

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 A LAS COBERTURAS	10
IV. LIMITACIONES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS	12
6.- PERIODO DE COBERTURA	12
7.- ALCANCE TERRITORIAL	12
8.- SUMA ASEGURADA	12
9.- DISPUTABILIDAD	13
10.- SUICIDIO	13
11.- BENEFICIARIOS	13
V. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y TERCEROS RELEVANTES	14
12.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO	14
13.- FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TOMADOR DE SEGUROS	14
14.- OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO	15
15.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS	15
16.- EFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS	15
17.- EFECTO DE LA INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD	16
VI. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA	16
18.- FORMA, PERIODICIDAD Y LUGAR DE PAGO DE PRIMAS	16
19.- PLAZO DE GRACIA	16
VII. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN	16
20.- AJUSTE DE PRIMAS EN LAS PRÓRROGAS O RENOVACIÓN	16
VIII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS	17
21.- AVISO DE SINIESTRO	17
22.- DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR	18
23.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	20
IX. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN	21
24.- VIGENCIA DEL CONTRATO	21
25.- PRÓRROGA DEL CONTRATO	21

26.-	TERMINACIÓN ANTICIPADA	21
27.-	CADUCIDAD DEL SEGURO	21
X.	CONDICIONES VARIAS	22
28.-	OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA.....	22
29.-	MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	22
30.-	ELEGIBILIDAD.....	22
31.-	EDAD DE CONTRATACIÓN.....	22
32.-	VALORACIÓN.....	23
33.-	MONEDA.....	23
34.-	COMISIÓN DE COBRO	23
35.-	PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO COMO TERCERO RELEVANTE	23
36.-	INCLUSIÓN DEL ASEGURADO CON OCASIÓN AL CONSUMO DE UN BIEN O SERVICIO PRINCIPAL	23
37.-	DERECHO DE RETRACTO.....	23
38.-	MODIFICACIONES DEL CONTRATO.....	23
39.-	RECTIFICACIÓN	24
40.-	INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	24
41.-	MIGRACIÓN DE POLIZA Y CONTINUIDAD DE COBERTURA.....	24
42.-	FACULTAD DE CONTRATAR UN SEGURO INDIVIDUAL	24
43.-	CERTIFICADO DE SEGURO	25
44.-	PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS	25
45.-	COMISIÓN DE COBRO	25
46.-	SEGUROS COEXISTENTES	25
47.-	PRESCRIPCIÓN	26
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	27
53.-	DOMICILIO Y COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	27
54.-	MEDIOS PARA OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA COLECTIVA	27
XII.	LEYENDA DE REGISTRO	27
55.-	REGISTRO ANTE SUGESE.....	27

SEGURO VIDA GRUPOS

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 solicitud de seguro.

La suscrita 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

Elibeth Venegas Villalobos
Representante Legal

I. DEFINICIONES

2.- DEFINICIONES

- a) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, que puedan ser determinadas por un médico. Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:
- i. Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.
 - ii. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
 - iii. La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.
 - iv. El carbunco o tétano de origen traumático.
- a. **Alteraciones funcionales:** Cambio en la situación normal de las funciones del órgano afectado.
- b. **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.
- c. **Asegurados dependientes:** Comprende el núcleo familiar que convive o que tiene un interés asegurable con el asegurado principal, que se entiende para efecto de este seguro como el cónyuge o conviviente, padre y/o madre, hermanos y los hijos de acuerdo con los límites de edad establecidos.
- d. **Beneficiario:** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga LA ASEGURADORA.
- e. **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.
- f. **Coaseguro:** Es el porcentaje de los gastos cubiertos que le corresponde asumir al asegurado, después de aplicar el deducible correspondiente.
- g. **Deducible:** Es el importe de los gastos cubiertos que debe asumir el asegurado, antes de la aplicación del coaseguro. Lo anterior de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.
- h. **Declaración falsa:** se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
- i. **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.
- j. **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.
- k. **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.
- l. **Enfermedades Graves:** Se entiende por enfermedad grave, el diagnóstico realizado por un médico especialista acreditado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique con certeza médica que el asegurado padece alguna de las siguientes enfermedades:
- a. Cáncer
 - b. Accidente Cerebro Vascular
 - c. Insuficiencia Renal
 - d. Infarto miocardio

- m. **Enfermedad preexistente:** Aquella condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual un Asegurado ha recibido, en los doce meses previos a la suscripción del seguro, consulta, tratamiento médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos prescritos por un médico.
- n. **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.
- o. **Grupo asegurado:** Personas físicas que han cumplido con los requisitos para ser asegurados y dieron su consentimiento expreso en ese sentido.
- p. **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; 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 permanente, la parálisis total permanente completa de hemicuerpo y del cuerpo entero, la pérdida anatómica o funcional de ambas manos (a nivel de la muñeca), ambos pies (a nivel del tobillo), de una mano y un pie (a nivel de la muñeca y el tobillo), la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable.
- q. **La Aseguradora:** SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
- r. **Lesiones calificadas:** Las establecidas en la tabla de indemnizaciones de la cobertura de fallecimiento accidental.
- s. **Lesiones orgánicas:** Aquellas que afecten la integridad física de una persona de forma general.
- t. **Pérdida:** Inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales, esto para efectos de la cobertura de fallecimiento accidental.
- u. **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 género y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por enfermedad o accidentes a criterio de LA ASEGURADORA.
- v. **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 veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas a media estancia o estancia completa (24 horas).
- w. **Periodo de carencia:** Este período será establecido en las condiciones particulares y 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.
- x. **Periodo de reclamo:** Tiempo durante el cual el Asegurado está desempleado y recibiendo la indemnización.
- y. **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.
- z. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- aa. **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.
- bb. **Tomador del seguro:** Entidad legalmente constituida que contrata esta póliza en representación del Grupo Asegurado, frente al cual La Aseguradora ha convenido en emitir la póliza. También podrá ser denominado EL CONTRATANTE.

II. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

3.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN ESTA POLIZA

Constituyen esta póliza los siguientes documentos los cuales son los únicos válidos para establecer los derechos y obligaciones:

a) La solicitud de inclusión en la que constan las declaraciones del asegurado, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, b) las condiciones generales y particulares y c) la adenda que se suscriban entre las partes.

El orden de prelación de esa documentación serán las condiciones particulares, las condiciones generales, la 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 pagar la indemnización del monto asegurado por la muerte de cada persona asegurada que haya cumplido con el proceso de selección de riesgos y elegibilidad individual.

Además, en caso de fallecimiento se otorgará la opción de un adelanto de la suma asegurada de hasta un 80% del monto máximo de cinco millones de colones (¢ 5.000.000), para los gastos funerarios, según se haya definido en las Condiciones Particulares del seguro.

Las sumas giradas por concepto de gastos funerarios se rebajan del monto asegurado para esta Cobertura de Fallecimiento, quedando a indemnizar por dicha cobertura la diferencia únicamente.

b) Coberturas Adicionales

1) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al Asegurado el monto de la suma asegurada según la opción contratada y detallada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, cuando le sea diagnosticada 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.

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

- a. Un adelanto de hasta un 80% del monto contratado para la Cobertura Básica; o bien,
- b. Un monto adicional al de la Cobertura Básica.

En ningún caso, el monto máximo a indemnizar en esta cobertura podrá superar el monto contratado en la Cobertura Básica.

De contratarse la opción de adelanto de un porcentaje del monto contratado para la Cobertura Básica, la indemnización efectuada bajo esta cobertura disminuirá la suma asegurada disponible para la Cobertura Básica.

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 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.

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

Cancelación de Cobertura

Una vez pagada una indemnización por la cobertura adicional de Incapacidad Total y Permanente, se cancelarán las coberturas contratadas adicionales, tanto para el asegurado titular indemnizado como para los asegurados dependientes, **manteniendo vigente para el asegurado principal la Cobertura Básica de Fallecimiento en caso de que la opción de aseguramiento fuera como adelanto.**

2) FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y LESIONES CALIFICADAS

LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en las condiciones particulares dentro de un plazo máximo de treinta días naturales después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado o sus lesiones corporales establecidas en este clausulado, se produjeron durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

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

Tabla de indemnización por lesiones calificadas

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

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

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

3) 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 en uno o varios accidentes hasta agotar la suma asegurada, siempre y cuando las consecuencias del Accidente se manifiesten dentro de un año, contado a partir de su ocurrencia.

En esta cobertura aplica un coaseguro que podría establecerse entre las siguientes opciones: 0%; 10%; 20%; 30% y 40% del monto del reclamo, según lo escoja el Asegurado en su Solicitud de Seguro. Además, aplica un deducible mínimo de ₡20,000 (Veinte mil colones) o \$USD 40 (Cuarenta dólares) por evento, según corresponda. El deducible mínimo será actualizado por la Aseguradora en el mes de 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 se publicará en la página web de la Aseguradora.

La cobertura opera bajo el sistema de reembolso.

El monto máximo de esta cobertura es un porcentaje del beneficio de Muerte Accidental, que podría establecerse desde un 10% hasta un 50% según se indique en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

El desembolso por concepto de honorarios médicos en ningún caso excederá el 40% del monto asegurado en esta cobertura.

Cuando la indemnización se efectúe por gastos odontológicos incurridos por un Accidente, se indemnizará un máximo del 25% del monto asegurado en esta cobertura, operando como un sublímite anual por año póliza.

En el caso de sesiones de rehabilitación y/o fisioterapia se reconocerá un máximo de quince (15) sesiones por Accidente, siempre y cuando sea referido por el médico tratante y prestadas por un profesional autorizado, siempre que su causa directa y única fuere un Accidente cubierto, ocurran durante la vigencia del contrato, cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos y hayan pagado el valor de la prima correspondiente

4) RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

LA ASEGURADORA pagará la renta asegurada especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, si a consecuencia de una enfermedad o accidente el asegurado es internado en un centro médico autorizado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico y mientras permanezca hospitalizado, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza haya terminado.

Esta cobertura opera por un mínimo de un día de hospitalización, máximo 45 días por evento y un máximo general de 90 días por año póliza.

No opera ni coaseguro ni deducible para esta cobertura.

El monto máximo de esta cobertura se establece hasta 100 mil colones diarios, según se indique en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

5) ENFERMEDADES GRAVES

Mediante esta cobertura, LA ASEGURADORA indemnizará al Asegurado la opción contratada cuando a éste le sea diagnosticada por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, por primera vez una enfermedad grave. Las opciones de indemnización a ser contratadas son las que se muestran a continuación:

- a. Un adelanto de hasta un 80% del monto contratado en la Cobertura Básica; o bien,
- b. Un monto adicional no mayor al 80% del monto contratado para la Cobertura Básica.

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

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

Comprobación de la Enfermedad Grave

El asegurado deberá proveer prueba satisfactoria a LA ASEGURADORA de su enfermedad grave.

Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

LA ASEGURADORA a través del Médico asesor en seguros personales o de cualquier otra autoridad médica que así disponga, revisará los documentos médicos que señalen la condición de enfermedad grave y tendrá la facultad de solicitar información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio que considere conveniente.

Deducción de Cobertura

Cuando LA ASEGURADORA haya realizado un pago bajo la cobertura de Enfermedades Graves, éste será deducido de la Cobertura Básica de Fallecimiento, excepto en el caso que se haya contratado la opción de aseguramiento de monto adicional.

6) GASTOS FUNERARIOS

LA ASEGURADORA se compromete a pagar la suma contratada para esta cobertura en caso de fallecimiento del Asegurado por cualquier causa, cuyo monto máximo será de cinco millones de colones (¢ 5.000.000).

7) COBERTURAS DE SM ASISTENCIA

SM ASISTENCIA es un producto que asiste al Asegurado y sus dependientes incluidos en el seguro, ante eventos súbitos y fortuitos que vengán a presentarse con los servicios que se detallan más adelante. Cabe destacar que esta cobertura consiste en una prestación de servicios, en el que priva el concepto de dar servicios en especie sobre el de indemnización (pago de dinero). El detalle de los servicios a ser brindados mediante esta cobertura se encuentra en el Anexo incorporado al final de las presentes Condiciones Generales.

Tratándose de un producto de servicios, no se realizarán o reintegrarán al cliente valores o pagos por servicios que él contrate directamente por sus propios medios, sin que haya una llamada de solicitud del servicio de SM-Asistencia y por consiguiente una autorización. Los servicios de asistencia se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en este documento se establecen, siempre y cuando haya la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio. 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
SVG_jun26.docx

La información actualizada de los proveedores de servicios de asistencia podrá ser consultada a través del número telefónico +506 2211-9100 o de la página Web de LA ASEGURADORA: <https://smseguros.cr/contactenos/>.

5.- EXCLUSIONES A LAS COBERTURAS

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 y GASTOS FUNERARIOS

- a) **Salvo lo establecido en la cláusula de Disputabilidad y Suicidio, las coberturas de Fallecimiento y Gastos Funerarios no presentan exclusiones.**

Servicio al cliente: 2211-9105

WhatsApp: 8544-0000

contactenos@smseguros.cr

www.smseguros.cr

Exclusiones a la Cobertura de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- a) Fue provocada por el Asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente, bajo los efectos de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra. Sobreviene por la participación del Asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, torero, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.
- b) 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.
- c) 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, torero, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.
- d) 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.
- e) Participación en delitos, duelos y riñas por parte del Asegurado, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- f) 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 FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y LESIONES CALIFICADAS

- 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, desinhibidores 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 cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- d) Lesiones inferidas al asegurado por un tercero con su consentimiento.
- e) 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.
- f) 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.
- g) Accidentes producidos directamente o indirectamente, próxima o remotamente, por fisión o fusión nuclear.
- h) Accidentes producidos por terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán y en general todo fenómeno de la Naturaleza de carácter catastrófico.

- i) 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.
- j) Cuando el asegurado viaje como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, en un vuelo sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- k) Enfermedades conocidas o diagnosticadas de forma preexistente.
- l) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- m) Tomáinas o infección por bacteria, excepto que se trate únicamente con una infección piógena que ocurra simultáneamente con, y a consecuencia de, una cortadura o herida accidental o visible.
- n) 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.
- o) 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.
- p) Abortos, cualquiera que sea su causa.

Exclusiones a la Cobertura de ENFERMEDADES GRAVES

- a) Enfermedades preexistentes según lo dispuesto en la cláusula de Disputabilidad.
- b) Alcoholismo o drogadicción.

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."

IV. LIMITACIONES 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 SM Asistencia las cuales operan solo en territorio costarricense.

8.- SUMA ASEGURADA

El monto de seguro es variable en función de las condiciones de asegurabilidad de cada persona. El monto del beneficio para cada persona será el aceptado expresamente por LA ASEGURADORA e indicado como cobertura en el certificado individual de

 Servicio al cliente: 2211-9105

 WhatsApp: 8544-0000

 contactenos@smseguros.cr

 www.smseguros.cr

seguro. La suma asegurada podrá ser incrementada en cualquier momento, siempre y cuando sea reportada 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 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.

Cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Para todos los Asegurados (Asegurado Principal – Dependientes): Hasta un cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada establecida para el Asegurado Principal en la cobertura de Muerte Accidental, salvo que se trate de gastos odontológicos, según lo que se indica en seguida.

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

Cuando la indemnización se efectúe por gastos odontológicos derivados de un Accidente, se indemnizará un máximo del veinticinco por ciento (25%) del monto asegurado en esta cobertura, operando como un sublímite anual por año póliza.

9.- DISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán disputables por el plazo de dos (2) años con relación a cualquier Asegurado por enfermedades preexistentes, declaraciones reticentes o inexactas, de conformidad con lo establecido en el artículo 91 de la Ley 8956.

La ASEGURADORA podrá convenir con el Tomador del Seguro plazos diferentes de disputabilidad, lo cual deberá establecerse en las Condiciones Particulares.

Cuando la causa de la muerte fuera a consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), este seguro no pagará suma alguna por cualquier reclamo que se presente bajo esta condición durante el periodo de disputabilidad de dos (2) años, contabilizado a partir de la fecha de inclusión del asegurado.

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

10.- 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.

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

11.- 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 los beneficiarios hayan premuerto o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiarios por cualquier causa.

- c) Para los dependientes asegurados incluidos en el seguro el beneficiario será el asegurado principal.

Si designare a dos o más beneficiarios, el Asegurado establecerá la proporción que corresponderá a cada uno. En ausencia de proporción, se entenderá que lo son por partes iguales.

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.

CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de beneficiario siempre que la póliza esté en vigor y no haya restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a LA ASEGURADORA, en el formulario que le será suministrado en las oficinas de Seguros del Magisterio S.A.. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que LA ASEGURADORA pagará el importe del seguro al último beneficiario del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna de su parte. LA ASEGURADORA pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

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

V. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y TERCEROS RELEVANTES

12.- 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.

13.- 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.
- e) Remitir las boletas de inclusión con la designación de beneficiarios, según lo requerido por 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.

14.- OBLIGACION 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.

15.- 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.

16.- 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.

17.- EFECTO DE LA INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

- a) Si la edad verdadera ESTA FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE LA ASEGURADORA, el contrato se considerará nulo.
- b) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y
- c) Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior. Los dos últimos puntos no se aplicarán cuando la prima se establezca por el sistema de tasa promedio o se utilice tarifa para asegurados de edad desconocida.

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 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 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. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN

20.- AJUSTE DE PRIMAS EN LAS PRÓRROGAS 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.

VIII. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS

21.- 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.

Con el fin de dar aviso de la reclamación, LA ASEGURADORA pone a disposición los siguientes medios de comunicación: Teléfono: (506) 2211-9100, correo electrónico: indemnizaciones@smseguros.cr.

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, Tomador y los Beneficiarios 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.

22.- 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) Fallecimiento

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

1. Formulario de reclamo por fallecimiento suministrado por la aseguradora.
2. Certificado de defunción expedido por autoridad competente, donde se especifique de forma clara y legible la (s) causa (s) de la defunción.

Además de los documentos señalados anteriormente, deberán aportarse los siguientes requisitos según corresponda:

Asegurado principal:

3. Fotocopia legible por ambos lados documento de identificación vigente del fallecido.
4. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente de los beneficiarios.
5. Si alguno de los beneficiarios falleció, debe aportarse certificado de defunción emitido por el Registro Civil
6. Constancia de nacimiento de los beneficiarios menores de edad.
7. En caso de que el beneficiario sea menor de edad, se requiere; fotocopia de la cédula de identidad de los tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares. De acuerdo con lo regulado en los artículos 140 y 175 del Código de Familia, siguientes y concordantes.
8. Autorización de los beneficiarios para solicitar historias clínicas. En este documento, deben consignarse todos los centros médicos públicos y privados, donde fue atendido (a) el (la) fallecido (a), días, meses o años previos a su fallecimiento. (se solicitarán historias clínicas, cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales, y la póliza se encuentre en período de disputabilidad).

Dependientes:

Cónyuge:

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

Hijos:

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

Hermanos:

1. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del fallecido.
2. Fotocopia legible por ambos lados del documento de identificación vigente del asegurado principal.

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

Padres:

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

II) Incapacidad Total y Permanente

- a) Formulario de reclamo suministrado por LA ASEGURADORA.
- b) Fotocopia legible por ambos lados del documento de identidad vigente del Asegurado.
- c) Certificado original de incapacidad total y permanente emitido por la Comisión Calificadora competente, indicando el diagnóstico de incapacidad, la fecha a partir de cuándo es aprobada, el porcentaje de impedimento físico otorgado, y que el diagnóstico no es sujeto a revisión. Queda a criterio de LA ASEGURADORA requerir la copia completa del expediente tramitado por la Comisión Calificadora competente.
- d) Autorización para la solicitud de historias clínicas en los diferentes centros médicos donde ha sido atendido el Asegurado, si se encuentra en período de disputabilidad.

III) Fallecimiento accidental y Lesiones Calificadas

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

En caso de fallecimiento accidental, además de los documentos citados en el inciso I) de esta cláusula, debe presentarse:

1. Copia Certificada de la Sumaria del accidente.

En caso de Lesiones Calificadas:

1. Fotocopia por ambos lados del documento de identificación vigente del fallecido o asegurado.
2. Certificado emitido por la entidad competente que respalde las lesiones calificadas.

IV) Enfermedades Graves

1. Formulario de reclamo suministrado por LA ASEGURADORA.
2. Original y copia por ambos lados del documento de identidad vigente del asegurado.
3. Formulario de autorización para consulta de expedientes médicos.
4. Certificado médico, realizado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique claramente el diagnóstico (nombre de la enfermedad grave diagnosticada, según lo estipulado en las definiciones), y la fecha en que se le otorgó el diagnóstico inicial al asegurado.

V) Gastos Médicos por Accidente

1. Informe de siniestro (formulario oficial de LA ASEGURADORA), se completa en las oficinas centrales o cualquiera de las sucursales de la Aseguradora, o remitido digitalmente.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula del asegurado titular y del asegurado afectado (si es un dependiente).
3. Declaración del Médico (formulario oficial de LA ASEGURADORA), 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 CCDCR)

VI) Renta diaria por hospitalización:

- Aviso de siniestro en el formulario suministrado por LA ASEGURADORA.
- Constancia de la hospitalización debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica en la que se detalle el diagnóstico, la causa y los días que permaneció el asegurado hospitalizado.

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.

23.- 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.

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

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

IX. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN

24.- VIGENCIA DEL CONTRATO

Este seguro es anual y entra en vigor desde la fecha de vigencia detallada en las Condiciones Particulares y terminará el día inmediato anterior a la fecha de cada aniversario póliza.

25.- PRÓRROGA DEL CONTRATO

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.

26.- TERMINACIÓN ANTICIPADA

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

De igual forma, LA ASEGURADORA comunicará a los asegurados, con al menos treinta (30) 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.

27.- 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 Permanente.
- b) Cuando vencido el año póliza el TOMADOR decidiera no prorrogarlo.
- c) Cuando el Asegurado dejare de pertenecer al Grupo Asegurado.
- d) En el caso de que el cónyuge o conviviente o algún otro asegurado dependiente se encuentre asegurado, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado o fallezca.
- e) Para los hijos, al cumplir (25) veinticinco años o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.

- f) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- g) Cuando en el momento de la prórroga de la póliza el grupo asegurado sea inferior a cincuenta (50) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente.

X. CONDICIONES VARIAS

28.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

- a) Entregar en el medio designado por el Tomador y/o Asegurado para recibir notificaciones las Condiciones Particulares y/o 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 Tomador y/o 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.

29.- MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

La modalidad de contratación de este seguro podrá ser cualquiera de las siguientes:

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

30.- 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.

31.- EDAD DE CONTRATACIÓN

La edad de emisión para el asegurado principal es de quince (15) años sin límite de edad.

El asegurado dependiente cónyuge para las coberturas de muerte, gastos funerarios, enfermedades graves, gastos médicos, renta diaria por hospitalización y SM Asistencia, la edad de emisión es de quince (15) años sin límite de edad.

El asegurado dependiente hijos en cobertura para muerte, gastos funerarios, enfermedades graves, gastos médicos, renta diaria por hospitalización y SM Asistencia, la edad de emisión es de 15 (quince) días de nacido y hasta veintitrés (23) años de edad. Después de que un hijo dependiente haya cumplido los 24 (veinticuatro años) podrá continuar asegurado, pero aplicando ya no la tarifa de hijos sino la tarifa establecida para el asegurado principal.

El asegurado dependiente padre y/o madre y hermano en cobertura para muerte, gastos funerarios y SM Asistencia, la edad de emisión es de 35 (treinta y cinco) y 15 (quince) años respectivamente sin límite de edad.

Para todas las coberturas -excepto SM Asistencia- 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) los asegurados deben encontrarse en buen estado de salud, caso contrario deberá completar la respectiva declaración de salud, formulario que será suministrado por LA ASEGURADORA.

32.- VALORACIÓN

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

33.- 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.

34.- COMISIÓN DE COBRO

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

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

35.- 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.”**

36.- 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.

37.- DERECHO DE RETRACTO

En esta póliza, no se otorga a los Asegurados ningún derecho de retracto.

38.- 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 la cláusula de Domicilio y Comunicaciones entre las Partes, con al menos un mes de previo a la fecha de la modificación del contrato, a efecto de que sus intereses no se vean afectados.

39.- 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.

40.- INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

El miembro del Grupo asegurable debe completar la fórmula suministrada por LA ASEGURADORA, en la que solicitan su inclusión en el seguro, **deben encontrarse en buen estado de salud, caso contrario, deben completar la respectiva declaración de salud, formulario que será suministrado por LA ASEGURADORA.** También deberá llenar la designación de beneficiarios, lo cual debe quedar respaldado por su firma. LA ASEGURADORA dentro de un plazo que no excederá de treinta días naturales comunicará la aceptación o rechazo de la solicitud y de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad respectivas.

Si la solicitud de inclusión es aceptada LA ASEGURADORA lo incluirá en el registro de asegurados y generará el Certificado de Seguro que se le hará llegar al Asegurado, mediante el contratante, el intermediario o al lugar o medio señalado para notificaciones, salvo en los seguros de vigencia menor o igual a un mes, que por ser su cobertura destinada a eventos de carácter masivo se hace imposible la entrega de un certificado, por tanto el comprobante de aseguramiento será la lista que entregue el contratante al momento de la suscripción y pago del seguro.

41.- MIGRACIÓN DE POLIZA Y CONTINUIDAD DE COBERTURA

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

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

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

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

Es requisito indispensable el envío a LA ASEGURADORA del último listado emitido por la compañía de la cual es trasladado el grupo, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales con la siguiente información: nombres, apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura, sobreprimas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados. Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de los valores asegurados sobre los iniciales requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares. Se otorgará la continuidad de cobertura descrita anteriormente, bajo la garantía suministrada por EL TOMADOR DEL SEGURO de informar los riesgos que han sido extra primados por la compañía anterior, a fin de aplicar estas extra-primas en el cobro de la nueva póliza.

42.- FACULTAD DE CONTRATAR UN SEGURO INDIVIDUAL

Los asegurados que se separen del Grupo Asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de Seguro Individual 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 grupo. 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 sobreprima por salud que

tuviere. La facultad anterior no es sinónimo del privilegio de conversión que se regula en el Reglamento sobre Seguros Colectivos, el cual no aplica en este seguro.

43.- 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.

44.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

Según los términos definidos con EL TOMADOR DEL SEGURO en las condiciones particulares, se pueden distribuir beneficios por baja siniestralidad al finalizar cada año póliza. Para realizar la participación de beneficios se procederá de conformidad con el siguiente procedimiento, en el que cada rubro será expresado en colones, por lo que los montos correspondientes a las pólizas en dólares deberán ser convertidos a colones según el tipo de cambio de venta publicado por el Banco Central de Costa Rica, 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.

De corresponder, el pago de la utilidad se efectuará según los siguientes porcentajes:

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 un 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.

45.- COMISIÓN DE COBRO

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

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 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 soliciten, tanto al inicio de la póliza, su prórroga o al momento del pago de indemnizaciones. El incumplimiento de lo anterior será motivo para no emitir la póliza o de no prorrogarla, según corresponda.

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, 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.

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 al domicilio señalado por el Tomador y/o Asegurado, y en el caso de LA ASEGURADORA en sus oficinas centrales en, San José, sobre calle primera, entre avenidas 8 y 10, identificada con rótulo que indica SM Seguros, con ingreso sobre calle primera, o bien, al medio señalado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

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 P14-26-A02-006 de fecha 21 de agosto de 2009.