESENTADOS se dividirá entre: b) la suma de las PRIMAS DEBIDAMENTE PAGADAS netas de cualquier devolución, anulación e impuestos aplicables.

La determinación de todas las variables comprendidas en el cálculo del anterior porcentaje se hará con base en la información de la vigencia previa inmediata a la renovación o prórroga de la póliza, así como también del período anual anterior al período actual de vigencia.

Una vez determinado el *Porcentaje de la Siniestralidad Presentada*, se aplicará a la *tarifa actuarial establecida en función de la nueva composición demográfica del grupo* (Tarifa Base), el *Ajuste por Siniestralidad Presentada* de conformidad con la siguiente fórmula:

Porcentaje de Ajuste por Siniestralidad Presentada:

$$= (\text{Porcentaje de Siniestralidad Presentada} / \text{Porcentaje de Siniestralidad Esperada}) - 1$$

; en donde el *Porcentaje de Siniestralidad Esperada* estaría definido en las Condiciones Particulares de la Póliza y se determinaría en base a la siguiente fórmula:

Porcentaje de Siniestralidad Esperada = 100% menos la suma de los siguientes porcentajes: % Costos de Intermediación de la Póliza; % Costo de Recaudación de la Póliza; % Costos de Administración de la Póliza; % Costo Aporte Cuerpo de Bomberos; % Costo Aporte INEC; % Margen de Utilidad de la Aseguradora.

La tarifa resultante después de aplicar el ajuste en función de la siniestralidad presentada será aplicada a todo el grupo asegurado, la cual será comunicada al Tomador y/o Asegurado en el plazo de treinta (30) días naturales previos a la fecha de renovación o prórroga de la póliza.

34.- TERMINACIÓN ANTICIPADA: Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por el Tomador y/o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos dos (2) meses de anticipación. Lo anterior para que LA ASEGURADORA pueda cumplir con la comunicación que se detalla a continuación respecto a cada asegurado.

De igual forma, LA ASEGURADORA comunicará a los asegurados, con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de antelación a la fecha de la terminación del contrato la decisión, a efecto de que sus intereses no se vean afectados

LA ASEGURADORA tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá reembolsar la prima no devengada al Tomador o Asegurado según corresponda.

La percepción por parte de LA ASEGURADORA de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de terminación anticipada no hará perder su efecto, debiendo LA ASEGURADORA reembolsar la suma recibida.

LA ASEGURADORA, salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada la póliza.

35.- CADUCIDAD DEL SEGURO: La protección del asegurado terminará automáticamente cuando se presente cualquiera de los siguientes casos:

- Cuando se indemnice por cualquiera de las coberturas contratadas.
- Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima mensual del asegurado cubierto por esta póliza en el plazo establecido en la cláusula de Plazo de Gracia.

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

En este caso, LA ASEGURADORA notificará al TOMADOR DEL SEGURO esta decisión en el medio o lugar señalado para atender notificaciones dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que incurrió en mora.

- c) Cuando vencido el año póliza el TOMADOR decidiera no prorrogarlo.
- d) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado.
- e) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- f) Cuando en el momento de la prórroga de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente. En el caso de la Cobertura de Desempleo Involuntario el grupo asegurado sea menor a cien (100) asegurados.
- g) Cuando la operación crediticia o si el asegurado tiene varias la suma de todas ellas sea igual o inferior al mínimo establecido en las condiciones particulares.
- h) Cuando la operación crediticia haya sido cancelada.

Adicionalmente, la cobertura de **Desempleo Involuntario** terminará en caso de que ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- i) El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera de la República de Costa Rica y que ya no cotice ante la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S).
- j) El Asegurado cumpla el máximo de meses como desempleado estipulado en el Certificado de Seguro.
- k) Incapacidad total y permanente del Asegurado.
- l) Cese de la deuda por parte del Asegurado con el Tomador del Seguro.

Una vez que se inicia la indemnización de esta cobertura por desempleo involuntario, LA ASEGURADORA podrá detener o suspender dicho beneficio en caso de que ocurra cualquiera de las siguientes condiciones:

- m) El Tomador del seguro deje de pagar la prima.
- n) Finalice la obligación de pago del crédito, en cuyo caso el TOMADOR del seguro deberá comunicar inmediatamente a la Aseguradora la fecha del último pago del crédito.
- o) El Asegurado termine su condición de desempleado, en cuyo caso deberá comunicar inmediatamente a la Aseguradora la fecha de inicio del nuevo empleo, para que se suspenda la indemnización, a partir del mes siguiente.
- p) Advenimiento de la edad de jubilación o la jubilación efectiva del Asegurado (lo que ocurra primero).

En el caso de la cobertura de **Incapacidad Temporal - Asalariados** finalizará para todo Asegurado en caso de que ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- q) Fallecimiento del Asegurado.
- r) Incapacidad total y permanente del Asegurado.
- s) El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera de la República de Costa Rica y que ya no cotice ante la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S).
- t) Cese de la deuda por parte del Asegurado con el Tomador del Seguro.
- u) El Asegurado cumpla el máximo de cuotas según lo estipulado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.
- v) Si el contrato de seguro no es prorrogado.
- w) Una vez que se inicia la indemnización de esta cobertura, La Aseguradora podrá detener o suspender dicho beneficio en caso de que ocurra cualquiera de las siguientes condiciones:
 - i. El Tomador del seguro deje de pagar la prima.
 - ii. Finalice la obligación de pago del crédito, en cuyo caso el TOMADOR del seguro deberá comunicar inmediatamente a la Aseguradora la fecha del último pago del crédito.
 - iii. El Asegurado termine su condición de incapacidad temporal, en cuyo caso deberá comunicar inmediatamente a la Aseguradora la fecha de finalización, para que se suspenda la indemnización, a partir del mes siguiente.

IX. CONDICIONES VARIAS

36.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA: La ASEGURADORA deberá:

- a) Entregar en el medio designado por el asegurado para recibir notificaciones un certificado individual de cobertura en el que se especificará la descripción y monto de cada una de las coberturas contratadas, así como la información que se indica en la cláusula Registro.
- b) Notificar al asegurado 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.
- c) Entregar a los integrantes del grupo asegurable y a la persona asegurada idéntica información, en iguales términos y condiciones como si se tratara de un contrato de seguro individual, en especial, las cláusulas de disputabilidad y exclusiones de la póliza.

El incumplimiento de lo anterior generará la ineficacia de la aplicación de esas cláusulas frente a la persona asegurada.

- d) Entregar al TOMADOR, previo al vencimiento de la póliza, en un plazo de un mes el reporte completo de los datos de los asegurados que conforman el grupo asegurado; información que deberá ser validada por el TOMADOR.

37.- MODALIDADES DE CONTRATACIÓN: La modalidad de contratación de este seguro podrá ser cualquiera de las siguientes:

- a. Contributiva: Los miembros del grupo deben contribuir con parte o la totalidad de la prima.
- b. No contributiva. El TOMADOR paga la totalidad de la prima.

38.- ELEGIBILIDAD: Son elegibles aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable cuya edad se ajuste a la opción seleccionada que se especifica en la cláusula 36 y que al momento de suscribirla no padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de esos padecimientos.

Además, en el caso de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, el asegurado no debe haber adquirido al momento de su inclusión la condición de pensionado o jubilado.

Adicionalmente, en el caso de la cobertura de desempleo involuntario, se requiere para ser elegible:

- i. No haber alcanzado la edad de jubilación.
- ii. Residir de forma permanente en el territorio costarricense.
- iii. Estar activamente trabajando y haber estado laborando con el mismo empleador, por un plazo indefinido continuamente al menos por un período de 6 meses antes del inicio de este contrato.
- iv. Estar cotizando a la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) como trabajador asalariado.

No podrá incluirse en esta cobertura a ninguna persona que se encuentre desempleada, incapacitada permanentemente, temporalmente (excepto por maternidad) o que sea un trabajador independiente o cotice como tal.

39.- EDAD DE CONTRATACION: La edad de emisión para la cobertura básica de muerte, SM Asistencia y de Incapacidad Total y Permanente será de 15 años sin límite de edad y para la cobertura de desempleo involuntario será de 18 años sin límite de edad. No obstante, la cobertura de Incapacidad Total y Permanente y de desempleo involuntario no se otorgarán a personas que se encuentren pensionadas o jubiladas al momento de su inclusión en el seguro.

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

Para las coberturas de muerte e Incapacidad Total y Permanente se aplica una única tarifa para todo el grupo asegurado. Se tendrá también la opción de aplicar una única tarifa para el grupo de asegurados con edades de 65 años o menos.

En todas las coberturas **-excepto coberturas de asistencia-**, para los asegurados cuya edad sea de 66 años en adelante se aplicará una tarifa particular según la edad vigente de cada asegurado.

En todas las coberturas **-excepto coberturas de asistencia-** 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.

40.- VALORACIÓN: 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 de Instancia de Resolución de Controversias.

41.- MONEDA: Todos los valores o indemnizaciones – monto original según se define en estas condiciones- bajo esta póliza son liquidables en colones costarricenses o dólares de los Estados Unidos de América, según la moneda elegida en la solicitud del seguro. Cuando se trate de dólares, las obligaciones monetarias podrán ser honradas por el equivalente en colones según el tipo de cambio de venta publicado por el Banco Central de Costa Rica a la fecha del pago.

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

43.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITAL: De conformidad con lo establecido por la normativa vigente en materia de legitimación de capitales, EL TOMADOR DEL SEGURO, el Asegurado y Beneficiario, se obligan con LA ASEGURADORA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue, así como suministrar la información que se soliciten, tanto al inicio de la póliza, su prórroga o al momento del pago de indemnizaciones. El incumplimiento de lo anterior será motivo para no emitir la póliza o de no prorrogarla, según corresponda.

44.- 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 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.

45.- 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.

46.- 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 Tomador y/o Asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones. Además, aplicarán los términos de entrega de información

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

del artículo 8 del Reglamento sobre Seguros Colectivos, donde el plazo aplicable para la entrega de la información será de al menos treinta (30) días naturales antes de la entrada en vigor de la modificación.

47.- 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.

48.- INCLUSIÓN DE ASEGURADOS: El miembro del Grupo asegurable debe completar la fórmula suministrada por LA ASEGURADORA, en la que solicita su inclusión en el seguro. También deberá llenar la designación de beneficiarios, lo cual debe quedar respaldado por su firma.

LA ASEGURADORA dentro de un plazo que no excederá de treinta días naturales comunicará la aceptación o rechazo de la solicitud y de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad respectivas. Si la solicitud de inclusión es aceptada LA ASEGURADORA lo incluirá en el registro de asegurados y generará el Certificado de Seguro que se le hará llegar al Asegurado, mediante el contratante, el intermediario o al lugar o medio señalado para notificaciones.

49.- CONTINUIDAD DE COBERTURA: LA ASEGURADORA otorga continuidad de cobertura sin exigencia de requisitos adicionales de asegurabilidad para todos los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado que se tuviera contratado con la anterior compañía en las coberturas contratadas el cual será trasladado a LA ASEGURADORA.

Las edades de permanencia serán las estipuladas por cada cobertura y definidas por LA ASEGURADORA.

Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud o edad con las siguientes salvedades:

- a) Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.
- b) Que las citadas condiciones de salud existieran con anterioridad a la vinculación del asegurado con EL TOMADOR DEL SEGURO.

Es requisito indispensable el envío a LA ASEGURADORA del último listado emitido por la compañía de la cual es trasladado el grupo, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales con la siguiente información: nombres, apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura, sobreprimas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de los valores asegurados sobre los iniciales requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares.

50.- GARANTÍA DEL TOMADOR DEL SEGURO: Se otorgará la continuidad de cobertura descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por EL TOMADOR DEL SEGURO de informar los riesgos que han sido extra primados por la compañía anterior, a fin de aplicar estas extra-primas en el cobro de la nueva póliza.

51.-REGISTRO: LA ASEGURADORA llevará un registro que muestre en todo momento, al menos lo siguiente: datos del TOMADOR DEL SEGURO, nombre, edad y número de cédula de cada uno de los miembros del grupo asegurado, suma asegurada de cada uno, fechas en que entra en vigor los seguros, fechas de terminación y número de los certificados individuales.

Una copia autorizada de este registro será entregada al TOMADOR DEL SEGURO.

52.- CERTIFICADO DE COBERTURA: La ASEGURADORA entregará a cada asegurado en forma personal o mediante correo certificado en la dirección consignada en la solicitud de seguro, en un plazo máximo de diez días hábiles contados a partir de la solicitud de inclusión en el seguro cuando sea por inclusión automática y en el caso requiera un proceso de selección, el plazo comenzará su cómputo a partir de la aceptación, un certificado individual de cobertura.

Ese certificado como mínimo expresará: número de póliza colectiva, número de registro del producto en la Superintendencia, vigencia, monto de la prima, así como la descripción y monto de cada una de las coberturas incluidas.

LA ASEGURADORA podrá delegar esa obligación en un intermediario o en el tomador, pero ello no le exime de su responsabilidad. También el asegurado podrá solicitar copia de las condiciones generales y particulares del seguro contratado.

De igual modo, podrán solicitar copia de esa documentación quienes, sin ser asegurados, tengan interés en el seguro debido a concurrir a financiar el pago de la prima o encontrarse afectos a cumplir obligaciones y cargas de la póliza.

53.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS: Según los términos definidos con EL TOMADOR DEL SEGURO se pueden distribuir beneficios por baja siniestralidad al finalizar cada año póliza, de acuerdo con el procedimiento establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Para realizar la participación de beneficios se procederá de conformidad con el siguiente procedimiento en el que cada rubro sería expresado en colones, por lo que los montos correspondientes a las pólizas en dólares deberán ser convertidas a colones al tipo de cambio del día particular de la operación:

Del total de las primas ganadas anuales (primas brutas menos devoluciones sobre primas), se deducirán los gastos de adquisición, los gastos de administración, otros gastos de operación incluyendo el Costo del Cuerpo de Bomberos y las sumas pagadas por concepto de siniestros incurridos, así como los siniestros reportados pendientes de pago y los siniestros pendientes no reportados. El remanente si lo hubiere, será la utilidad para repartir.

Al finalizar el año de vigencia	% de participación
1	De un 30% a un 50%
2	De un 40% a un 50%
3 en adelante	Máximo 50%

En el caso que no se dieran utilidades, conforme lo indicado en el inciso a) anterior, las pérdidas del período serán aplicadas a la liquidación del siguiente período y de persistir la pérdida podrá la Aseguradora efectuar los ajustes técnicos correspondientes para garantizar suficiencia de prima por el riesgo que el negocio representa.

Si existiera un reclamo pagado o presentado o una devolución de primas, que no se contempla en el cálculo del período liquidado que le corresponde, la Aseguradora podrá incluirlo en la liquidación del período siguiente. Si este beneficio de Participación de Utilidades se incluye posterior a la emisión del seguro, el mismo inicia su vigencia a partir de la siguiente prórroga anual del contrato de seguro y se reconocerá al finalizar dicha prórroga.

Para la modalidad contributiva la participación de beneficios debe repercutir en el grupo asegurado según su aporte proporcional al pago de la prima.

54.- COMISIÓN DE COBRO: Para la modalidad contributiva, por la recaudación de las primas LA ASEGURADORA reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares del Seguro.

La comisión, pago o beneficio de cualquier naturaleza que LA ASEGURADORA reconozca al Tomador del seguro, contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de la Póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

55.-PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO COMO TERCERO RELEVANTE: La siguiente leyenda resulta de aplicación para todos los Asegurados en la Póliza colectiva: **“Su participación en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. Usted tiene derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario.”**

56.-DERECHO DE RETRACTO: Por la naturaleza del saldo de la deuda de esta Póliza, no se otorga a los Asegurados ningún derecho de retracto.

57.- SEGUROS COEXISTENTES: Si la totalidad o parte de las coberturas estuviesen también cubiertos por otros contratos de seguros de igual naturaleza suscritos en cualquier tiempo y conocidos por EL TOMADOR DEL SEGURO o Asegurado, es obligatorio para ellos declararlo a LA ASEGURADORA con indicación del nombre del asegurador, la cobertura, vigencia y la suma asegurada.

EL TOMADOR DEL SEGURO o el asegurado según el caso, deberán igualmente informar por escrito a LA ASEGURADORA de los seguros de igual naturaleza que contraten con posterioridad sobre el mismo interés, dentro del término legal de cinco (5) días hábiles contados a partir de su celebración.

Si por el incumplimiento de esta obligación LA ASEGURADORA paga una indemnización mayor a la que correspondería se considerará ese pago indebido, pudiendo recuperar lo pagado en exceso a EL TOMADOR, quien además reconocerá los intereses generados desde la fecha de ese pago hasta la fecha de su efectivo reintegro, calculados a la tasa de interés legal.

X. INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

58.- INSTANCIAS DE 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, 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.

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

XI. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

60. DOMICILIO Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES: 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 domicilio señalado por el asegurado, y en el caso de LA ASEGURADORA en sus oficinas centrales en San José, calle primera, avenida diez.

61.-MEDIOS PARA OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA COLECTIVA

Los asegurados y miembros del grupo asegurable, podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

- Teléfono: (506) 2211-9100.
- Correo electrónico: contactenos@smseguros.cr
- Sitio web www.smseguros.cr.

SEGURO COLECTIVO PARA DEUDAS MONTO ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

Si además en esta Póliza participa un intermediario de seguros, es obligación del Tomador informar a los asegurados sobre tal situación y, en el caso de las sociedades corredoras de seguros, aclarar si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el Tomador, y el detalle de sus obligaciones y responsabilidades.

XII. LEYENDA DE REGISTRO

62.-REGISTRO ANTE 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 P14-26-A02-017 de fecha 17 de noviembre de 2009.