

Seguros del Magisterio S.A.

Seguro de Protección Familiar Plus

**Código de producto: P14-24-A02-151
(Versión 5)**

Fecha de registro V5: 30-abr-15

Oficio de solicitud de registro V5: SM-GG-060-2014

1.- PARTES DEL CONTRATO

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

Las condiciones particulares tienen prelación sobre las generales.

2. COBERTURA

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

a) Seguro de vida ordinario sobre la vida del tomador (cobertura básica) y su cónyuge. La **ASEGURADORA** pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en las condiciones particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura.

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

c) Enfermedades Graves

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

d) Incapacidad total y permanente

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

f) Fallecimiento accidental y beneficios por lesiones calificadas

siempre que tales hechos ocurran durante la vigencia del contrato, cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos y hayan pagado el valor de la prima correspondiente.

3. CONTRATO Y OBLIGACION DE ENTREGA

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

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

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

4. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

Los cambios que se hagan deberán ser comunicados al asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en el artículo 41.

5. RECTIFICACIÓN

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

6. REPOSICIÓN DE ESTE CONTRATO

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

7. DEFINICIONES

- a. **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.
- b. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- c. **Certificado de póliza:** Documento en el cual se detalla la cobertura y condiciones particulares del asegurado.
- d. **Declaración falsa:** se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
- e. **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.

- f. **Dependiente:** Se consideran dependientes del asegurado principal:
 - 1) Su cónyuge siempre que no se encuentre separado de hecho por un plazo mayor a un año.
 - 2) 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.
 - 3) Sus hijos, hijastros e hijos de crianza, solteros, de 14 días a 21 años de edad, para ser incluidos en el seguro y se mantendrán asegurados hasta que se casen o convivan en unión libre o cumplan 25 años, lo que ocurra primero.

La edad máxima para contratar el seguro se determinará de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de éstas condiciones generales.

Los nombres de los dependientes aparecerán escritos en la solicitud de seguro. La categoría dependiente no implica necesariamente la condición de beneficiario en esta póliza.

- g. **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
- h. **Fecha de emisión:** Fecha que se indica en certificado de póliza y en las condiciones

particulares, a partir de la cual la póliza entra en vigor.

- i. **Póliza:** Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de ésta las condiciones generales y particulares de la modalidad que se contrate, los adenda que se emitan para complementar o modificarla, así como la solicitud de inclusión en el seguro, la declaración de salud, las pruebas médicas y cualquier otro documento relacionado con las condiciones del asegurado, contratante u otro que así se indique expresamente en las condiciones particulares.
- j. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- k. **Tomador del seguro:** Persona física que firma como solicitante en el formulario solicitud del seguro y con quien la aseguradora ha convenido en emitir la póliza.

También podrá ser denominado como EL CONTRATANTE.

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

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

8. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y VIGENCIA DEL SEGURO

El contrato de seguro se perfeccionará con la aceptación de LA ASEGURADORA de la solicitud de

seguro hecha por el asegurado principal, lo que deberá hacer dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días naturales a partir de su fecha de recibo. La omisión de LA ASEGURADORA de pronunciarse en ese plazo, implicará que la solicitud se entiende aceptada a favor del TOMADOR DEL SEGURO O ASEGURADO.

Este seguro entra en vigor l desde la fecha de emisión de esta póliza, según se detalla en las condiciones particulares y/ certificado póliza, una vez recibido el pago de la prima inicial y terminará el día inmediato anterior a la fecha del primer aniversario de ella.

9.- PRORROGA DEL CONTRATO

Este contrato podrá ser prorrogado de forma tácita si EL TOMADOR O ASEGURADO cancela la prima determinada técnicamente al momento de la prórroga.

10.- PERIODO DE COBERTURA

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

11.- OMISIONES DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13.- DISPUTABILIDAD

La suma contratada para el Beneficio de Muerte será disputable con relación a cualquier asegurado que falleciere en los dos primeros años de vigencia de su seguro, como consecuencia de alguna enfermedad, estado o condición física o mental, lesión o accidente, del cual tuviere conocimiento en el momento de la suscripción de este seguro; por la que estuvo sometido a tratamiento, fue diagnosticada por un médico, fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado o terceras personas.

De igual forma, sí 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 y suicidio, por el incremento correspondiente.

Transcurridos los períodos indicados, el beneficio de muerte será indisputable excepto por falta de pago de la prima.

14. CONDICIONES DE EMISION

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

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

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

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

15. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA

EDAD

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

1. Si la edad verdadera **ESTA FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE LA ASEGURADORA**, el contrato se considerará nulo. LA ASEGURADORA está obligada a

informar al asegurado las edades límites a las que este inciso hace referencia previo a la suscripción del contrato.

2. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y
3. Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

16. 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 que por su seguro hubiere recibido. Ese reintegro se hará al TOMADOR DEL SEGURO o a los beneficiarios designados, según corresponda.

17. OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO

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

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

18. EXCLUSIONES

Este seguro no amparará el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado principal o sus dependientes asegurados se producen como consecuencia de alguna de las situaciones siguientes.

- a) Como consecuencia del estado de embriaguez cuyo grado sea superior a cero punto cinco gramos por litro de sangre, o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, somníferos, desinhibitorios o alucinógenos, aún cuando ella sea parcial, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica.
- b) Participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado, sus dependientes o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- c) 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.
- d) Participación activa en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.

- e) Fisión o fusión nuclear.
- f) Participación del asegurado o sus dependientes en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, motociclismo, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.

19. SUMA ASEGURADA

Para el asegurado principal: la suma indicada en las condiciones particulares.

Para el cónyuge o conviviente asegurado: cincuenta por ciento del monto del seguro del asegurado principal.

Para hijos, hijastros o hijos de crianza asegurados: quince por ciento del monto del seguro del asegurado principal

20. MONTO MÁXIMO DE SEGURO

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

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

21. 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 torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiarios por cualquier causa.

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

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

22. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de beneficiario siempre que la póliza esté en vigor y no haya restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a LA ASEGURADORA, en el formulario que le será suministrado en las oficinas de Seguros del

Magisterio. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que LA ASEGURADORA 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.

23. 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.

Para que el seguro entre en vigor en forma inmediata el asegurado debe pagar la prima a LA ASEGURADORA, en el momento de su aseguramiento.

24. PLAZO DE GRACIA

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

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

Si la prima no es pagada antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato, siguiendo el procedimiento definido en el artículo 32

inciso a) y LA ASEGURADORA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de ese plazo.

25. AVISO DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

26.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR

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

I) Muerte y muerte accidental

- Aviso de siniestro ocurrido
- Certificado de defunción original extendido por Registro Civil y que indique la causa de defunción
- Original y fotocopia de la cédula del fallecido
- Original (es) y fotocopia(s) de la(s) cédula(s) de l(os) beneficiario(s)
- Si hay menores designados como beneficiarios constancia de nacimiento.
- Original y fotocopia de la cédula de quien ostente la patria potestad o tutela del menor (Este segundo caso presentar documentos que respalden el nombramiento)
- Si es muerte accidental copia certificada de la sumaria.

II) Incapacidad total y permanente

- Aviso de siniestro ocurrido
- Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnóstico de incapacidad y la fecha a partir de cuándo es efectiva
- Copia de la acción de personal
- Original y copia de la cédula de identidad del asegurado
- Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica

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

- Aviso de siniestro ocurrido
- Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnóstico de incapacidad y la fecha a partir de cuándo es efectiva.
- Copia de la acción de personal.

- Original y copia de la cédula de identidad del asegurado.
- Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

IV) Enfermedad Grave

- Solicitud de indemnización
- Original y copia del documento de identidad vigente del asegurado.
- Formulario de autorización para consulta de expedientes médicos.
- Certificado médico extendido por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión que indique el diagnóstico de la enfermedad grave.

En el caso de documentos emitidos en el extranjero, deben presentarse debidamente legalizados por las Autoridades consulares correspondientes.

Los requisitos antes mencionados deberán presentarse en oficinas centrales o Sucursales de LA ASEGURADORA en un plazo máximo de noventa días hábiles posterior al evento.

27. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

Los pagos correspondientes a las indemnizaciones de que trata esta póliza, serán hechos por LA

ASEGURADORA después de recibir y aprobar la documentación completa, incluyendo las pruebas legales y médicas relativas al siniestro.

LA ASEGURADORA estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante LA ASEGURADORA y haya presentado la documentación exigida para ese efecto.

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

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

En idéntico sentido, si la reclamación y/o los documentos presentados para sustentarlos fuesen en alguna forma fraudulentos, si en apoyo de ellos se utilizan medios o documentos engañosos o dolosos, si el siniestro fuere causado voluntariamente por el asegurado o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable, se perderá todo derecho a indemnización.

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en las Condiciones Particulares, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) del artículo 21 de las Condiciones Generales.

Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se realice una valoración, según lo establecido en el artículo 31 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.

28. TERMINACION ANTICIPADA

Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por el asegurado principal 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 reembolsar la suma recibida.

29.- RENOVACIÓN DE COBERTURAS ADICIONALES

Las coberturas adicionales son anuales renovables y si el tomador del seguro no manifestare su opinión en contrario con una anticipación de al menos treinta (30) días naturales a su vencimiento, éstas se renovarán automáticamente por igual período.

En cada renovación, LA ASEGURADORA podrá establecer nuevas condiciones en cuanto a las primas, previa comunicación por escrito al tomador con una anticipación de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de renovación, de acuerdo con la tarifa según la edad actuarial del asegurado.

Esta nueva prima, si correspondiere, deberá ser pagada anticipadamente. Para ese efecto, se entenderá por edad actuarial a la correspondiente al

cumpleaños más próximo del asegurado, ya sea pasado o futuro.

En caso de haber comunicado un cambio en las condiciones de renovación, solo se entenderá renovada la póliza por un nuevo período si la prima así establecida es pagada en la oportunidad que corresponda de acuerdo con la frecuencia de pago estipulada originalmente. Si la prima de renovación no es pagada en su totalidad en la oportunidad correspondiente o dentro del período de gracia se entenderá no renovada la póliza, terminando la responsabilidad de LA ASEGURADORA en la fecha de expiración de la cobertura, y LA ASEGURADORA devolverá cualquier suma recibida que no corresponda a prima adeudada por cobertura ya otorgada.

Las condiciones económicas de la renovación dependerán del resultado de la experiencia siniestral.

30.- RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro es anual renovable y si el tomador del seguro o asegurado no manifestare su opinión en contrario, la póliza se renovará automáticamente por igual período.

En cada renovación, LA ASEGURADORA podrá establecer nuevas condiciones en cuanto a las primas, previa comunicación por escrito al tomador o asegurado con una anticipación de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de renovación, de acuerdo con la tarifa según la edad actuarial del asegurado.

En caso de haber comunicado un cambio en las condiciones de renovación, solo se entenderá renovada la póliza por un nuevo período si la prima así establecida es pagada en la oportunidad que corresponda de acuerdo con la frecuencia de pago estipulada originalmente.

Si la prima de renovación no es pagada en su totalidad en la oportunidad correspondiente o dentro del período de gracia se entenderá no

renovada la póliza, terminando la responsabilidad de LA ASEGURADORA en la fecha de expiración de la cobertura, y LA ASEGURADORA devolverá cualquier suma recibida que no corresponda a prima adeudada por cobertura ya otorgada.

Las condiciones económicas de la renovación dependerán del resultado de experiencia siniestral.

31.- 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 45.

32. CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) Cuando el asegurado principal deje de pagar la prima acordada en el plazo establecido en el artículo 24.
En este caso, LA ASEGURADORA notificará al TOMADOR DEL SEGURO y a los asegurados esta decisión en el medio o lugar señalado para atender notificaciones dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que incurrieron en mora.
- b) Cuando el asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
- c) Muerte del asegurado principal. En este caso, también terminará automáticamente para el grupo familiar.

- d) Para los hijos, hijastros o hijos de crianza al cumplir (25) veinticinco años de edad, al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.

Sin embargo, si el hijo dependiente es sujeto de seguro podrá convertirlo de acuerdo con la edad alcanzada, hasta por el mismo monto a la fecha de la conversión, sin presentar evidencia de asegurabilidad y bajo uno de los planes de vida vigentes, según las tarifas aplicables en la fecha de conversión.

33. PRÉSTAMOS SOBRE LA PÓLIZA

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

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

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

34. RESCATE DE LA PÓLIZA POR SU VALOR EN EFECTIVO

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

La ASEGURADORA deberá cancelarle al asegurado principal ese monto dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contabilizados a partir de la recepción de su solicitud.

Si el asegurado renuncia al seguro antes del plazo indicado, no tiene derecho a ninguna suma por concepto de devolución.

35. 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.

36. REHABILITACIÓN

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

La rehabilitación estará sujeta a:

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

b) Al sometimiento de evidencia de asegurabilidad, incluyendo evidencia de buena salud, a satisfacción de la **ASEGURADORA**, en cuyo caso el gasto incurrido al someter esa evidencia será sufragado por el solicitante. Es obligación de los asegurados someter evidencia fehaciente de que goza de buena salud a la fecha de rehabilitación, entendiéndose por ello, evidencia certificada de todos los médicos que

han atendido a los asegurados durante el período comprendido entre la fecha del último pago de prima y la fecha que solicitó por escrito la rehabilitación.

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

La **ASEGURADORA** se reserva el derecho de someter a examen médico a una o varias personas cubiertas por este seguro. Cumplido todo lo anterior se rehabilitará la póliza mediante aviso que cursará la **ASEGURADORA**. Para efecto de los artículos 13 y 16 (**disputabilidad y suicidio**) el término comenzará a regir nuevamente a partir de la fecha de la rehabilitación.

37. COSTO PARA PROVEER EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

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

38. ALCANCE TERRITORIAL

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

39. MONEDA

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

El recibo será el comprobante de pago de las primas del seguro.

40. JURISDICCION

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

41. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

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

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

42. PRESCRIPCIÓN

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

43. 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.

44. 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.

45. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Costa Rica, sobre el tema de prevención de legitimación de capitales, el (los) asegurado (s) y el (los) beneficiario (s), se obligan con LA ASEGURADORA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue, a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, de su renovación y al momento del pago de indemnizaciones.

La omisión de completar esa información será motivo para no emitir la póliza o de no renovarla según corresponda.

46. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

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

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

De igual modo, queda a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario

exponer ante cualquier autoridad competente, pero queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto.

47. 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.

48.- CONTACTO PARA CONSULTA DE RECLAMOS

Para información sobre consultas en general o del trámite del reclamo, puede contactar a LA ASEGURADORA en los siguientes medios:

Teléfono : 2211-9102
Fax : 2222-5431
Correo electrónico:
indemnizaciones@segurosdelmagisterio.com

Gerente General
Seguros del Magisterio S.A.

Firma del profesional responsable de la elaboración del dictamen jurídico que sustenta el presente documento:



Documento suscrito mediante firma digital

Lic. Rodrigo Aguilar Moya

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, ley 8653, bajo el registro número P14-24-A02-151 de fecha 21 de mayo del 2010”.

CLAUSULA DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza y en adición a lo expresado en ellas, esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro protección familiar plus, se toma en conjunto con la cobertura de adelanto de pago de primas ante incapacidad total y permanente y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por sus condiciones generales. Sin embargo, si hubiese una contradicción entre las condiciones de la póliza y las de ésta cláusula o si las condiciones que a continuación se estipulan son diferentes, prevalecerán las siguientes:

1.- COBERTURA

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al asegurado un monto equivalente a dos veces la suma asegurada de la cobertura básica de muerte, en un solo tracto cuando dentro de la vigencia le sea diagnosticada una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente, estructurada dentro de la vigencia de la póliza, que de por vida le impidan a la persona, desempeñar las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.

El “Beneficio de incapacidad total y permanente” será la diferencia entre el monto de esta cobertura y el del beneficio de “Adelanto de pago de primas ante incapacidad total y permanente”.

Para tal efecto, la ASEGURADORA calculará el valor presente de las primas futuras de la cobertura básica de muerte del asegurado principal, su cónyuge y sus hijos (si éstos todavía son sujetos de seguro) e indemnizará al asegurado el monto resultante de restar a la suma asegurada detallada en las condiciones particulares, el monto

que se debe aplicar por concepto de adelanto del pago de primas.

2.- DEFINICIONES

Para efecto de esta cláusula se entiende:

- a) **Alteraciones funcionales:** Cambio en la situación normal de las funciones del órgano afectado.
- b) **Incapacidad total y permanente:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que lo imposibilite para realizar actos esenciales de su propia ocupación o de cualquier otra para la que esté razonablemente capacitado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

También se considera como incapacidad total y permanente, la parálisis total permanente completa de hemicuerpo y del cuerpo entero, la pérdida anatómica o funcional de ambas manos (a nivel de la muñeca), ambos pies (a nivel del tobillo), de una mano y un pie (a nivel de la muñeca y el tobillo), la pérdida total e irre recuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irre recuperable.

En todos estos casos, se considerará que para los efectos de esta cobertura, está suficientemente probada la incapacidad, sin que el asegurado deba proveer más pruebas de ella, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en dicho estado de incapacidad permanente.

- c) **Lesiones orgánicas:** Aquellas que afecten la integridad física de una persona de forma general.

3.- CONDICIONES PARA DISFRUTAR DE LA COBERTURA

Para gozar de esta cobertura deberán concurrir las siguientes condiciones:

- a) Haber transcurrido al menos seis (6) meses, es decir, 180 días naturales desde la fecha en que ocurrió la incapacidad total y permanente.
- b) Continuar permanentemente inválido a la fecha en que el beneficio se hace efectivo.
- c) Presentar el asegurado, a su costa, cuando la aseguradora lo solicite, pruebas suficientes de estar y continuar permanentemente incapacitado.

4.- EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contempladas en las condiciones generales del contrato póliza, esta cobertura no amparará el reclamo si la incapacidad total y permanente:

- a) Fue provocada en forma dolosa o culposa por el asegurado ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, cualquiera sea la época en que ocurra.
- b) Fue provocada por un tercero con el consentimiento del asegurado.
- c) No persiste por un periodo continuo de al menos ciento ochenta (180) días naturales, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente.
- d) 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.
- e) Sea consecuencia de la participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier

maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

- f) Derive de la práctica o el desempeño de cualquier actividad que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, como ser la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, toreo, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.
- g) Se produce si el asegurado viaja como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, en un vuelo sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

5.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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 que haya lugar a indemnización por esta cobertura el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral debe ser superior al 66.67%.

6.- CONTINUIDAD DE LA INCAPACIDAD

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

7.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará cuando se dé la terminación de la cobertura principal del contrato de seguro, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto en las condiciones generales sobre la caducidad del seguro.

8.- DISPUTABILIDAD

Esta cobertura es disputable durante los primeros dos años contabilizados a partir de su vigencia..

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza y en adición a lo expresado en ellas, esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro protección familiar plus y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por sus condiciones generales. Sin embargo, si hubiese una contradicción entre las condiciones de la póliza y las de ésta cláusula o si las condiciones que a continuación se estipulan son diferentes, prevalecerán las siguientes:

1.- COBERTURA

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 la cláusula 3, se produjeron durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

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

2.- DEFINICIONES

Para efecto de esta cláusula se entiende:

- a) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, que puedan ser determinadas por un médico. Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- i. Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.
- ii. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
- iii. La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.
- iv. El carbunco o tétano de origen traumático.

- b) **Lesiones calificadas:** Las establecidas en la tabla de indemnizaciones de esta cobertura.

- c) **Pérdida:** Inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

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

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

4.- EXCLUSIONES:

Las indemnizaciones previstas en esta cláusula 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, deshinibitorios o alucinógenos, aún 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) Tomaiñas o infección bacterica, 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.
 - q) Fusión o fisión nuclear o radiactiva.

5.- DERECHO DE EXAMEN

LA ASEGURADORA se reserva el derecho a examinar al asegurado cuando fuere necesario, al tramitarse algún reclamo planteado por esta cobertura.

6.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará cuando se dé la terminación de la cobertura principal del contrato de seguro, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto en las condiciones generales sobre la caducidad del seguro.

7.- DISPUTABILIDAD

Esta cobertura es disputable durante los primeros dos años contabilizados a partir de su vigencia.

**COBERTURA DE ADELANTO DE PAGO DE PRIMAS ANTE
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza y en adición a lo expresado en ellas, esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro protección familiar plus, se toma en conjunto con la cobertura de incapacidad total y permanente y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por sus condiciones generales. Sin embargo, si hubiese una contradicción entre las condiciones de la póliza y las de ésta cláusula o si las condiciones que a continuación se estipulan son diferentes, prevalecerán las siguientes:

1. COBERTURA

En los casos en que se acuerde la no extinción del contrato ante la indemnización por incapacidad total y permanente, LA ASEGURADORA eximirá del pago de primas y el seguro continuará en vigor sin modificación alguna respecto de la suma asegurada..

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

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

2. DEFINICIONES

Para efecto de esta cláusula se entiende:

- a) **Alteraciones funcionales:** Cambio en la situación normal de las funciones del órgano afectado.
- b) **Incapacidad total y permanente:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que lo imposibilite para

realizar actos esenciales de su propia ocupación o de cualquier otra para la que esté razonablemente capacitado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

También se considera como incapacidad total y permanente, la parálisis total permanente completa de hemicuerpo y del cuerpo entero, la pérdida anatómica o funcional de ambas manos (a nivel de la muñeca), ambos pies (a nivel del tobillo), de una mano y un pie (a nivel de la muñeca y el tobillo), la pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irreparable. En todos estos casos, se considerará que para los efectos de esta cobertura, está suficientemente probada la incapacidad, sin que el asegurado deba proveer más pruebas de ella, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en dicho estado de incapacidad permanente.

- c) **Lesiones orgánicas:** Aquellas que afectan la integridad física de una persona de forma general.

3.- CONDICIONES PARA DISFRUTAR DE LA COBERTURA

Para gozar de esta cobertura deberán concurrir las siguientes condiciones:

- a) El asegurado no haya cumplido la edad máxima de cobertura a la fecha de sufrir la incapacidad total y permanente.
- b) Haber transcurrido al menos seis (6) meses, es decir, 180 días naturales desde la fecha en que ocurrió la incapacidad total y permanente.
- c) Continuar permanentemente inválido a la fecha en que el beneficio se hace efectivo.
- d) Presentar el asegurado, a su costa, cuando la aseguradora lo solicite, pruebas suficientes de estar y continuar permanentemente incapacitado.

4.- EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contempladas en las condiciones generales del contrato póliza, la presente cobertura no amparará el reclamo si la incapacidad permanente:

- a) Fue provocada en forma dolosa o culposa por el asegurado ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, cualquiera sea la época en que ocurra.
- b) Fue provocada por un tercero con consentimiento del asegurado.
- c) No persiste por un periodo continuo de al menos ciento ochenta (180) días, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente.
- d) 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.
- e) Sea consecuencia de la participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- f) Derive de la práctica o el desempeño de cualquier actividad que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, como ser la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, toreo, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, ae-

ronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.

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

5.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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 que haya lugar a indemnización por esta cobertura el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral debe ser superior al 66.67%.

6.- CONTINUIDAD DE LA INCAPACIDAD

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

7.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará cuando se dé la terminación de la cobertura principal del contrato de seguro, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto en las condiciones generales sobre la caducidad del seguro.

8.- DISPUTABILIDAD

Esta cobertura es disputable durante los primeros dos años contabilizados a partir de su vigencia..

COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza y en adición a lo expresado en ellas, esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro protección familiar plus y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por sus condiciones generales. Sin embargo, si hubiese una contradicción entre las condiciones de la póliza y las de ésta cláusula o si las condiciones que a continuación se estipulan son diferentes, prevalecerán las siguientes:

1.- COBERTURA

LA ASEGURADORA adelantará un 50% del monto contratado en la cobertura básica cuando al asegurado le sea diagnosticada por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, por primera vez una enfermedad grave.

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

2.- EXCLUSIONES

Esta cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre ninguna enfermedad grave o lesión del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Enfermedades preexistentes.**
- b) Alcoholismo o drogadicción.**
- c) Una infección que sea consecuencia directa o indirecta del SIDA.**

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

3.- EDAD DE INGRESO AL SEGURO Y CONDICIONES PARA DISFRUTAR DE LA COBERTURA

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

En todos los casos, para gozar de esta cobertura la enfermedad grave debe iniciar durante la vigencia de su seguro.

4.- COMPROBACION 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 de una autoridad médica competente 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.

5.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará automáticamente, para el asegurado principal o para su cónyuge o conviviente asegurado, cuando se dé la terminación de la cobertura principal del contrato de seguro, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto en las condiciones generales sobre la

caducidad del seguro y para los hijos al alcanzar veinticuatro (24) años de edad.

6.- DISPUTABILIDAD

Esta cobertura es disputable durante los primeros dos años contabilizados a partir de su vigencia.

**SOLICITUD DE EMISIÓN
SEGURO PROTECCION FAMILIAR PLUS
(Favor llenar con letra clara y sin alteraciones)**

Entiendo y acepto que este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por lo que no representa garantía alguna de que será aceptada por Seguros del Magisterio S.A ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

1. Datos del tomador del seguro

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	N° Identificación
Relación con el asegurado y el núcleo familiar: (Queda claro y entendido que el tomador es el pagador de la prima)			
Indicar el lugar o medio mediante el cual atenderá notificaciones:			

2. Datos del asegurado principal y sus beneficiarios

Datos del asegurado principal					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	N° Identificación		
Fecha nacimiento	Edad	Ocupación actual	Estado Civil		
Datos de Contacto					
Provincia	Cantón	Distrito	Teléfono 1	Teléfono 2	
Otras señas:					
Correo electrónico:					
Indicar el lugar o medio mediante el cual atenderá notificaciones:					
Beneficiarios ¹					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N° Identificación	Parentesco	Porcentaje

3. Datos del Núcleo Familiar a Asegurar (salvo comunicación en contrario mediante la fórmula de cambio de beneficiarios, el asegurado principal es el beneficiario de la cobertura de los miembros asegurados del núcleo familiar)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N° Identificación	Parentesco	Ocupación

¹ En caso de que se desee nombrar beneficiarios menores de edad, favor leer la advertencia al respecto en el punto #6

Este espacio está destinado para que los miembros del núcleo familiar incluidos en el seguro, mayores de edad, estampen su firma, con lo cual darán su consentimiento para ser asegurados por el tomador en este seguro.

Autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales o instituciones de salud, a que suministren información completa, (incluyendo copias de sus archivos) en relación con esta solicitud a Seguros del Magisterio S.A.

Firma y n. cédula del cónyuge	Firma y n. de cédula	Firma y n. de cédula	Firma y n. de cédula

4. Coberturas, monto asegurado (MA) y prima seleccionada (Expresado en colones)

Cobertura contratada	Asegurado Principal	Cónyuge	Hijos C/U
Beneficio Básico de Muerte	¢	50% del MA básico del titular	15% del MA básico del titular
Incapacidad total y permanente	Si No	N/A	N/A
Fallecimiento accidental y beneficios por lesiones calificadas	Si No	N/A	N/A
Enfermedades graves	50% de su MA básico	50% de su MA básico	50% de su MA básico
Prima total anual	Frecuencia de pago		Prima fraccionada
¢			¢

5. Forma de pago (Indicar el medio de pago de su seguro)

<p>1. Tipo de tarjeta: a- débito b- crédito: N. _____ c- Mastercard d- Visa e- Fecha vencimiento: _____</p> <p>2. Dedución mensual de salario: a- Nombre del patrono: _____ b- Mes a partir del cual autoriza la deducción: _____</p> <p>3. Pago directo</p>
--

6. Advertencia sobre los beneficiarios.

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

Lo anterior porque la legislación civil y de familia previenen la forma cómo se debe designar 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 realizare para 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.

7. Autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales o instituciones de salud, a que suministren información completa, (incluyendo copias de sus archivos) en relación con esta solicitud a Seguros del Magisterio S.A.
8. Además manifiesto que me han sido explicadas amplia y detalladamente las cláusulas que rigen mi contrato a partir del momento que sea emitido por la Aseguradora.

Firma del tomador del seguro	Firma del asegurado	Firma del intermediario
------------------------------	---------------------	-------------------------

INFORMACIÓN QUE DEBE REVELAR EL AGENTE NO VINCULADO A UNA AGENCIA DE SEGUROS O A LA SOCIEDAD AGENCIA DE SEGUROS Y SUS AGENTES DE SEGUROS VINCULADOS AL CLIENTE ANTES DE RECIBIR LA PRIMA O DE SUSCRIBIR EL CONTRATO DE SEGURO”

INFORMACIÓN IMPORTANTE

(Nombre completo del agente de seguros), número de identificación (número), se encuentra registrado ante la Superintendencia General de Seguros mediante la Licencia N° (número de licencia). A la fecha de esta declaración se encuentra acreditado por la entidad aseguradora **Seguros del Magisterio S. A.** inscrita ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización **licencia número A-02.**

Actúa como:

- a- agente no vinculado a una sociedad agencia de seguros
- b- Representante de la sociedad agencia de seguros <nombre de la sociedad agencia de seguros>).
- c- Como funcionario de la aseguradora

El agente de seguros:

- a.- Se encuentra obligado a asesorar a su cliente basado en los productos de seguros que vende, de acuerdo con su vinculación a la entidad de seguros respectiva.
- b.- Solamente puede vender los productos de las entidades aseguradoras a las cuales se encuentre vinculado.
- c.- No puede realizar cobros adicionales a la remuneración que recibe de la entidad aseguradora.
- d.- (Cuenta con la autorización/, no cuenta con la autorización), para firmar los contratos de seguros en nombre de la entidad aseguradora.
- e.- El pago de la prima a un agente de seguros implica la aceptación del riesgo por parte de la entidad aseguradora, o vigencia del contrato relacionado, siempre y cuando entregue a cambio el recibo oficial de la entidad aseguradora.
- f.- En caso de que el seguro se adquiera como requisito para la compra de un bien o servicio (sea una solicitud de crédito, compra de un artículo u otros) la Ley Reguladora del Mercado de Seguros define como un DERECHO DEL CONSUMIDOR la libre elección de la entidad aseguradora o el intermediario del seguro.

En fe de lo anterior firmo el día			de	de	.
Firma del tomador del seguro	Firma del asegurado	Firma del intermediario			

Original: Aseguradora

Copia: tomador del seguro

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con los dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, ley 8653, bajo el registro número P14-24-A02-151 de fecha 21 de mayo del 2010”.