

***Pan American Life Insurance
de Costa Rica, S.A.***

Seguro de Accidentes Personales - Modalidad Colectiva (Colones)

Código de producto: P16-33-A06-219

Fecha registro: 09-nov-2012

Oficio solicitud registro: sin número



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES MODALIDAD COLECTIVA CONDICIONES GENERALES (COLONES)

Fecha de la Póliza _____ Póliza No. _____
Contratante _____
Aniversario de la Póliza _____
Fecha de Vencimiento de las Primas _____

Cobertura Básica **MUERTE ACCIDENTAL**

Coberturas Adicionales Opcionales

**DESMEMBRAMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE,
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, RENTA
DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O
ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA**

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A. (denominada aquí la Compañía de Seguros) en consideración a la solicitud para esta Póliza y al pago de primas como se estipula en la Póliza, por este medio

ACUERDA PAGAR:

Los beneficios de acuerdo con y sujetos a los términos de la Póliza.

La Póliza estará en vigor en la Fecha de la Póliza mostrada anteriormente. Las primas son pagaderas por el Contratante en cantidades determinadas como se estipula aquí. La primera prima vence en la Fecha de la Póliza y las siguientes primas vencerán en las Fechas de Vencimiento de las primas mostradas anteriormente. Las Secciones expuestas en las páginas siguientes de las Condiciones Generales y Addenda adjuntos, forman parte de la misma Póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el asegurado tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A. ha dispuesto esta Póliza para ser ejecutada en la Fecha de la misma Póliza.

Serán causales de Terminación de esta Póliza las contenidas en este Contrato Póliza y de manera supletoria en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Fecha

Firma Autorizada
**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE
COSTA RICA**

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(los) registro(s) número _____ de fecha _____.

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA 1 DEFINICIONES.

Para los efectos de esta Póliza se entiende por:

1. **Accidente:** Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
2. **Asegurado:** Es la persona física sobre la cual recaen los riesgos objeto de cobertura por este seguro.
3. **Beneficiario:** Es la persona que recibe el pago de la indemnización en caso de fallecimiento del asegurado.
4. **Contratante:** Es la persona física o jurídica que contrata el seguro con la Compañía de Seguros y está obligado a pagar la prima. La figura de Contratante puede coincidir o no en la misma persona del Asegurado; en caso de no coincidir, se entiende que es un seguro tomado por cuenta de un tercero.
5. **Curas de reposo:** Descanso prescrito al asegurado, por un médico, como consecuencia de alguna patología médica.
6. **Enfermedad:** Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente idóneo. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.
7. **Enfermedad preexistente:** Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al Asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura.
8. **Deducible para esta póliza:** Es el monto por evento que corresponde a los gastos no amparados por esta póliza que será siempre responsabilidad del Asegurado, y cuyo valor se establece en las Condiciones Particulares. Dicho deducible será aplicable respecto de los gastos provenientes de cada enfermedad o accidente que se reclame a la Compañía de Seguros, en forma separada. De esta forma el deducible aplicado a los gastos provenientes de una misma enfermedad o accidente, será nuevamente aplicado a los gastos provenientes de otra enfermedad o accidente denunciado. El referido deducible se aplicará asimismo por separado respecto de cada miembro del grupo familiar asegurado, en el evento que estos cuenten con cobertura en virtud de la presente póliza.

9. **Monto Máximo:** Es el máximo monto de la Suma Asegurada para la cobertura de esta póliza por los gastos provenientes de todas las enfermedades diagnosticadas o accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, en conjunto. Dicho monto máximo, el cual deberá establecerse en las Condiciones Particulares de la póliza, se reinstala en de cada renovación anual de la póliza de manera automática.

CLAUSULA 2 COBERTURAS

La Compañía de Seguros pagará al Asegurado o a sus Beneficiarios, a consecuencia de la realización de cualquier evento amparado por esta póliza, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo con la definición de la Cobertura Básica y las Coberturas Adicionales Opcionales que se indican en esta póliza. Además de la contratación de la Cobertura Básica, el Asegurado podrá contratar una o más de estas Coberturas Adicionales Opcionales, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares y que se detallan a continuación:

COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la Compañía de Seguros, pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada especificada en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía de Seguros deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas adicionales opcionales, en caso de haber sido contratadas.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL: DESMEMBRAMIENTO

Mediante el pago de la prima correspondiente para esta cobertura adicional opcional, cuando la lesión produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la Compañía de Seguros indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

- 100% En caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
- 50% Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;
- 40% Por pérdida total de un pie;

- 50% Por la sordera completa de ambos oídos;
- 25% Por la sordera completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
- 13% Por la sordera completa de un oído;
- 50% Por la ceguera total de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
- 50% Por la ceguera total de un ojo;
- 20% Por la pérdida total de un pulgar;
- 15% Por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;
- 5% Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
- 3% Por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán con base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% la Suma Asegurada para esta cobertura adicional opcional de Desmembramiento.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta cobertura adicional opcional de Desmembramiento, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Mediante el pago de la prima correspondiente para esta cobertura adicional opcional, y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el Asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días, contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente en un ochenta por ciento (80%), la Compañía de Seguros pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura adicional opcional de Desmembramiento, a razón del diez por ciento anual durante un período máximo de diez (10) años mientras el Asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente en un ochenta por ciento (80%), la que causa una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior al ochenta por ciento (80%) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a los parámetros establecidos en el Código de Trabajo costarricense.

La Compañía de Seguros determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía de Seguros, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada.

Se conformará una junta médica que evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra conforme a los conceptos descritos en esta cobertura. La junta médica estará conformada por un médico nombrado por el Asegurado, un médico nombrado por la Compañía de Seguros y un tercer médico nombrado por los médicos designados por cada una de las partes. Estos médicos deberán tener una especialidad acorde con la lesión sufrida, debidamente registrados ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, con una experiencia mínima de tres (3) años como médico. Respecto de los honorarios de los médicos, cada uno paga los honorarios del médico designado por cada parte y por mitades el honorario del tercer médico.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía de Seguros.

La declaración de incapacidad permanente del Asegurado por algún organismo de la seguridad social o cualquier otro legal competente, sólo tendrá para la Compañía Seguros y para la junta médica, un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía de Seguros, el Asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, la Compañía de Seguros pagará la Suma Asegurada de esta cobertura adicional opcional desde la fecha de la notificación de la invalidez a la Compañía de Seguros y devolverá las primas pagadas sobre esta cobertura desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Mediante el pago de la prima correspondiente para esta cobertura adicional opcional, la Compañía de Seguros reembolsará al Asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de los recibos o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

Esta cobertura contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, y el cual será siempre responsabilidad del Asegurado.

DEDUCIBLE: Esta cobertura adicional contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado. Esta cobertura tendrá lugar durante las 24 horas del día, sin mediar restricciones en cuanto a residencia y viajes que se realicen por todo el mundo. Aplica un Deducible mínimo de ¢12.500,00.

De acuerdo a la elección elegida en el deducible, el contratante tendrá derecho a un descuento en su prima de riesgo así:

DEDUCIBLE	%DESCUENTO
¢ 12.500,00	30%
¢ 25.000,00	40%
¢ 50.000,00	50%

Sólo para tarifas de los primeros ¢ 250.000,00

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Mediante el pago de la prima correspondiente para esta cobertura adicional opcional, la Compañía de Seguros pagará al Asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

Se pagará la cantidad diaria a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares.

Se entiende por Entidad Hospitalaria el hospital, clínica o entidad legalmente autorizada para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, quirófano y equipo de rayos X, atendidos por personal profesional especializado.

Será condición necesaria para proceder con el pago, la presentación por parte del Asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por la Entidad Hospitalaria.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD: CONVALECENCIA

El Asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, el beneficio adicional de convalecencia, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En este caso, la Compañía de Seguros pagará al Asegurado por este concepto una cantidad equivalente al 50% de la suma de las indemnizaciones diarias por accidente o enfermedad que efectivamente perciba el Asegurado por la cobertura adicional opcional de Renta Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente o Enfermedad, independientemente del número de días que permanezca en convalecencia.

Esta cobertura adicional opcional, en el evento de que se contrate, se aplicará cada vez que el Asegurado se hospitalice y tenga derecho al pago de la indemnización diaria de enfermedad o accidente.

CLAUSULA 3 EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las coberturas adicionales opcionales de esta póliza, cuando el fallecimiento, lesiones o enfermedad del Asegurado se produzca a consecuencia de:

- 1) Efectos de guerra civil o internacional, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.**
- 2) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.**
- 3) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.**

- 4) **Suicidio, intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.**
- 5) **Prestación de servicios del Asegurado en la Fuerza Pública o funciones policiales de cualquier tipo.**
- 6) **Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo.**
- 7) **Encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.**
- 8) **Desempeñarse el Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía de Seguros.**
- 9) **Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.**
- 10) **Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el ente regulador correspondiente.**
- 11) **Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.**
- 12) **Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. Esta exclusión no se aplica a la cobertura adicional opcional de Renta Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente o Enfermedad con o sin Convalecencia de estas Condiciones Generales.**
- 13) **Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.**
- 14) **Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.**
- 15) **Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.**

- 16) Exámenes médicos de rutina.
- 17) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- 18) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- 19) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- 20) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el Asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía de Seguros en San José, Costa Rica.
 - "Infección Oportunística" incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - "Neoplasma Maligno" incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).
- 21) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
- 22) Enfermedades, lesiones o condiciones médicas preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de incorporación del Asegurado a la póliza, según corresponda.

- 23) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.
- 24) Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como “obesidad mórbida”, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Copia de éstos se encuentran archivados en las oficinas principales de la Compañía de Seguros en San José, Costa Rica.
- 25) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- 26) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
- 27) Epidemias oficialmente declaradas.
- 28) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.

CLAUSULA 4 ELEGIBILIDAD

Las edades elegibles para la Cobertura Básica por Fallecimiento para hombres y mujeres entre las edades de 16 y 64 años con 364 días. También los cónyuges entre las edades de 18 y 59 años con 364 días y los hijos no mayores de 18 años, que sean solteros, estudien a tiempo completo y dependan económicamente del Asegurado Principal.

Para coberturas adicionales opcionales, las edades elegibles serán para hombres y mujeres entre las edades de 16 y 59 años con 364 días. También los cónyuges entre las edades de 18 y 59 años con 364 días y los hijos no mayores de 18 años, que sean solteros, estudien a tiempo completo y dependan económicamente del Asegurado Principal. La protección puede extenderse hasta la edad de sesenta y nueve años con trescientos sesenta y cuatro días en las coberturas de desmembramiento y de incapacidad total y permanente, para el resto quedaría hasta los 59 años con 364 días.

No serán elegibles como Asegurados los siguientes:

1. Las personas menores de 18 años o mayores de 64 años y 364 días cumplidos.
2. Las personas que hayan cumplido setenta (70) años de edad.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad en los casos que se considere necesario de acuerdo a la agravación del riesgo por cambios de

residencia, ocupación, estado o condición de vida del Asegurado definidos en las políticas de suscripción de la Compañía. Cualquier costo por la realización de las pruebas de asegurabilidad son sufragadas por la Compañía.

CLAUSULA 5 FECHA EFECTIVA DE SEGURO O VIGENCIA

Este seguro provisto bajo esta póliza es un Seguro Temporal de un (1) año, renovable. La cobertura de un Asegurado es efectiva en la fecha efectiva de la Póliza, siempre que haya solicitado la cobertura, la Compañía haya aceptado cubrir al Asegurado y se haya pagado la prima correspondiente.

Queda también establecido que las 12:01 hora nacional en Costa Rica, República de Costa Rica, será considerada la hora efectiva en que entra en vigencia el seguro con respecto a cualquier fecha referida en la Póliza.

CLÁUSULA 6 CERTIFICADOS

La Compañía de Seguros deberá proporcionarle al asegurado un certificado de cobertura individual conteniendo una declaración referente a la protección del seguro a la que dicha persona tiene derecho.

CLÁUSULA 7 REGISTROS E INFORMES

Además del registro de asegurados que llevará la Compañía de Seguros, el Contratante mantendrá un registro de las personas aseguradas bajo la Póliza estableciendo, por cada persona, los particulares esenciales del seguro. El Contratante enviará periódicamente a la Compañía de Seguros, en los formularios de la Compañía de Seguros, la información referente a las personas elegibles para el seguro bajo la Póliza que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración del seguro bajo la Póliza y para la determinación de los tipos de prima. Todos los registros del Contratante que puedan estar relacionados con el seguro estarán expuestos a inspección por la Compañía de Seguros en cualquier momento razonable.

Cualquier error cometido al llevarse estos registros no invalidará aquel seguro que estuviese legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiere terminado, pero al conocerse el error se hará un ajuste de prima equitativo.

CLAUSULA 8 PERIODO DE ESPERA

Esta póliza tendrá, para cada Asegurado, respecto de las coberturas por enfermedades, un período de espera de 90 (noventa) días naturales contados a partir de su fecha de vigencia inicial, desde su rehabilitación, o desde la fecha de incorporación del Asegurado, según corresponda. Así, la Compañía de Seguros solo pagará los beneficios correspondientes a las enfermedades contraídas después de transcurrido dicho plazo, y durante la vigencia de la póliza. No se exigirá período de espera en las renovaciones de vigencia de la póliza. Las coberturas por accidentes no estarán sujetas a período de espera.

CLAUSULA 9 LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza puede ser renovada con el consentimiento de la Compañía de Seguros, al término de cada período de cobertura, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la Compañía de Seguros, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviere en vigencia al momento de la renovación y hasta una edad máxima del Asegurado indicada en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA 10 DECLARACIONES DEL ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado en la Solicitud de Seguro, en sus documentos accesorios y complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen condición de validez de este contrato de seguro. Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y deportes riesgosos del Asegurado, que puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que conocida por la Compañía de Seguros pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la Compañía de Seguros para pedir la nulidad relativa o absoluta del contrato, según sea el caso, cuya consecuencia es devolver al Asegurado o a sus herederos el valor de las primas percibidas sin intereses y con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza. No obstante lo anterior, si la inexactitud o reticencia provienen de error no atribuible del Asegurado, el presente contrato conservará su validez, pero la Compañía de Seguros sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje del monto asegurado equivalente al que la prima estipulada en esta póliza represente respecto de la prima que corresponda al verdadero estado del riesgo.

CLAUSULA 11 BENEFICIARIOS

Se tendrá como Beneficiario de esta póliza al propio Asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El Asegurado podrá designar como Beneficiario a cualquier persona.

Si designare a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. Si no designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como Beneficiarios a los herederos testamentarios del Asegurado, en los porcentajes establecidos en el testamento o en ausencia de testamento, la distribución será realizada conforme lo establece la legislación costarricense una vez firme la declaración de herederos sea en sede judicial o en sede notarial.

El Asegurado podrá cambiar de Beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación de éste haya sido en carácter irrevocable, en cuyo caso y para su sustitución deberá contar con autorización del Beneficiario irrevocable. A tal efecto, deberá dar aviso a la Compañía de Seguros por escrito y enviar la póliza para que se haga la respectiva anotación en ella.

La Compañía de Seguros pagará válidamente a los Beneficiarios registrados en las Condiciones Particulares de esta póliza, y con ello quedará liberado de sus obligaciones, pues no le será

oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él que no le haya sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

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.

CLAUSULA 12 CONSIDERACIÓN

Esta póliza es emitida en consideración al pago por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares, y entra en vigor en la fecha de vigencia declarada en dichas Condiciones Particulares. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continuará su efectividad hasta la fecha en que el período de cobertura expire. Todos los períodos de cobertura comenzarán y terminarán a las 12:01 horas de la localidad donde se emite la presente póliza, de acuerdo con la cláusula 5 de este contrato.

CLAUSULA 13 MONEDA DEL CONTRATO

Todos los pagos que deban hacerse entre la Compañía de Seguros y el Contratante bajo la Póliza, serán efectuados en colones.

CLAUSULA 14 PRIMAS

- a) **Pago de Primas:** Todas las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Contratante en la oficina de la Compañía de Seguros, o a través de un representante de la Compañía debidamente autorizado para recibir el pago de la prima.
- b) **Periodo de Gracia:** Se concederá un período de gracia de treinta y un (31) días calendario al Contratante, independiente de la forma de pago y sin cobro de interés, para el pago de cualquier prima periódica vencida o su fraccionamiento bajo la Póliza, que empieza a correr a partir de cualquier fecha de vencimiento; excepto en la prima de emisión. Si una prima no es pagada a su vencimiento o en el período de gracia, la

Compañía notificará la decisión de dar por terminado el Contrato, o bien, cobrar la porción de prima, en la vía ejecutiva por el plazo que el contrato se mantenga vigente.

Si la Póliza termina durante o al final de periodo de gracia, el Contratante será responsable ante la Compañía de Seguros, por el pago de una prima prorrateada por el tiempo que la Póliza ha estado en vigor durante dicho periodo de gracia.

En el caso que el Contratante deba pagar una prima prorrateada, ésta se calculará dividiendo la prima de acuerdo al número de días según la frecuencia de pago (anual: 365 días; semestral: 182 días; trimestral: 91 días y; mensual: 30 días) y multiplicándolo por los días que transcurrieron hasta la terminación del seguro.

La Compañía de Seguros pagará los reclamos que se presenten por siniestros ocurridos dentro del Período de Gracia, una vez el contratante haya cancelado el importe correspondiente a las sumas de dinero que, en concepto de primas, se encuentren pendientes de pago para la fecha de dicho(s) reclamo(s). Esto aplica independientemente si la póliza es Contributiva o No-Contributiva por cuanto el encargado del pago de la prima siempre será el Contratante.

- d) **Recargos por fraccionamiento del pago de la prima:** En caso que la modalidad de pago sea menor al año, corresponde aplicar los siguientes recargos según la frecuencia escogida:

Frecuencia de Pago	Recargo Financiero
Anual	0
Semestral	2%
Trimestral	4%
Mensual	8%

- c) **Término del contrato por falta de pago de prima:** Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la Compañía notificará la decisión de dar por terminado el Contrato, o bien, cobrar la porción de prima, en la vía ejecutiva, por el plazo en el contrato se mantenga vigente, esto sin perjuicio del cobro de primas a prorrateada de conformidad con el párrafo tercero de la presente cláusula.

CLAUSULA 15 MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Si el Asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por la Compañía de Seguros como más riesgosa que la declarada al contratar esta póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía de Seguros pagará únicamente, el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiere cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por la Compañía de Seguros para dicha ocupación más riesgosa.

Si el Asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la Compañía de Seguros al recibo de la prueba de dicho cambio reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado se lo comunique o la Compañía tuviese conocimiento de ello y recibiera dicha prueba. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

CLÁUSULA 16 MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

La póliza puede ser modificada en cualquier momento sin el consentimiento de los Asegurados o de cualquier persona que tenga un interés beneficioso en ella. Al acordarse cualquier modificación a la póliza, la Compañía de Seguros, al expedir el addendum correspondiente a la modificación, gestionará para que el Contratante comunique dicha modificación a los asegurados. Los asegurados podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieren conformes con la modificación con solo comunicarlo por escrito al Contratante dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que los asegurados reciben la notificación de dichas modificaciones.

CLAUSULA 17 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMO

Aviso de Siniestro: Aviso por escrito de un evento sobre el cual pueda establecerse una reclamación, deberá ser entregado a la Compañía de Seguros dentro de los treinta (30) días naturales de dicho incidente.

El aviso dado por el Contratante o el Asegurado a la Compañía de Seguros con datos suficientes para identificar al Asegurado se considerará como aviso a la Compañía de Seguros.

Proceso de Reclamo: Presentado el aviso de siniestro, deberá continuarse con los siguientes requisitos:

- A. **Prueba de Pérdida:** Al recibir tal aviso, la Compañía de Seguros suministrará al Contratante y éste a su vez a quien esté gestionando el reclamo del Asegurado, los formularios para la presentación de la prueba de la pérdida y su cuantía aproximada, obligación que está a cargo del Asegurado o Contratante según sea el caso. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Compañía de Seguros dentro de los (180) días siguientes a la fecha de la pérdida por la cual se hace la reclamación. **Si la prueba de la pérdida es recibida fuera de los límites de tiempo arriba indicados, el Asegurado será responsable frente a la Compañía de los daños y perjuicios que se siguieren de la omisión.**
- B. **Exámenes:** La Compañía de Seguros tendrá el derecho y oportunidad por medio de su representante médico en caso de muerte, de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, efectuar la autopsia, ya sea, antes o después del entierro. La Compañía de Seguros se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su coste, que efectúe una autopsia en caso de muerte del Asegurado. Si el Beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal

que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

- C. Pago de Reclamación: Cualquier pago por pérdida de la vida del asegurado es pagadera al Contratante de acuerdo con la Cláusula 2 de las Condiciones Generales.
- D. Procedimientos Legales: Con el fin de cumplir el proceso de atención de reclamos dispuesto por la Compañía de Seguros para efectuar el pago de beneficios al amparo de esta póliza, el Contratante presentará ante la Compañía de Seguros la respectiva prueba de la reclamación de acuerdo con los requisitos previstos en la póliza. La Compañía de Seguros efectuará el pago de beneficios dentro del plazo de treinta (30) días naturales una vez se haya recibido respuesta oportuna a todo requerimiento de información solicitada para el trámite de reclamo correspondiente.

CLAUSULA 18 TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro de cualquier Asegurado terminará en:

- 1) La fecha solicitada por el Contratante del Seguro, dando aviso a la Compañía con al menos un mes de anticipación**
- 2) La fecha en que la Póliza se diera por terminada.**
- 3) Cuando la Compañía notifique la terminación del contrato por mora en el pago de la prima.**

Tal terminación será sin perjuicio de cualquier reclamo que se originara antes de la fecha de terminación.

CLÁUSULA 19 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

El seguro de cualquier Asegurado terminará en:

- 1) La fecha solicitada por el Asegurado dando aviso a la Compañía con al menos un mes de anticipación.**
- 2) La fecha en que termina la relación del Asegurado con el Contratante como miembro de la organización a la que está vinculada.**
- 3) La fecha en que la Póliza se diera por terminada.**
- 4) Cuando la Compañía notifique la terminación del contrato por mora en el pago de la prima.**
- 5) la fecha en que el Asegurado alcance la edad de 65 años.**

Tal terminación será sin perjuicio de cualquier reclamo que se originara antes de la fecha de terminación.

CLAUSULA 20 REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía de Seguros podrá exigir del Asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

CLAUSULA 21 COEXISTENCIA DE SEGUROS

Luego de ocurrido el siniestro, El Contratante tiene el deber de declarar durante el proceso de reclamación la existencia de otros contratos de seguro que puedan amparar los mismos riesgos objeto del presente contrato.

Habrá orden de prelación para el pago de cualquier indemnización cuando ocurran los siguientes supuestos:

- A) Que el siniestro haya ocurrido con ocasión al trabajo, caso en que opera en primera instancia el Seguro de Riesgos del Trabajo que cubre al Asegurado en su condición de trabajador.
- B) Que el siniestro haya ocurrido con ocasión de un accidente de tránsito, caso en que opera en prima instancia el Seguro Obligatorio de Automóviles.
- C) Que el siniestro esté cubierto por otros seguros voluntarios, caso en que responderán en forma proporcional independientemente de lo establecido en las condiciones generales de estos contratos de seguros.

En el caso de los incisos A) y B), el presente contrato de seguro operará en exceso de las coberturas otorgadas por esos seguros obligatorios.

En el caso del inciso C), si la Compañía de Seguros pagó en exceso de lo que le correspondía en nombre de las otras compañías de seguros, podrá recuperar esas sumas; en caso que haya pago en exceso y las otras compañías de seguros pagaron correctamente las sumas que les correspondían, la Compañía de Seguros podrá recuperar la suma en exceso en contra del mismo Asegurado. Estas recuperaciones podrán realizarse en aplicación de las reglas de pago con subrogación reguladas en el Código Civil costarricense y la Ley Reguladora del Contrato de Seguro para aquellos casos en que los pagos realizados por el asegurador tengan un carácter indemnizatorio.

CLAUSULA 22 JURISDICCION Y DOMICILIO

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Contratante, con motivo del presente Contrato de Seguro, queda sometido a la jurisdicción de las leyes de Costa Rica.

Las partes y terceros interesados deberán resolver sus controversias en los Tribunales de Costa Rica o bien, podrán convenir la resolución mediante un arbitraje si así lo consideran pertinente

Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta. Las acciones con el Contratante, en el domicilio del demandado.

CLAUSULA 23 PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas de este Contrato de Seguro prescriben en el plazo de cuatro (4) años a partir de la fecha del suceso que motivara el ejercicio de ésta, según el artículo 17 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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(los) registro(s) número _____ de fecha _____.

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Datos Generales

Nombre del Propuesto Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Cédula: _____ Estado Civil: _____

Sexo: _____

Dirección Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección Residencial: _____

Empresa donde labora: _____ Ocupación: _____

Dirección de Oficina: _____

Teléfono Residencial: _____ Oficina: _____ Celular: _____

Beneficiarios

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.

	Nombre	Cedula	Parentesco	%
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

En caso de póliza Familiar

Dependientes (Cónyuge e hijos hasta 18 años)

Nombre	Cédula	Fecha de Nacimiento	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

