

Seguros del Magisterio S.A.

SEGURO VIDA GRUPOS

Código de producto: P14-26-A02-006
(Versión 4)

Fecha de registro V4: 23-jun-15

1.- PARTES DEL CONTRATO Y MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Entre nosotros, SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A., entidad con cédula de persona jurídica 3-101-571006, domiciliada en San José, calle primera, avenidas 8 y 10 y el contratante detallado en la solicitud, quien actúa por cuenta y representación de las personas que soliciten su inclusión como asegurados, hemos convenido en celebrar este contrato de Seguro Vida Grupos.

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.

2.-COBERTURAS

SEGUROS DEL MAGISTERIO, se compromete a pagar al beneficiario designado con sujeción a las condiciones generales y particulares de esta póliza (las cuales se determinarán en función de las características del grupo asegurable, su edad promedio, ocupación u oficio de sus integrantes, edad y monto de seguro a contratar) la suma indicada en las condiciones particulares para cada cobertura, con base en la información suministrada por el TOMADOR DEL SEGURO y por los asegurados individuales en las solicitud de inclusión en este seguro, en los siguientes eventos:

a) Fallecimiento (cobertura básica): Comprende la indemnización del monto asegurado por la muerte de cada persona asegurada que haya cumplido con el proceso de selección de riesgos, elegibilidad individual, con el pago de primas acordado.

b) Coberturas adicionales

- i- Incapacidad total y permanente
- ii- Fallecimiento accidental y beneficios por lesiones calificadas
- iii- Enfermedades graves.
- iv- Gastos Funerarios.

c) SM Asistencia (Cobertura de Servicios)

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 de inclusión en la que constan las declaraciones del asegurado, 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 la cláusula 44 de estas condiciones generales.

5. – RECTIFICACIÓN

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la propuesta de seguro, el contratante 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.

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 TOMADOR DEL SEGURO y éste cubra el importe de los gastos de reposición, monto que no excederá de mil colones (¢ 1.000).

7.- DEFINICIONES

- a. **Asegurado principal:** Persona física miembro del grupo asegurado que haya cumplido con lo dispuesto en el artículo octavo “elegibilidad” y por la que se haya cancelado la correspondiente prima mensual.
- b. **Asegurados dependientes:** Comprende el núcleo familiar del asegurado principal, que se entiende para efecto de este seguro como el cónyuge o conviviente, padre y/o madre y los hijos de acuerdo con los límites de edad establecidos en estas condiciones generales.
- c. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- 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 omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado
- f. **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
- g. **Grupo asegurable:** Aquel sobre el que se le 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.
- h. **Grupo asegurado:** Personas físicas que han cumplido con los requisitos para ser asegurados y dieron su consentimiento expreso en ese sentido.
- i. **La aseguradora:** SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
- j. **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.
- k. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- l. **Tomador del seguro:** Entidad legalmente constituida que contrata esta póliza en representación del grupo asegurado, frente al cual la aseguradora ha convenido en emitir la póliza. También podrá ser denominado como EL CONTRATANTE.

8.- PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y VIGENCIA DEL SEGURO

El contrato de seguro se perfeccionará con la aceptación del TOMADOR DEL SEGURO de la oferta de LA ASEGURADORA o de la aceptación de ésta de la contraoferta del TOMADOR DEL SEGURO, 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 contraoferta se entiende aceptada a favor del TOMADOR DEL SEGURO.

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

9.- ELEGIBILIDAD

Son elegibles aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable cuya edad se ajuste a la especificada en el artículo 13 y que al momento de suscribirla no padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de esos padecimientos.

10.- PRORROGA DEL CONTRATO

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

11.- 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 esta.

12.- 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.

13.- CONDICIONES DE EMISION

La edad de emisión para las coberturas suscritas será según se detalla:

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

El asegurado dependiente cónyuge para las coberturas de muerte, gastos funerarios, enfermedades graves 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 y SM Asistencia, la edad de emisión es de 15 (quince) días de nacido a veintitrés (23) años de edad.

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

Para los asegurados cuya edad sea de 66 años en adelante se aplicará una tarifa particular según la edad alcanzada para cada uno de ellos a la emisión o renovación de la póliza.

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.

14.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

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

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la omisión, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR DEL SEGURO y/o Asegurado han encubierto por culpa, 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 naturales 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

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

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

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

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

16.- DISPUTABILIDAD

La sumas contratadas serán disputables con relación a cualquier asegurado que falleciere, de conformidad con lo establecido en el cuadro siguiente, 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.

Monto asegurado	Plazo de disputabilidad
¢ 0 a ¢ 1 millón	0 meses
¢ 1 millón a ¢ 1.500.000	3 meses
¢ 1.500.001 a ¢ 2 millones	6 meses
¢ 2.000.001 o más	1 año

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 y suicidio, por el incremento correspondiente.

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

17.- 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.
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. 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.

18.- 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 en el caso de que el pago de la prima corresponda al asegurado.

19.- EXCLUSIONES

La cobertura básica de fallecimiento no presenta exclusiones.

Las exclusiones aplicables a las coberturas adicionales se especifican en las condiciones particulares respectivas.

20.- 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 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.

21.- MONTO MÁXIMO DE SEGURO

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

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

22.- 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, 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.

23. – 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.

24.- INCLUSION DE ASEGURADOS

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

Si la solicitud de inclusión es aceptada LA ASEGURADORA lo incluirá en el registro que se indica en el artículo 25 y generará el certificado individual de seguro que se le hará llegar al asegurado.

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

25.- REGISTROS

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

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

26.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

La ASEGURADORA deberá:

- a) Entregar en el medio designado por el asegurado para recibir notificaciones un certificado individual de cobertura en el que se especificará la descripción y monto de cada una de las coberturas contratadas, así como la información que se indica en la cláusula 51.
- b) Notificar al asegurado cualquier decisión que tenga por objeto la rescisión o nulidad de este contrato, para que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.
- c) Entregar a los integrantes del grupo asegurable y a la persona asegurada idéntica información, en iguales términos y condiciones como si se tratara de un contrato de seguro individual, en especial, las cláusulas de disputabilidad y exclusiones de la póliza.

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

27.- DERECHOS Y DEBERES DEL ASEGURADO

El asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes tienen derecho a exigir que LA ASEGURADORA pague al beneficiario el importe de la cobertura amparada por el seguro.

El asegurado principal o sus beneficiarios deben informar a LA ASEGURADORA su domicilio en forma exacta, para que llegado el caso, les notifiquen las decisiones indicadas en el inciso b del artículo 26 anterior.

28. - 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 para un asegurado en particular en forma inmediata el CONTRATANTE debe pagar la prima única o la prima –según sea el caso- a la ASEGURADORA, en el momento de su aseguramiento. De lo contrario, la vigencia se establecerá a partir del momento en que se haga el primer pago de prima a favor del asegurado.

En los casos en que la prima del seguro se repercute en el grupo asegurado la aseguradora podrá efectuar su cobro a través del TOMADOR DEL SEGURO y emitirá para cada miembro del grupo asegurado el respectivo comprobante de pago que entregará en la forma y modo en que así lo haya dispuesto el asegurado.

29.- DESCUENTOS

LA ASEGURADORA podrá otorgar descuentos sobre la tarifa, basado en número de personas aseguradas en la emisión del contrato cuando sean quinientas o más personas aseguradas.

En cada renovación, LA ASEGURADORA revisará esta condición y podrá establecer ajustes a los descuentos.

30.- 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 y LA ASEGURADORA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de ese plazo.

31.- AVISO DE SINIESTRO

EL TOMADOR DEL SEGURO, el Asegurado o los Beneficiarios 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.

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, 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, tomador y los beneficiarios, a petición de LA ASEGURADORA deberán 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 la cláusula 32 siguiente.

32.- DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR.

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

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

a) FALLECIMIENTO

1. Nota del contratante solicitando el pago por el fallecimiento del asegurado.
2. Certificado original de defunción del fallecido, emitido por el Registro Civil, indicando la causa de defunción.
3. Fotocopia legible documento de identificación del fallecido.
4. Fotocopia legible del documento de identificación vigente de los beneficiarios.
5. Constancia de nacimiento de los beneficiarios menores de edad.

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 a lo regulado en los artículos 140 y 175 del Código de Familia, siguientes y concordantes.

b) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1. Fotocopia del documento de identificación vigente del asegurado.
2. Certificado de incapacidad total permanente, que indique el porcentaje de incapacidad; emitida por la entidad competente.

c) EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR LESIONES CALIFICADAS.

En caso de fallecimiento accidental:

Además de los documentos citados en el inciso a, de esta cláusula, debe presentarse:

1. Copia Certificada de la Sumaria del accidente.

En caso de Lesiones Calificadas:

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

d) ENFERMEDAD GRAVE

1. Solicitud de indemnización por enfermedad grave.
2. Original y copia 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 el diagnóstico.

e) GASTOS FUNERARIOS

Los señalados para la cobertura básica de fallecimiento, inciso a) de esta cláusula.

33.- 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 de EL TOMADOR DEL SEGURO, hasta completar la anualidad respectiva.

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

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

Si la ASEGURADORA incurre en mora en el pago de la indemnización, ello generará la obligación de pagar al TOMADOR o beneficiario, según corresponda, los daños y perjuicios, que para efecto de las coberturas 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 de que haber sido declarados correctamente podría excluir, restringir o reducir esa obligación.

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

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en la solicitud correspondiente, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto c) del artículo N. 22 de las Condiciones Generales.

34.- DEDUCCION Y CANCELACIÓN DE COBERTURAS

Una vez pagada la indemnización por la cobertura adicional de Incapacidad total y permanente, se cancelarán la totalidad de coberturas contratadas tanto para el asegurado titular indemnizado como para los asegurados dependientes

Cuando LA ASEGURADORA haya realizado un pago bajo la cobertura de enfermedad terminal, éste será deducido de la cobertura de vida.

35.- RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro es anual renovable y si el tomador del seguro 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 contratante 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 siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediata anterior.

36.- TERMINACION ANTICIPADA

Este contrato y sus anexos podrán ser terminados anticipadamente por EL TOMADOR DEL SEGURO en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación.

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.

37.- CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) Cuando se indemnice por cualquiera de las coberturas afectadas (excepto indicación expresa en contrario dentro de las condiciones particulares del seguro).
- b) Para los hijos, al cumplir (25) veinticinco años de edad o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.
- c) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima mensual del asegurado cubierto por esta póliza en el plazo establecido en el artículo trigésimo.

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

- d) Cuando vencido el año póliza el TOMADOR decidiera no renovarlo.
- e) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado.
- f) 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.
- g) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- h) Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a cincuenta (50) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente.

38.- CONVERTIBILIDAD

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.

39.- 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.

40.- GARANTÍA DEL TOMADOR DEL SEGURO

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

41.- ALCANCE TERRITORIAL

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

42.- 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.

43.- JURISDICCION

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

44.- 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.

45.- PRESCRIPCION

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.

46.- 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 contratante, del beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de LA ASEGURADORA.

47.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

48.- 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 TOMADOR DEL SEGURO, el (los) asegurado (os) 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.

49.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información confidencial que EL TOMADOR DEL SEGURO y/o asegurado y/o beneficiario brinden a LA ASEGURADORA será tratada como tal.

El incumplimiento de lo anterior dará derecho al perjudicado 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.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

Para esta póliza se podrá brindar participación de utilidades, siempre y cuando se establezca en sus Condiciones Particulares y se haya pactado previamente con el tomador del seguro.

51. – CERTIFICADO DE COBERTURA

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

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

LA ASEGURADORA podrá delegar esa obligación en un intermediario o en el tomador, pero ello no le exime de su responsabilidad.

También el asegurado podrá solicitar copia de las condiciones generales y particulares del seguro contratado.

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

52.- 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.

53.- 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

COBERTURAS ADICIONALES

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 de vida grupos 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 el monto de la suma asegurada detallada en las condiciones particulares, 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 superior al 66,67% 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.

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 y 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 irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable.

- 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 con excepción de los casos de 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 o la enajenación mental absoluta e irrecuperable, casos todos en donde lo acontecido se considera como prueba concluyente de incapacidad total y permanente, sin que el asegurado deba proveer más pruebas de ella.
- b) Continuar total y permanentemente incapacitado 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 total 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 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 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.
- h) 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.
- i) Participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.

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 total y permanente y la fecha en que ésta se haya producido.

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

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

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 automáticamente de conformidad con lo establecido en la cláusula 37 de las condiciones generales del seguro.

También concluirá cuando se dé la terminación de la cobertura principal del contrato de seguro.

8.- DISPUTABILIDAD

La suma contratada para esta cobertura será disputable durante un plazo de dos (2) años, contabilizados a partir de su contratación, con relación a cualquier asegurado que se incapacitara total y permanentemente, 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.

COBERTURA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR LESIONES CALIFICADAS

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 de vida grupos 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:** Tido 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:
- Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.
 - La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
 - La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.
 - 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 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.

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, desinhibidores 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) Tomaínas o infección bacterica, excepto que se tratare 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.

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 LAS COBERTURAS

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará automáticamente de conformidad con lo establecido en la cláusula 37 de las condiciones generales del seguro.

También concluirá cuando se dé la terminación de la cobertura principal del contrato de seguro.

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 de vida grupos 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 mínima de ingreso para esta cobertura, en el caso del asegurado principal y su cónyuge o conviviente es de quince (15) años, según se establece en la Cláusula N. 13 de las Condiciones Generales.

Para sus hijos, hijastros o hijos de crianza la edad mínima de ingreso es de quince un (1) día de nacido y la máxima de veintitrés (23) años de edad.

En todos los casos, para hacer uso 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 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.

5.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará automáticamente en el caso de los hijos al alcanzar veinticinco (25) años de edad.

También concluirá cuando se dé la terminación de la cobertura principal del contrato de seguro.

6.- DISPUTABILIDAD

La suma contratada para esta cobertura será disputable durante un plazo de dos (2) años, contabilizados a partir de su contratación, con relación a cualquier asegurado que falleciere, 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.

Cobertura de Gastos Funerarios

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 de vida grupos 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 se compromete a pagar la suma contratada para esta cobertura en caso de fallecimiento por cualquier causa, cuyo monto máximo será de tres millones de colones (¢ 3.000.000).

2.- EXCLUSIONES

Esta cobertura no tiene exclusiones.

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

La edad mínima de ingreso en el caso del asegurado principal y su cónyuge o conviviente es de quince (15) años sin límite de edad.

Para sus hijos, hijastros o hijos de crianza la edad mínima de ingreso es de 15 (quince) días de nacido y la máxima de veintitrés (23) años de edad.

Para padre y madre, la edad mínima de ingreso es de 35 (treinta y cinco) años 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.

4.- TERMINACION DE LA COBERTURA

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

- a) Cuando se indemnice por cualquiera de las coberturas afectadas.
- b) Para los hijos, al cumplir (25) veinticinco años de edad o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.
- c) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima mensual del asegurado cubierto por esta póliza en el plazo establecido en el artículo 30.

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

- d) Cuando vencido el año póliza el TOMADOR decidiera no renovarlo.
- e) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado.
- f) 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.
- g) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- h) Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a cincuenta (50) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente.
- i) Cuando se dé la terminación de la cobertura principal del contrato de seguro.

5.- DISPUTABILIDAD

La suma contratada para esta cobertura será disputable durante un plazo de dos (2) años, contabilizados a partir de su contratación, con relación a cualquier asegurado que falleciere, 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.

COBERTURA DE SERVICIOS SM ASISTENCIA

CONDICIONES OPERATIVAS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.

SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A. coloca a su disposición estas condiciones operativas de los SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SEGUROS DEL MAGISTERIO, en adelante denominado SM ASISTENCIA para el SEGURO VIDA GRUPOS, en adición a las condiciones generales y particulares que se estipulan con base en las declaraciones realizadas por el TOMADOR en la solicitud que origina el contrato suscrito.

1.- COBERTURA SM ASISTENCIA

SM ASISTENCIA del SEGURO VIDA GRUPOS 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 asegurado que tenga vigente el SEGURO VIDA GRUPOS podrá disfrutar de los servicios, para lo cual debe solicitarlo telefónicamente. En el momento que se realice la llamada telefónica, se procede inmediatamente a coordinar el servicio por medio del proveedor de servicios de asistencia, quien se encarga a nivel nacional de

organizar todos los trámites necesarios y asume los gastos generados (según los límites de cobertura establecidos, más adelante) por el servicio requerido.

Queda claro que no se trata de un seguro indemnizatorio en el que SEGUROS DEL MAGISTERIO realiza un pago, sino de una serie de servicios de asistencia que SEGUROS DEL MAGISTERIO coloca a disposición de sus asegurados a través de su proveedor de servicios de asistencia.

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.

A continuación se detallan las condiciones operativas de los servicios de SM-Asistencia:

2.- DEFINICIONES

- a- DOMICILIO: Es el lugar de uso habitacional y habitual del asegurado y/sus dependientes dentro de Costa Rica, el cual ha registrado en la base de datos de SEGUROS DEL MAGISTERIO.
- b- EMERGENCIA: Inicio repentino e inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse el tratamiento se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales y cuya asistencia en un hospital o centro médico no puede ser demorada y como tal es catalogada por el centro médico o médico que la atiende.
- c- PROGRAMA DE ASISTENCIA: Es el conjunto de servicios de asistencia que el asegurado principal o los dependientes asegurados tienen a su disposición, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.
- d- SERVICIOS: Es la asistencia que se le brinda al asegurado principal o sus dependientes asegurados de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente anexo.

3.- SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de requerir utilizar los servicios de asistencia que detalla la cobertura SM-Asistencia, los asegurados deben llamar y coordinarlo al número de teléfono: 2528-7501, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

4.- AMBITO DE COBERTURA

El proveedor de servicios de asistencia dará los servicios de acuerdo con los alcances, cuantía y límites estipulados para cada uno de ellos, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente, por póliza y por año calendario (del 01 de enero al 31 de diciembre de cada año), no son acumulativos.

5.- TERRITORIALIDAD

Los servicios de asistencia se prestarán única y exclusivamente en el territorio nacional con las limitaciones territoriales que en éste documento se establecen, siempre y cuando haya la infraestructura pública o privada para la prestación del servicio.

6.- DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

6.1 TRASLADO MEDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA POR ACCIDENTE

Por previa solicitud telefónica, cuando los asegurados sufran una emergencia que haga necesario el traslado en ambulancia terrestre hasta un centro hospitalario, el proveedor de servicios de asistencia gestionará y cubrirá el pago del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. El proveedor de servicios de asistencia podrá según su exclusivo criterio, coordinar el traslado por medio de los servicios de ambulancia pública en la localidad

6.2 VISITA MÉDICA DOMICILIAR

Por solicitud de los asegurados derivado de una emergencia médica repentina, el proveedor de servicios de asistencia enviará un médico general hasta el domicilio de los asegurados para su revisión, previa autorización del médico que brindó la orientación médica telefónica. Este servicio cubre el costo de la visita médica.

El costo de los medicamentos será cubierto directamente por los asegurados. De este servicio están excluidas nuevas visitas por un mismo evento. Si por un mismo evento es necesaria una segunda visita o más, el costo será de responsabilidad del asegurado o sus dependientes. Donde no exista infraestructura adecuada, el proveedor de servicios de asistencia coordinará la asistencia médica por medio de los servicios públicos de ambulancia. Siendo una atención de emergencia, no se enviará en ningún caso, médicos especialistas.

El costo de los exámenes que deban realizarse los asegurados, así como los medicamentos y demás gastos que se deriven de la visita médica, serán cubiertos directamente por ellos.

6.3 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Por solicitud de los asegurados, el proveedor de servicios de asistencia lo pondrá en contacto telefónico con un profesional de la salud para que le brinde una orientación médica ante dudas que tenga en el área de la salud.

El objetivo de la orientación es minimizar riesgos a la salud siguiendo el protocolo de conducta médica, identificando las necesidades de los asegurados entregando soluciones a dudas médicas cotidianas, no se trata de una consulta médica, de forma que no se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos.

6.4 SERVICIO DE LIMPIEZA DEL INMUEBLE POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Por previa solicitud del ASEGURADO PRINCIPAL O SUS REPRESENTANTES y en consecuencia la hospitalización del ASEGURADO PRINCIPAL, producto de un accidente o enfermedad grave, súbita e imprevista dentro del territorio nacional que imposibilite su permanencia en el DOMICILIO, se enviará una persona, empleada doméstica, para asistir en labores de limpieza exclusivamente doméstica en el DOMICILIO del ASEGURADO PRINCIPAL, el servicio se limita a la limpieza superficial de las áreas internas del inmueble donde habita el ASEGURADO PRINCIPAL de forma habitual y permanente. No se cubre el pago de limpieza de alfombras unidas de forma permanente o no, al inmueble, cortinas, ropas, cielo raso, también se excluye la limpieza de zonas de piscinas y jardines.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: Cuatro horas diarias, en horario comercial y durante tres días consecutivos, en horario comercial. Este servicio se prestará únicamente durante la hospitalización del ASEGURADO PRINCIPAL y conforme el límite que se menciona en éste párrafo. Si la hospitalización es menor a tres días, el servicio también lo será, dándose por agotado un evento.

Las labores de limpieza deberán en todo momento ser supervisadas por un adulto y en ningún caso el personal de limpieza doméstica podrá permanecer sin supervisión dentro del inmueble. En el presente servicio no se incluye el cuidado de personas menores de edad.

6.5 INDICACIÓN, CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y FARMACIAS.

Por previa solicitud de los asegurados, el proveedor de servicios de asistencia realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización de los asegurados y le transmitirá ésta información. Este servicio es meramente informativo, se trata de una indicación y no hace referencia a la calidad de los puntos de venta, no está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos o tratamientos en que los asegurados incurran al acudir a la farmacia indicada, que serán de entera responsabilidad de los asegurados.

6.6 INDICACIÓN Y COORDINACIÓN DE CITAS EN CLINICAS, HOSPITALES, LABORATORIOS Y CLÍNICAS DENTALES

Por solicitud de los asegurados, el proveedor de servicios de asistencia proporcionará información general vía telefónica sobre clínicas, hospitales, laboratorios y clínicas dentales en el lugar de interés del solicitante. Si el cliente lo solicita, el proveedor de servicios de asistencia coordinará una cita para su atención en aquellos centros médicos que realicen este tipo de reservación y siempre, sujeto a disponibilidad de espacio. El proveedor de servicios de asistencia presta este servicio como información o mera referencia y no tendrá, ni asumirá ninguna responsabilidad o costo sobre los servicios médicos o la atención del centro médico

6.7 ENVIO DE MEDICAMENTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Por solicitud de los asegurados, el proveedor de servicios de asistencia enviará medicamentos necesarios para la atención de una emergencia hasta el domicilio del asegurado. Este servicio cubre el costo del envío. El costo de los medicamentos será de responsabilidad del asegurado y en aquellos casos en los cuales se requiera receta médica, el asegurado deberá proveerla en el momento de su recepción. No se enviarán medicamentos de receta verde o controlada.

6.8 INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN NUTRICIONAL VÍA TELEFÓNICA

Por solicitud de los asegurados y siempre que requiera alguna orientación nutricional telefónica para resolver inquietudes en materia alimentar, el proveedor de servicios de asistencia lo pondrá en contacto con un profesional con el fin de brindarle consejos nutricionales, orientación para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre el contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías, alimentos que deben incluir y excluir de las comidas para personas diabéticas, con sobrepeso o intolerantes a lactosa.

6.9 INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN CULINARIA VÍA TELEFÓNICA

Por solicitud de los asegurados y siempre que requiera alguna orientación telefónica de cocina, para resolver inquietudes culinarias, el proveedor de servicios de asistencia lo pondrá en contacto con un profesional con el fin de brindarle consejos sobre recetas saludables, diferentes o innovadoras, recetas rápidas para emergencias y recomendaciones para preparar platillos comunes de una forma más sana

6.10 SERVICIOS DE INFORMACIÓN

Por solicitud de los asegurados, el proveedor de servicios de asistencia proporcionará información general vía telefónica sobre restaurantes, cine, conciertos, teatros, museos, eventos culturales, hoteles, traductores e intérpretes, floristerías, empresas para la limpieza de alfombras y lavanderías, servicio que se da como información o mera referencia, sin tener ni asumir ninguna responsabilidad o costo sobre la prestación del servicio del proveedor elegido por el asegurado.

7.- LÍMITE DE COBERTURA

El límite máximo de responsabilidad por cada una de los servicios de asistencia es el que se establece en el siguiente cuadro:

SM Asistencia

SERVICIOS A LA SALUD	COBERTURAS	EVENTOS POR AÑO
MÉDICO	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS
Traslado médico terrestre en ambulancia	Sin límite	2
Visita de médico a domicilio 24 horas	Sin límite	2
Orientación médica telefónica	Sin límite	Sin límite
Servicio de limpieza domestica con motivo de hospitalización del beneficiario	4hr - 3 días	2
Consulta y localización de mejores precios de medicamentos	Sin límite	Sin límite
Referencia de centros médicos y especialidades	Sin límite	Sin límite
Envío de medicamentos al domicilio	Sin límite	Sin límite

NUTRICIONAL	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS
Información y orientación nutricional telefónica	Sin límite	Sin límite
- Consejos nutricionales	Sin límite	Sin límite
- Guía para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas	Sin límite	Sin límite
- Información sobre contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías	Sin límite	Sin límite
- Recetas especiales diabetes, sobrepeso o intolerantes a lactosa	Sin límite	Sin límite
Referencia de especialistas en nutrición	Sin límite	Sin límite
FONO CHEF: RICO Y SALUDABLE	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS
Fono chef		
Recetas saludables, diferentes e innovadoras	Sin límite	Sin límite
Recetas rápidas y fáciles (Para emergencias)	Sin límite	Sin límite
Recomendaciones para preparar platillos comunes de forma aún más sana	Sin límite	Sin límite
Referencias de catering service	Sin límite	Sin límite
SERVICIO DE INFORMACIÓN	MONTO MÁXIMO	MAXIMO DE EVENTOS
Informaciones sobre restaurantes	Sin límite	Sin límite
Informaciones sobre cine, conciertos, teatros, museos, eventos culturales	Sin límite	Sin límite
Informaciones sobre tarifas de hoteles	Sin límite	Sin límite
Informaciones de traductores e intérpretes	Sin límite	Sin límite
Información y coordinación de servicios de floristerías	Sin límite	Sin límite
Información sobre empresas para la limpieza de alfombras	Sin límite	Sin límite
Informaciones sobre lavanderías	Sin límite	Sin límite

En caso de que el costo de cualquier servicio requerido por el asegurado, exceda el monto y/o la cantidad de eventos establecidos para cada servicio de asistencia, el mismo debe ser cancelado en el acto por el asegurado al proveedor del servicio.

El número de eventos establecido es por año calendario (del 01 de enero al 31 de diciembre de cada año) y no son acumulables de un año a otro.

Gerente General

Seguros del Magisterio, S.A.

“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”.

**SEGURO VIDA GRUPOS
SOLICITUD DE INCLUSIÓN**



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

Datos del seguro	No. Póliza:
Contratante:	Monto asegurado:

Datos del solicitante y los beneficiarios

Datos del solicitante					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo		N° Identificación	
Fecha nacimiento	Profesión	Ocupación actual	Estado civil	Sexo	
Datos de contacto					
Distrito	Cantón	Provincia	Teléfono 1	Teléfono 2	E-Mail
Otras señas:					
Sírvase indicar el lugar o medio mediante el cual atenderá notificaciones:					
Beneficiarios					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N° Identificación	Parentesco	%

Declaraciones del solicitante.

- a- La información aportada en el proceso de inclusión de esta póliza es verídica y ha sido dictada o escrita por mí.
- b- Mi estado de salud actual es normal y no he tenido ningún padecimiento o afección que amerite declarar en este acto. (En caso contrario se debe llenar la declaración de salud)
- c- Asimismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier entidad aseguradora o a través de cualquier intermediario de seguros del país. Por tanto, con conocimiento de lo anterior, autorizo a la entidad contratante a incorporarme en esta póliza.

Asimismo, autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales o instituciones de salud, públicas o privadas, a que suministren información completa, (incluyendo copias de mis expedientes) en relación con esta solicitud a Seguros del Magisterio S.A.

También manifiesto que me han sido entregadas las condiciones generales de este seguro, las cuales me han sido explicadas, en forma amplia y detallada.

En fe de lo anterior firmo en el día de de .

Firma y número de identificación del solicitante	Firma y sello del contratante

Original: Seguros del Magisterio Copia1: Solicitante

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

**SEGURO VIDA GRUPOS
SOLICITUD DE INCLUSIÓN
DEPENDIENTES ASEGURADOS**

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la ASEGURADORA, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

Datos del seguro	
Nombre del contratante o tomador del seguro:	Número de póliza

Datos del asegurado principal			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	N° Identificación

Datos del DEPENDIENTE a asegurar (El asegurado principal es el beneficiario dependientes asegurados)

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N° Identificación	Fecha de nacimiento	Parentesco
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Sírvase indicar el lugar o medio mediante el cual atenderá notificaciones:
--

Declaraciones de los Dependientes Asegurados.

- d- La información aportada en el proceso de inclusión de esta póliza es verídica y ha sido dictada o escrita por mí.
- e- Mi estado de salud actual es normal y no he tenido ningún padecimiento o afección que amerite declarar en este acto. (En caso contrario se debe llenar la declaración de salud)
- f- Asimismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier entidad aseguradora o a través de cualquier intermediario de seguros del país. Por tanto, con conocimiento de lo anterior, autorizo a la entidad contratante a incorporarme en esta póliza.

Este espacio está destinado para que los dependientes a asegurar, mayores de edad, estampen su firma, con lo cual darán su consentimiento para ser asegurados por el tomador en este seguro.

Asimismo, autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales o instituciones de salud, públicas o privadas, a que suministren información completa, (incluyendo copias de mis expedientes) en relación con esta solicitud a Seguros del Magisterio S.A.

En fe de lo anterior firmo en _____ el _____ de _____ de _____.

Firma y n. cédula	Firma y n. de cédula	Firma y n. de cédula	Firma y n. de cédula

Firma y sello del contratante

Original: Seguros del Magisterio S.A. Copia1: Solicitante

<p>“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”.</p>
--