

SEGURO COLECTIVO SALDO DEUDOR

CONDICIONES GENERALES

Contenido

1.- COMPROMISO DE LA ASEGURADORA:	3
I. DEFINICIONES	4
2.- DEFINICIONES	4
II. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	6
3.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN ESTA POLIZA	6
III. ÁMBITO DE COBERTURA	6
4.- COBERTURAS	6
5.- EXCLUSIONES	9
IV. LÍMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS	12
6.- PERIODO DE COBERTURA	12
7.- ALCANCE TERRITORIAL	12
8.- SUMA ASEGURADA	12
9.- DISPUTABILIDAD	13
10.- PERIODO DE CARENIA	13
11.- SUICIDIO	13
12.- BENEFICIARIO	13
V. OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES	14
13.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO	14
14.- FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TOMADOR DE SEGUROS	14
15.- OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO	14
16.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS	14
17.- EFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS	15
VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA	15
18.- FORMA, PERIODICIDAD Y LUGAR DE PAGO DE PRIMAS	15
19.- PLAZO DE GRACIA	15
VII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS	16
20.- AVISO DE SINIESTRO	16
21.- DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR	16
22.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	18
23.- CONTINUIDAD DEL DESEMPLEO	19
24.- RECLAMO CONSECUTIVO	19
VIII. VIGENCIA	19
25.- VIGENCIA DEL CONTRATO	19
26.- PRÓRROGA DEL CONTRATO	19
27.- POSIBILIDAD DE AJUSTES EN LA PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN	20
28.- TERMINACION ANTICIPADA	20
29.- CADUCIDAD DEL SEGURO	21

IX. CONDICIONES VARIAS.....	22
30.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA.....	22
31.- MODALIDADES DE CONTRATACION.....	22
32.- ELEGIBILIDAD.....	22
33.- EDAD DE CONTRATACION.....	23
34.- VALORACION.....	23
35.- MONEDA.....	23
36.- MODIFICACIONES DEL CONTRATO.....	23
37.- RECTIFICACIÓN.....	23
38.- INCLUSION DE ASEGURADOS.....	24
39.- REGISTROS.....	24
40.- CERTIFICADO DE SEGURO.....	24
41.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS.....	24
42.- COMISIÓN DE COBRO.....	25
43.- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO COMO TERCERO RELEVANTE.....	25
44.- INCLUSIÓN DEL ASEGURADO CON OCASIÓN AL CONSUMO DE UN BIEN O SERVICIO PRINCIPAL.....	25
45.- DERECHO DE RETRACTO.....	25
46.- SEGUROS COEXISTENTES.....	25
47.- PRESCRIPCIÓN.....	25
48.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS.....	26
49.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	26
50.- NORMAS SUPLETORIAS.....	26
X. INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	26
51.- INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	26
52.- JURISDICCION.....	26
XI. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	26
53.- DOMICILIO Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	26
54.- MEDIOS PARA OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA COLECTIVA.....	26
XII. LEYENDA DE REGISTRO.....	27
55.- REGISTRO ANTE SUGESE.....	27

SEGURO COLECTIVO SALDO DEUDOR

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:** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga LA ASEGURADORA. Para efectos de las coberturas de Fallecimiento e Incapacidad Total y Permanente, se entenderá como Beneficiario al Tomador del Seguro.
- e. **Beneficio mensual:** Es el pago de la cuota mensual del crédito.
- f. **Certificado de Seguro:** Constancia emitida por LA ASEGURADORA en la que se acredita la inclusión de uno o varios riesgos para su aseguramiento en el seguro colectivo. Recoge las condiciones particulares del Asegurado, incluyendo las coberturas y beneficios que aplican.
- g. **Declaración falsa:** Se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
- h. **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.
- i. **Deducible:** Representa la participación económica del Asegurado en la pérdida que se indemnice por alguna de las coberturas del Seguro.
- 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. **Edad de jubilación:** Es la edad definida para la finalización de la vida laboral del trabajador, que es determinada según cada régimen de pensión. Para efectos de este Seguro y salvo que exista una edad menor de jubilación según el régimen específico de pensión en el que se encuentre el Asegurado, se entenderá que la edad de jubilación es de sesenta y cinco (65) años.
- m. **Empleado copropietario:** Empleado que es dueño de más de 10% de las acciones de la empresa que le esté realizando los pagos de las cuotas a la Caja Costarricense de Seguro Social.
- n. **Empleado permanente:** Trabajador que está vinculado con su empleador por un contrato por tiempo indefinido, quien además se encuentra asegurado en la Caja Costarricense del Seguro Social.
- o. **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 del Seguro Social.
- p. **Empleo temporal:** Es cuando el contrato tiene un plazo de vigencia de al menos una semana y un máximo de seis (6) meses consecutivos.
- q. **Enfermedad:** Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.
- r. **Enfermedad preexistente:** Aquella condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual un Asegurado ha recibido consulta, tratamiento médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos prescritos por un médico, de forma previa a la inclusión del Aseguramiento individual en la Póliza o a la vigencia de una cobertura contratada de forma posterior por las partes.
- 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, lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, acaecidas dentro de la vigencia de la póliza; 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. 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 irreparable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irreparable.
 - v. **Incapacidad temporal:** Pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado, como consecuencia de una Enfermedad o accidente, acaecido dentro de la vigencia de la póliza; que lo imposibilite 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. **Lesiones orgánicas:** Aquellas que afecten la integridad física de una persona de forma general.
 - z. **Negocio familiar:** Es el que se ejecuta entre cónyuges, o quienes viven bajo la condición de unión de hecho, entre éstos y sus ascendientes y descendientes hasta el tercer Grado de consanguinidad o afinidad.
 - aa. **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.
 - bb. **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.
 - cc. **Periodo de reclamo:** Tiempo durante el cual el Asegurado está desempleado y recibiendo la indemnización.
 - dd. **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.
 - ee. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
 - ff. **Saldo insoluto:** Es el saldo reportado por el TOMADOR DEL SEGURO de la operación crediticia suscrita por el 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.
 - gg. **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.
 - hh. **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 como 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 Solicitud 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 Solicitud de Seguro y las Condiciones Generales y Particulares que lo rigen y al Asegurado el Certificado de Seguro.

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 o servicio asegurado indicado en el Certificado 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.

b) Coberturas Adicionales

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al TOMADOR el saldo adeudado de la operación crediticia, al momento de ocurrencia del siniestro más los intereses corrientes del periodo (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 igual o superior al 67% de su capacidad laboral, estructurada dentro de la vigencia de la póliza, que de por vida le impidan a la persona desempeñar las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.

Para la formalización de la reclamación por esta cobertura **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de solicitar al Asegurado aportar la historia clínica completa y practicarse la valoración de la pérdida de la capacidad laboral a través de una entidad

competente designada por **LA ASEGURADORA** para tal efecto, quien determinará el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral y la fecha efectiva de la incapacidad total y permanente.

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

Para gozar de esta cobertura deberán concurrir las siguientes condiciones:

- a) No tener la condición de pensionado o jubilado al ser incluido en el seguro.
- b) Que se trate de una declaración de Incapacidad Total y Permanente cuyo porcentaje de impedimento o incapacidad sea igual o superior al 67%.
- c) Continuar permanentemente incapacitado a la fecha en que el beneficio se hace efectivo.
- d) Aportar el Certificado de la comisión Calificadora competente, donde se otorga la incapacidad no sujeta a revisión.

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 período 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:

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

Trabajador Independiente:

- i. 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:

- i. 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.
- ii. Que sean titulares de un crédito otorgado por una entidad financiera autorizada para operar en Costa Rica.
- 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.
- v. Estar cotizando a la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) como trabajador asalariado o independiente, según corresponda.

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.

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 neto 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 período será establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, la Aseguradora podrá convenir periodos según se negocie, éste 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.
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.

c) Cobertura de SM Asistencia

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



Asistencias SSD_jul
25.docx

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

5.- EXCLUSIONES

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

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

- 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

- 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 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.
- r) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

IV. LÍMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS

6.- 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.

7.- ALCANCE TERRITORIAL

Las coberturas de este seguro se extienden a todos los países, excepto la cobertura de Desempleo Involuntario y SM Asistencia Dental, las cuales operan solo en territorio costarricense.

8.- SUMA ASEGURADA

En el caso de las coberturas de FALLECIMIENTO e INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, la Suma Asegurada corresponde al Saldo insoluto de la deuda contraída por el Asegurado, señalada en el Certificado de Seguro.

Se entiende para efecto de este contrato como Saldo insoluto la suma de principal adeudada por el Asegurado al momento de que ocurra el siniestro.

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.

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.

Para el caso de SM Asistencia se trata de la prestación de un servicio según se define en el 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.

9.- 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.

10.- 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.

11.- 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.

12.- BENEFICIARIO

El beneficiario de esta póliza será el Tomador del Seguro, en su rol de Beneficiario Oneroso - Acreedor. Ello le confiere el derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito según se define en el ámbito de cobertura de este condicionado o el pago de la cuota mensual del crédito en el caso de la cobertura de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal - Asalariado, pero sin exceder de la suma asegurada convenida. Recibida la indemnización, el Tomador deberá aplicar el monto completo de la indemnización al Saldo Insoluto o la Cuota Mensual, según corresponda.

Para el caso de SM Asistencia Dental, al tratarse de la prestación de un servicio según se define en este seguro, la cual se brindará a las personas incluidas como Asegurados en el Certificado de Seguro.

V. OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES

13.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

- a) Declarar todas aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, así como aquellas que lo agraven.
- b) Pagar la prima de acuerdo con lo dispuesto en este contrato.
- c) Comunicar dentro del plazo establecido en la cláusula de Aviso de Siniestro, el acaecimiento del siniestro a LA ASEGURADORA, así como cuando corresponda según la cobertura, aportar la documentación exigida para obtener la indemnización correspondiente.
- d) Cuando participe un intermediario de seguros, el Tomador debe informar a los asegurados sobre ello 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.
- e) En los casos de la inclusión en una póliza colectiva cuando ocurre con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el tomador está obligado a indicar, de forma expresa y clara, si la contratación de la cobertura es obligatoria o si resulta opcional para el asegurado.

14.- 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.

15.- OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL RIESGO

El Tomador y el Asegurado están obligados a declarar a LA ASEGURADORA todos los hechos y circunstancias 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 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.

16.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

La omisión, la reticencia o la falsedad intencional del Tomador y/o Asegurado sobre 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 y/o Asegurado la modificación del contrato o aseguramiento individual, 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 o aseguramiento individual 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 o Asegurado 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.

17.- 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 al Tomador y/o Asegurado.

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

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

VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA

18.- 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.

19.- 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.

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

20.- AVISO DE SINIESTRO

El Tomador 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 o Incapacidad Temporal deberá comunicar dentro del plazo de siete (7) días hábiles siguientes a que el Asegurado quedo desempleado o incapacitado, 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 y presentada la documentación que se detalla en los párrafos siguientes.

21.- DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR

La documentación por presentar ya sea por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, según la cobertura de que se trate, se indica a continuación.

I) Muerte

- a) Aviso del evento sujeto de cobertura.
- b) Fotocopia de la cédula de identidad del fallecido.
- c) Nota del Tomador solicitando el pago por el fallecimiento del Asegurado.
- d) Certificado de defunción expedido por autoridad competente, donde se especifique de forma clara y legible la (s) causa (s) de la defunción.
- e) 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 y en caso de ser requerido por la Aseguradora la historia clínica del Asegurado.
- f) Completar el formulario de presentación de siniestros facilitado POR LA ASEGURADORA.

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) Copia de la solicitud de declaratoria de incapacidad total y permanente requerida a la Comisión Calificadora competente, así como los documentos que fundamentan la solicitud.
- d) 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.

- e) 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.
- f) Autorización para la solicitud de historias clínicas en los diferentes centros médicos donde ha sido atendido el asegurado.

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.

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.

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

El Tomador del seguro y/o Asegurado deberán proceder según se indica a continuación, aportando los siguientes requisitos:

- 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, Fax: (506) 2222-5431, 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 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, Fax: (506) 2222-5431, 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.
- h) Autorización para la solicitud de historias clínicas en los diferentes centros médicos donde ha sido atendido el asegurado, cuando sea requerido por la Aseguradora.

En caso de que Asegurado se mantenga en condición de Incapacidad Temporal por un plazo mayor al indicado en la Certificación médica o boleta de incapacidad aportada, deberá aportar una nueva certificación o boleta con los días adicionales otorgados, como condición previa para continuar recibiendo los beneficios de esta cobertura y sujeto al máximo de cuotas convenidas.

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 de LA ASEGURADORA.

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.

22.- 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 (30) 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. El pago de la indemnización se efectuará en el plazo máximo de treinta (30) días siguientes a la notificación de aceptación de la reclamación.

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 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.

En el caso de la cobertura de Desempleo Involuntario o Incapacidad temporal, una vez cumplido el período de carencia y el deducible, el derecho al beneficio mensual de esta cobertura dará inicio y se prolongará hasta un máximo de 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.

23.- 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.

24.- 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

25.- 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.

26.- 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.

27.- 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 *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 aplicaría 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.

28.- TERMINACION 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 rembolsar la suma recibida.

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

29.- CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) Cuando se indemnice por la Cobertura de Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente.
- b) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima mensual del Asegurado cubierto por esta póliza en el plazo máximo establecido en la cláusula de Plazo de Gracia.
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 el Asegurado 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 del Seguro el Grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente. Asimismo, en el caso de la Cobertura de Desempleo Involuntario, cuando el Grupo Asegurado sea menor a cien (100) personas.
- g) 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).
- ii. El Asegurado cumpla el máximo de meses como desempleado estipulado en el Certificado de Seguro.
- iii. Incapacidad total y permanente del Asegurado.
- iv. 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:

- 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 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.
- iv. 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:

1. Fallecimiento del Asegurado.
2. Incapacidad total y permanente del Asegurado.
3. 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).
4. Cese de la deuda por parte del Asegurado con el Tomador del Seguro.
5. El Asegurado cumpla el máximo de cuotas según lo estipulado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.
6. Si el contrato de seguro no es prorrogado.
7. 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:
 - a. El Tomador del seguro deje de pagar la prima.
 - b. 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.
 - c. 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

30.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

- a) Entregar en el medio designado por el Asegurado para recibir notificaciones el Certificado de Seguro en el que se especificará la descripción y monto de cada una de las coberturas contratadas, así como otra información relevante del seguro.
- 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) Brindar las coberturas establecidas en la póliza en caso de siniestro, según los términos y condiciones regulados en la misma.
- d) Resolver todo reclamo de forma motivada y por escrito, en el término de treinta (30) días naturales a partir del cumplimiento de todos los requisitos. Asimismo, en los casos que aplique, deberá proceder con el pago de la indemnización en el plazo máximo de treinta (30) días naturales posteriores a la notificación de aceptación del reclamo.
- e) 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.

31.- MODALIDADES DE CONTRATACION

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.

32.- ELEGIBILIDAD

Son elegibles aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable cuya edad se ajuste a lo señalado en la cláusula de Edad de Contratación, quienes 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 seis (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 total y permanentemente, temporalmente (excepto por maternidad) o que sea un trabajador independiente o cotice como tal.

En el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal, aplicará lo señalado en dicha cobertura.

33.- EDAD DE CONTRATACION

La edad de emisión para la cobertura básica de Fallecimiento, SM Asistencia y de Incapacidad Total y Permanente será de 15 años sin límite de edad; para la cobertura de Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal será de 18 años sin límite de edad.

Para las coberturas de Fallecimiento 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 y para los asegurados entre edades 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), 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.

34.- VALORACION

De mutuo acuerdo entre las partes, se podrá acordar la práctica de una valoración o tasación si hay desacuerdo respecto del monto de la pérdida al momento de ocurrir el siniestro, lo que se llevará a cabo por uno o más peritos. El costo de los honorarios será cubierto por las partes en idéntica proporción. En caso de que no haya interés o acuerdo respecto de la realización de la valoración, se podrá acudir al procedimiento establecido en la cláusula de Instancia de Resolución de Controversias.

35.- MONEDA

Todos los valores o indemnizaciones – saldo de la deuda 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.

36.- 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 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.

37.- RECTIFICACIÓN

Si el contenido del Seguro o sus modificaciones no concordaren con la solicitud de seguro, el Tomador y/o Asegurado 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.

38.- INCLUSION DE ASEGURADOS

El miembro del grupo asegurable que desee estar cubierto por las coberturas contratadas deberá completar la fórmula suministrada por LA ASEGURADORA, en la que solicita su inclusión en el seguro.

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 establecidas.

Si la solicitud de inclusión es aceptada, LA ASEGURADORA procederá con la emisión del Certificado de Seguro.

Salvo pacto en contrario entre las partes para realizar inclusión automática de miembros del grupo asegurable, lo cual deberá indicarse en las condiciones particulares del seguro, el solicitante quedará amparado a partir de la fecha que se indique en el certificado, siempre y cuando se haya pagado la prima inicial.

39.- REGISTROS

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.

40.- CERTIFICADO DE SEGURO

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 denominado Certificado de Seguro.

41.- 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:

- a. 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%

- b. 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.

- c. 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.

42.- COMISIÓN DE COBRO, INTERMEDIACIÓN Y OTROS

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 Intermediario y al Tomador del seguro. En este último caso 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.

43.- 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.”**

44.- 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.

45.- DERECHO DE RETRACTO

Por la naturaleza de saldo deudor de esta Póliza, no se otorga a los Asegurados ningún derecho de retracto.

46.- 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.

47.- 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.

48.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

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 solicite, 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.

49.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información confidencial que el Tomador, 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.

50.- 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.

X. INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

51.- 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.

52.- JURISDICCION

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre LA ASEGURADORA y el Tomador, Asegurado y/o Beneficiarios, los Tribunales de Justicia de Costa Rica.

XI. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

53.- 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.

54.- 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.

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

55.- 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 P14-40-A02-005 de fecha 01 de julio de 2010.