

1.- PARTES DEL CONTRATO

Entre nosotros **SEGUROS DEL MAGISTERIO, S.A.** cédula jurídica número 3-101-571006, domiciliada en San José, calle primera, avenidas 8 y 10 y (nombre del contratante),(_____) documento de identificación número (_____), hemos convenido en celebrar este contrato de seguro de accidentes familiar de acuerdo con las condiciones generales y particulares que a continuación se estipulan y las declaraciones hechas por el **TOMADOR** en la solicitud que origina este contrato, que es parte integrante de este.

Las condiciones particulares tienen prelación sobre las generales.

2. - COBERTURAS

Siempre que expresamente se indique en las condiciones particulares, que su causa directa y única fuere un accidente cubierto, según se define en el artículo de Definiciones inciso a.- esta póliza cubre los siguientes riesgos:

a) Muerte accidental (básico):

LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en las condiciones particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza y que como consecuencia el asegurado fallezca a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales siguientes de ocurrido el accidente.

b) Incapacidad permanente por accidente:

LA ASEGURADORA pagará la suma correspondiente al asegurado, de conformidad con el grado de incapacidad permanente, basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada a esta póliza y que forma parte integrante de

ella. Se cubre un único accidente durante todo el período de cobertura.

c) Gastos médicos por accidente:

LA ASEGURADORA reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos, razonables y acostumbrados, hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, en que se incurra como consecuencia directa de las lesiones sufridas por el asegurado en uno o varios accidentes hasta agotar la suma asegurada, siempre y cuando estos se originen dentro de los **120 días naturales siguientes a la fecha de su ocurrencia.**

El desembolso por concepto de honorarios médicos en ningún caso excederá el 40% del valor asegurado en gastos médicos. Así también un deducible del 10% ó un deducible mínimo por evento según sea el caso. Este deducible mínimo será actualizado por la Aseguradora en enero de cada año, con base en la variación anual del Índice de Precios de Servicios (IPS), publicado por el Banco Central de Costa Rica con corte al 31 de diciembre del año previo. El monto del deducible mínimo vigente estaría siendo publicado en la página web de la compañía.

d) Asistencia funeraria

LA ASEGURADORA se compromete a prestar a título de indemnización según el monto asegurado contratado, los servicios de asistencia funeraria que comprenden tanto el de funeraria como el de destino final, a través de un proveedor de servicios auxiliares funerarios debidamente registrado. Se cubre la muerte en general, es decir, no está limitada a que sea por accidente.

e) SM Asistencia (cobertura de servicio):

Mediante la presente cobertura SM ASISTENCIA asistirá al Asegurado y sus Dependientes respectivos incluidos en el seguro, ante eventos súbitos y fortuitos que vengán a presentarse en los términos que se detallan a continuación, según el plan de SM Asistencia seleccionado por el Tomador y/o Asegurado, según corresponda. Cabe destacar que esta cobertura consiste en una prestación de servicios, no es el pago en dinero mediante indemnización.

Los servicios aplican única y exclusivamente dentro de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. Esta cobertura de servicios comprende tanto Planes para el Asegurado como para su grupo familiar. Los Planes del grupo familiar son: a) Asegurado más cónyuge o conviviente en unión de hecho; b) Asegurado más cónyuge o conviviente en unión de hecho, e hijos. La información actualizada de los proveedores de servicios de asistencia podrá ser consultada a través en la página Web de LA ASEGURADORA, donde le resolveremos sus dudas: <https://smseguros.cr/contactenos/>.



SM asistenciaSAF_
nov25.docx

3.- ALCANCE DE LA COBERTURA

El seguro cubre todos los accidentes que pudieren ocurrir al Asegurado ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, en su vida particular o mientras estuviere circulando o viajando a pie o a caballo, en bicicleta sin motor o haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo en líneas comerciales autorizadas sujetas a itinerario fijo, o de vehículos particulares propios o ajenos, conduciéndolos o no.

Quedan incluidos en la cobertura los siguientes deportes, ya sea se practiquen como aficionado o profesional: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor, salvo en alta mar, equitación, esgrima, excursiones a montaña por carreteras o senderos, fútbol, gimnasia, golf, balonmano, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), voleibol y polo acuático.

4.- CONTRATO Y OBLIGACION DE ENTREGA

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

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

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

5. – MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

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

6. – 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.

7. – DEFINICIONES

- a) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, es decir, ajenos al control del asegurado principal o dependiente, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, que puedan ser determinadas por un médico.
- a. Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:
- b. Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
- c. La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.
- d. El carbunco o tétano de origen traumático.
- b) **Asegurado principal:** Persona física incluida como tal en las condiciones particulares de la póliza, que haya cumplido con el proceso de emisión del seguro y por la que se haya cancelado la prima correspondiente.
- c) **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- d) **Caza menor:** Forma de caza caracterizada por el tamaño de los animales a capturar que se ejercita sobre piezas de pequeño tamaño tales como la perdiz, la tórtola, el conejo, ciertas aves acuáticas y especies migratorias.
- e) **Certificado de póliza:** Documento en el cual se detalla la cobertura y condiciones particulares del asegurado.
- f) **Coaseguro:** Porcentaje a cargo del Asegurado, el cual se aplica al monto total de los gastos amparados por la cobertura una vez descontado el deducible.
- 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:** El monto fijo o porcentual de gastos que el asegurado debe cancelar de su propio peculio antes de que la aseguradora comience a efectuar pagos de beneficios en virtud de la póliza. Su valor se establece en las condiciones particulares de la póliza y será aplicable respecto de los gastos provenientes de cada accidente que se denuncie a LA ASEGURADORA en forma separada.
- j) **Dependiente:** Se consideran dependientes del asegurado principal:
- a. Su cónyuge siempre y cuando no se encuentre separado de hecho por un plazo mayor a un año.
- b. El conviviente en unión de hecho con aptitud legal para contraer matrimonio siempre y cuando su relación haya sido pública, singular y estable, durante no menos de 3 años. Esa relación se presume interrumpida si media una separación no menor de un año.
- c. Sus hijos, hijastros e hijos de crianza, solteros, de 14 días a cumplir 25 años de edad, o hasta que se casen o convivan en unión libre, lo que ocurra primero.
- k) La edad máxima para contratar el seguro en el caso de la cobertura de muerte accidental para los hijos es de 23 años cumplidos, de conformidad

con lo establecido en el artículo Condiciones de Emisión de estas condiciones generales.

- l) Para las coberturas de gastos por accidente y la funeraria, la edad máxima para contratar el seguro es de 23 años cumplidos para los hijos.
- m) Los nombres aparecerán escritos en las condiciones particulares. La categoría dependiente no implica necesariamente la condición de beneficiario en esta póliza.
- n) **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.
- o) **Fecha de emisión:** Fecha que se indica en el certificado de póliza y en las condiciones particulares, a partir de la cual la póliza entra en vigor.
- p) **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
- q) **Hospital o clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las 24 (veinticuatro) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación de enfermos mentales o tratamiento psiquiátrico, adictos a drogas o alcohólicos.
- r) **Póliza:** Documento que contiene las condiciones

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

- s) **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- t) **Tomador del seguro:** Persona física que firma como solicitante en el formulario solicitud del seguro y con quien la aseguradora ha convenido en emitir la póliza.
 - a. También podrá ser denominado EL CONTRATANTE.
- u) **Periodo de carencia:** Comprende el tiempo a partir de la inclusión del Asegurado en el contrato de seguro durante el cual el seguro no tendrá efecto. Transcurrido este plazo, la cobertura se otorga una vez que ocurra el evento amparado.
- v) **Disputabilidad:** Plazo con el que cuenta LA ASEGURADORA para disputar la validez de las coberturas contratadas en relación con cualquier Asegurado por declaraciones reticentes o inexactas, o enfermedades preexistentes no manifestadas al perfeccionarse el contrato de seguro. El plazo se establece en Condiciones Particulares y/o Generales.

8.- 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 declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la omisión, la falsedad, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador y/o Asegurado ha encubierto por dolo culpa grave, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, lo que deberá ser demostrado por LA ASEGURADORA.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales, se procederá según se indica:

a) LA ASEGURADORA tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al tomador la modificación del contrato, lo que será efectivo a partir del momento en que se conoció el vicio.

Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días hábiles después de su notificación LA ASEGURADORA podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, reintegrando al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

Las sanciones contempladas en este artículo no se aplican si LA ASEGURADORA antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o sí, ya celebrado el contrato, se dedica a subsanarlo o los acepta expresa o tácitamente.

9. EFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

Si el siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, LA ASEGURADORA deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse a EL TOMADOR.

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

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

10- CONDICIONES DE EMISION

La edad de emisión para las coberturas de Muerte Accidental, Incapacidad Permanente por Accidente, Gastos Médicos por Accidente, Asistencia Funeraria y SM Asistencia es de 3 (tres) años sin límite de edad para el asegurado principal y para el cónyuge será de 18 (dieciocho) años sin límite de edad.

El Asegurado Dependiente - hijos en cobertura para Muerte Accidental, Gastos Médicos por Accidente y Asistencia funeraria la edad de emisión es de 14 (catorce) días de nacido a 23 (veintitrés) años de edad. Para SM Asistencia será de 14 (catorce) días sin límite de edad salvo indicación en contrario en algunos servicios.

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

11.- 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.

12.- DISPUTABILIDAD

La Aseguradora se reserva el derecho de disputar en los dos primeros años de vigencia continua de la póliza la ejecución del pago indemnizatorio, según lo dispuesto por el artículo 91 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

El periodo de disputabilidad iniciará:

1. Para cada aseguramiento individual, en la fecha en que son incluidos en la póliza.
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.

13.- PERIODO DE CARENIA

Para la cobertura de Asistencia Funeraria, aplicará un periodo de carencia de 2 (dos) 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.

14. -MODIFICACIÓN DE RIESGO

Si el asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por LA ASEGURADORA como más riesgosa que la declarada al contratar este seguro, LA ASEGURADORA pagará únicamente el porcentaje de las coberturas previstas que la prima pagada hubiese cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por LA ASEGURADORA, para la ocupación más riesgosa.

Si el asegurado cambia su ocupación por otra menos riesgosa la ASEGURADORA al recibo de prueba de esa modificación, reducirá la tasa de prima de acuerdo con la

nueva ocupación, además de que devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de esa prueba, en caso de que este aniversario haya ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación.

Para efecto de esta cláusula, la clasificación de riesgo ocupacional y la tasa de prima serán las vigentes a la fecha en que se acredite el cambio de ocupación.

15. – AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de éste, de un estado físico y/o mental anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el accidente hubiera tenido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante su vigencia.

16. -EXCLUSIONES

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

- a) Los accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos o síncope y los que se produzcan como consecuencia del estado de embriaguez cuyo grado sea superior a cero punto cinco gramos por litro de sangre, o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, somníferos, desinhibitorios o alucinógenos, aun cuando ella sea parcial, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica.
- b) Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- c) Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su

consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.

- d) Accidentes que el Asegurado sufra como consecuencia de su participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, huelga, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- e) Participación activa del asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.
- f) Accidentes producidos directa o indirectamente, próxima o remotamente, por fisión o fusión nuclear.
- g) Accidentes producidos por terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán y en general todo fenómeno de la Naturaleza de carácter catastrófico.
- h) Accidentes que sobrevengan por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.
- i) Cuando el asegurado viaje como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, sujeta a itinerario, operada por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- j) Enfermedades conocidas o diagnosticadas de forma preexistente.
- k) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- l) Tomaínas o infección bacteriana, excepto que se tratare únicamente con una infección piógena que ocurra

simultáneamente con, y a consecuencia de, una cortadura o herida accidental o visible.

- m) 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.
- n) 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.
- o) Abortos, cualquiera que sea su causa.
- p) Fusión o fisión nuclear o radiactiva.
- q) Enfermedades Preexistentes.
- r) 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.

Adicionalmente quedan excluidos los reclamos por tratamientos odontológicos derivados de:

- a- Fracturas dentales donde se evidencie radiográficamente la existencia de caries extensas o profundas previas al evento que hayan provocado el debilitamiento de la (s) pieza (s) dental involucrada (s) en el accidente.
- b- Fracturas o tratamientos donde se evidencie radiográficamente, la existencia endodoncias (tratamientos de nervio) en mal estado; sea por mala praxis o por control bucal inadecuado por parte del asegurado.
- c- Fracturas o tratamientos donde se evidencie radiográficamente, la existencia de tratamientos de coronas, puentes o endodoncias en mal estado sea por mala praxis o por control bucal inadecuado por parte del asegurado.
- d- Reposición de piezas dentales ausentes desde antes del accidente, evidenciado radiográficamente.”

17.- SUMA ASEGURADA

Cobertura muerte accidental

Para el asegurado principal: la suma indicada en las condiciones particulares. Para el cónyuge o conviviente asegurado: (25%) del monto del seguro del asegurado principal. Para hijos, hijastros o hijos de crianza asegurados: (25%) del monto del seguro del asegurado principal.

Cobertura incapacidad permanente

Para el asegurado principal: la suma indicada en las condiciones particulares. Para el cónyuge o conviviente asegurado: (25%) del monto del seguro del asegurado principal.

Cobertura de gastos médicos

- Para el asegurado principal: Hasta un (100%) de la suma asegurada por muerte accidental
- Para el cónyuge o conviviente asegurado: Hasta (100%) de la suma asegurada de muerte accidental respectiva.
- Para hijos, hijastros o hijos de crianza asegurados: Hasta (100%) de la suma asegurada de muerte accidental respectiva.

En esta cobertura el monto mínimo asegurado es un 10% de acuerdo con lo definido en los incisos a), b) y c).

Cobertura de Asistencia Funeraria

Para todos los asegurados: Hasta un (25%) de la suma asegurada por muerte accidental del titular del seguro, sin superar el monto máximo asegurado especificado en las condiciones particulares del seguro.

18. –TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE:

Tipo de incapacidad	Porcentaje del monto asegurado
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100
Por pérdida de ambas manos o ambos pies, o de una mano y un pie.	100
Por pérdida total o irreparable de la visión de ambos ojos, de la audición de ambos oídos o del habla.	100
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.	50
Sordera total e incurable de un oído.	15
Ablación de la mandíbula inferior.	50
MIEMBROS SUPERIORES	
Pérdida total de un brazo.	65%
Pérdida total de una mano.	60
Fractura no consolidada de una mano (seudo artrosis total).	45
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25
Anquilosis del codo en posición funcional.	20
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15
Pérdida total del pulgar	18
Pérdida total del índice.	14
Pérdida total del dedo medio.	9
Pérdida total del anular o el meñique	8
MIEMBROS INFERIORES	
Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie.	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total).	35
Fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis total).	30

Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total).	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm.	15
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 3 cm.	8
Pérdida total del dedo gordo del pie.	8
Pérdida total del otro dedo del pie.	4

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad se deriva de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada, sólo que se hubiera producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por pérdida del dedo entero si se tratará del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratare de otros dedos.

Combinación de Incapacidades:

- a) Por pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100%.

- b) Cuando la incapacidad así establecida llegare al 80%, se considera incapacidad total y se abonará, por consiguiente, el 100% de la suma asegurada.

Lesiones no previstas:

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

Peritaje

Si el asegurado no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecho por LA ASEGURADORA, se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el Asegurado y otro por LA ASEGURADORA. En caso de discordia entre ellos, designarán un tercer perito. Si no hubiere acuerdo con ese nombramiento, el tercer perito médico será designado por el Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Los Peritos deberán practicar la evaluación ateniéndose a lo dispuesto en la Tabla de Indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes. Cada una de éstas pagará los honorarios y gastos de su perito y la mitad de su tercero.

19.- MONTO MÁXIMO DE SEGURO

En ningún caso la suma asegurada por cobertura deberá exceder el límite máximo 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 contratadas con LA ASEGURADORA y será estipulado en las Condiciones Particulares de cada póliza.

20.- BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta póliza 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 tome ineficaz o el seguro quede sin beneficiarios por cualquier causa.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario. Cuando se nombre a un beneficiario menor de edad, su representación se estará a lo dispuesto para la autoridad parental o tutela, según lo regulado en los artículos 140 y 175 del Código de Familia, siguientes y concordantes.

Advertencia:

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

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

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

21.- CAMBIO DE BENEFICIARIOS

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

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

22. - PAGO DE LAS PRIMAS

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

23.- PLAZO DE GRACIA

Se concederá un plazo de gracia de treinta y un días naturales para la cancelación de la prima subsiguiente a la primera, cualquiera que sea la forma de pago convenida.

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

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

24. AJUSTES DE PRIMAS EN LAS PRÓRROGAS.

Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada prórroga, la Aseguradora tiene derecho a ajustar las primas. Dicho ajuste en la tabla de tarifas se realizará en función de: a) Cambios en la Clase de Actividad u Ocupación del grupo asegurado y b) el Porcentaje de la Siniestralidad Presentada.

A. Tarifa base en función de la Clase de Actividad u Ocupación del grupo.

En primera instancia se determinará la *tarifa actuarial en función de la Clase de Actividad u Ocupación que caracteriza el grupo* al término de la vigencia previa inmediata a la 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 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 Clase de Actividad u Ocupación (Tarifa Base), el Ajuste por Siniestralidad Presentada de conformidad con la siguiente fórmula:

Porcentaje de Ajuste por Siniestralidad Presentada = (Porcentaje de siniestralidad presentada / 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 o prórroga de la póliza.

25.- AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado o sus Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a LA ASEGURADORA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, en los formularios que para tal circunstancia le suministrará la ASEGURADORA dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

Si el asegurado no puede realizar personalmente el aviso, podrá hacerlo mediante un apoderado debidamente facultado, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1251, siguientes y concordantes del Código Civil.

En caso de no cumplirse con este requisito por mediar dolo o culpa grave del asegurado o beneficiarios la responsabilidad de LA ASEGURADORA con respecto del asegurado o beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

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

LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento y presentada la documentación que se detalla en los artículos Obligaciones del Asegurado en caso de Accidente y Documentación por Presentar.

26.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Para gozar de los beneficios de esta póliza, el asegurado o sus beneficiarios en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que LA ASEGURADORA estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento, la lesión o lesiones corporales según corresponda, tuvieron su origen, directa y precisamente, en un accidente sujeto a indemnización. En toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción de LA ASEGURADORA y por cuenta del reclamante la ocurrencia del accidente. El asegurado o el beneficiario deben facilitar a la ASEGURADORA todos los informes que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente y los medios empleados para disminuirlas y atenuarlas.

El reclamante deberá presentar a LA ASEGURADORA las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como los comprobantes, originales legalizados de los gastos efectuados. Las facturas de medicamentos deberán acompañarse de las recetas expedidas por el médico tratante, así como las prescripciones de exámenes adicionales.

LA ASEGURADORA podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección del hospital en que se encuentre el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. LA ASEGURADORA tiene derecho, en caso de incapacidad del Asegurado para el trabajo, de verificar ese estado siempre que lo juzgue conveniente, y al Asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por LA ASEGURADORA para este objeto entendiéndose que la negativa del Asegurado autoriza a LA ASEGURADORA para rechazar la reclamación por ese solo hecho a partir de la fecha de la negativa, circunstancia que LA ASEGURADORA comunicará por escrito al Contratante.

LA ASEGURADORA sólo pagará los honorarios razonables y acostumbrados de médicos y enfermeras legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, y los gastos de internación efectuados en sanatorios u hospitales legalmente autorizados.

Cuando la indemnización se efectúe por gastos odontológicos por un accidente se hará utilizando las tarifas aprobadas por el **COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA**. Se indemnizará un máximo por accidente del (25%) del monto asegurado en esta cobertura.

En el caso de sesiones de rehabilitación y/o fisioterapia se reconocerá un máximo de (15) sesiones por accidente, siempre y cuando sea referido por el médico tratante y prestadas por un profesional autorizado.

27.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR

La documentación por presentar ya sea por el asegurado principal o sus beneficiarios designados será de acuerdo con la cobertura de que se trate, según se indica a continuación.

I) Muerte accidental

- a) Formulario de reclamo por fallecimiento suministrado por la aseguradora.

- b) Certificado de defunción extendido por autoridad competente, donde se indique de forma clara y legible la causa de defunción.
- c) Fotocopia de la cédula del fallecido, por ambos lados, vigente y legible.
- d) Fotocopia(s) de la(s) cédula(s) de l(os) beneficiario(s) por ambos lados, vigentes y legibles.
- e) Si hay menores designados como beneficiarios constancia de nacimiento.
- f) Fotocopia de la cédula de quien ostente la patria potestad o tutela del menor por ambos lados, que esté vigente y legible (Este segundo caso presentar documentos que respalden el nombramiento).
- g) Copia certificada de la sumaria.

requerir la copia completa del expediente tramitado por la Comisión Calificadora competente.

II) Incapacidad permanente por accidente

En caso de Incapacidad Total Permanente por accidente (asegurado principal y cónyuge debidamente incluido):

1. Informe de siniestro (formulario), se completa en las oficinas centrales o cualquiera de las sucursales de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional, o remitido digitalmente.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula del tomador y/ o asegurado, vigente y legible.
3. Fotocopia por ambos lados de la cédula asegurado afectado, vigente y legible: cónyuge.
4. En caso de accidente del cónyuge: constancia de matrimonio emitida por el Registro Civil, o bien, Declaración Jurada hecha por un abogado que indique el tiempo de convivencia firmada por dos testigos.
5. Copia certificada del expediente médico, o envío digital (con firma digital) del expediente médico.
6. Certificado original de incapacidad total 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. Queda a criterio de LA ASEGURADORA

III) Gastos médicos por accidente

1. Informe de siniestro (formulario), se completa en las oficinas centrales o cualquiera de las sucursales de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional, o remitido digitalmente.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula del dueño del seguro y del asegurado afectado (si es un dependiente). Que esté vigente y legible.
3. Declaración del Médico (formulario), debidamente lleno, completo, legible, con un solo tipo de letra y un solo color de tinta, sin tachones, borrones, ni sucio o arrugado. Y que esté SELLADO por el médico tratante.
4. Referencias que respalden la realización de exámenes (radiografías, ultrasonidos, resonancias, etc.).
5. Interpretación escrita, de los exámenes realizados al asegurado (radiografías, ultrasonidos, resonancias, etc.).
6. Facturas Electrónicas, canceladas, de todos los gastos médicos a nombre del asegurado afectado.
7. Recetas y prescripciones, que respalden la compra de los medicamentos (nombre y dosis) y artículos de apoyo (cabestrillo, férulas, muletas, etc.).
8. Referencia a fisioterapia por parte del Médico tratante, que indique el número de sesiones recomendadas.
9. Informe del fisioterapeuta a cargo de las sesiones (si se requirió), que indique fecha de cada sesión, tratamiento realizado, avance del paciente, etc.
10. Carta de cierre del caso, para proceder con el análisis y liquidación del siniestro.

11. Otros a juicio del funcionario, según cada caso: (se solicitará en caso de que así se considere durante el análisis).

Adicionalmente, en caso de tratamientos dentales por accidente, además de los puntos: 1, 2, 3,4, 6, 7, y 10, deberán adjuntarse:

- a) Radiografías Panorámicas, o cualquier otra, realizadas al momento de la valoración inicial del paciente.
- b) Diagrama dental debidamente completo, firmado y sellado por el especialista tratante.
- c) Desglose del tratamiento dental realizado: materiales, costo unitario, etc. (Según manual de tarifas del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica)

IV) Asistencia funeraria

- a) Aviso de siniestro ocurrido
- b) Certificado de defunción extendido por autoridad competente, donde se indique de forma clara y legible la causa de defunción.
- c) Fotocopia de la cédula de identidad del asegurado principal, vigente y legible.
- d) Fotocopia de la cédula de identidad del fallecido, vigente y legible.
- e) Indicar centros médicos donde recibió atención médica.
- f) Fotocopia de la cédula del beneficiario o beneficiarios, vigentes y legibles.
- g) Si el fallecido es el cónyuge constancia de matrimonio.
- h) Si es un hijo: constancia de nacimiento.

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 Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional.

28.- 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 del 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.

Si LA ASEGURADORA incurre en mora en el pago de la indemnización, ello generará la obligación de pagar al TOMADOR o beneficiario, según corresponda, los daños y perjuicios, que para efecto de esta cobertura consisten en el pago de intereses moratorios legales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 497 del Código de Comercio.

La obligación de indemnizar de LA ASEGURADORA se extinguirá si acredita que el TOMADOR o asegurado declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación.

En idéntico sentido, si la reclamación y/o los documentos presentados para sustentarlos fuesen en alguna forma fraudulentos, si en apoyo de ellos se utilizan medios o documentos engañosos o dolosos, si el siniestro fuere

causado voluntariamente por el asegurado o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable, se perderá todo derecho a indemnización.

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en las Condiciones Particulares, caso contrario, de acuerdo con lo establecido en el punto b) del artículo de Beneficiarios.

Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se realice una valoración, según lo establecido en el artículo de Valoración o que EL TOMADOR o asegurado reclame la suma adicional por otras vías.

En el recibo de pago, LA ASEGURADORA hará constar cuál es el monto en que no hay acuerdo.

29.- CANCELACION DE LA COBERTURA

Al hacer efectiva la indemnización por la cobertura adicional de incapacidad permanente por accidente, y esta sea igual o superior al 66.67%, se cancelarán la totalidad de coberturas contratadas tanto para el asegurado principal indemnizado como para los asegurados dependientes.

30.- VIGENCIA, PRÓRROGA O RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro tiene una vigencia anual a partir de la fecha de emisión establecida en la Solicitud de Seguro.

Este seguro 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.

31.- TERMINACION ANTICIPADA

Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito

remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

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

32.- CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) En la anualidad más próxima a la fecha en la que el asegurado alcance la edad máxima de cobertura establecida en las condiciones particulares del contrato póliza.
- b) Cuando vencido el año póliza el asegurado decidiera no prorrogarlo o renovarlo.
- c) Cuando el asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
- d) Para los hijos, al cumplir 25 (veinticinco) años de edad o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.
- e) Muerte del asegurado en este caso, también terminará automáticamente para el grupo familiar.

33.- DERECHO DE PROPIEDAD

El asegurado podrá ejercer todos los privilegios y derechos de propiedad bajo esta póliza, lo que comprende el derecho a (1) cambiar al beneficiario sin su consentimiento; (2) ceder en garantía esta póliza; (3) recibir todos los beneficios y ejercer cualquier derecho o privilegio que esta póliza provee. La cesión del contrato de seguro deberá ser comunicada a LA ASEGURADORA en un plazo máximo de treinta días hábiles desde la fecha en que se verifique. La omisión de esta comunicación dará derecho a LA ASEGURADORA para dar por terminado el contrato.

34.- CONVERTIBILIDAD

El asegurado que cancele su seguro después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrá derecho a ser asegurado sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo esta Póliza en cualquiera de los planes de Seguro Individual de accidentes personales o de asistencia funeraria, según corresponda, de los que LA ASEGURADORA promueve, con excepción de aquellos en que el monto asegurado es creciente, siempre y cuando lo solicite dentro del mes, contado a partir de su retiro del seguro. El Seguro Individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, su ocupación en la fecha de la solicitud y sobre prima por salud que tuviere.

35. 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 Resolución de Controversias.

36. ALCANCE TERRITORIAL

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

37.- MONEDA

Todos los valores o indemnizaciones 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.

38.- 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.

39.- DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

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

Las comunicaciones entre las partes se harán por escrito al último domicilio señalado por el asegurado, y en el caso de LA ASEGURADORA en sus oficinas centrales en San José, calle primera, avenida diez.

40.- PRESCRIPCION

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

41.- IMPUESTOS

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

42.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia que surja o se relacione con este contrato, su interpretación y cumplimiento podrá ser sometida de común acuerdo entre las partes para su solución, a alguno de los procedimientos previstos en la

Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social n° 7727 de 9 de diciembre de 1997, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

43.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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 renovación o al momento del pago de indemnizaciones. El incumplimiento de lo anterior será motivo para no emitir la póliza o de no prorrogarla o renovarla, 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.- CONTACTO PARA CONSULTA DE RECLAMOS

Para información acerca del trámite del reclamo, puede contactar a LA ASEGURADORA en los siguientes medios:

Teléfono : 2211-9100

Correo electrónico: indemnizaciones@smseguros.cr

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P 16-33-A02-003 de fecha 28 de julio de 2009.