

Seguros del Magisterio S.A.

**SEGURO DE PROTECCIÓN
FAMILIAR PLUS**

Versión 3

Código de producto: P14-24-A02-151-V3

Fecha registro V3: 24-jun-2011

Oficio solicitud registro V2: SM-GG-195-2011

SEGURO PROTECCION FAMILIAR PLUS

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS DEL MAGISTERIO, cédula jurídica número 3-101-571006, denominada en adelante **LA ASEGURADORA**, expide esta póliza de protección familiar plus de acuerdo con las condiciones generales y particulares que a continuación se estipulan y las declaraciones hechas por el **TOMADOR** en la solicitud que origina este contrato, que es parte integrante de este.

Las condiciones particulares tienen prelación sobre las generales.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el **TOMADOR** deje de pagar las primas dentro del período de gracia establecido o notifique por escrito a **LA ASEGURADORA** su deseo de no continuar con el seguro o bien, **LA ASEGURADORA** se exprese contraria a la renovación.

Las primas de esta póliza son pagaderas por anticipado y deben ser canceladas en las oficinas de **LA ASEGURADORA**, en San José, Costa Rica o en el lugar, modo y forma convenidos en las cláusulas particulares.

SEGUROS DEL MAGISTERIO
Cédula Jurídica 3-101-571006

GERENTE

1. COBERTURA

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

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

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

c) **Enfermedades terminales.**

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

d) **Incapacidad total y permanente**

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

f) **Fallecimiento accidental y beneficios por lesiones calificadas**

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

2. CONTRATO

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

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

4. RECTIFICACIÓN

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

5. REPOSICIÓN DE ESTE CONTRATO

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

6. DEFINICIONES

- a. **Asegurado principal:** Persona física incluida como tal en las condiciones particulares de la póliza, que haya cumplido con el proceso de emisión del seguro y por la que se haya cancelado la prima correspondiente.

- b. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.

- c. **Certificado de póliza:** Documento en el cual se detalla la cobertura y condiciones particulares del asegurado.

- d. **Dependiente:** Se consideran dependientes del asegurado principal:

- 1) Su cónyuge si tiene 64 años o menos, siempre que no se encuentre separado de hecho por un plazo mayor a un año.
- 2) El conviviente en unión de hecho si tiene 64 años o menos, con aptitud legal para contraer matrimonio siempre y cuando su relación haya sido pública, singular y estable, durante no menos de 3 años. Esa relación se presume interrumpida si media una separación no menor de un año.
- 3) Sus hijos, hijastros e hijos de crianza, solteros, de 14 días a 21 años de edad, hasta que se casen o convivan en unión libre, lo que ocurra primero.

La edad máxima para contratar el seguro se determinará de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de éstas condiciones generales.

Los nombres aparecerán escritos en las condiciones particulares de esta póliza. La categoría dependiente no implica necesariamente la condición de beneficiario en esta póliza.

- e. **Fecha de emisión:** Fecha que se indica en certificado de póliza y en las condiciones particulares, a partir de la cual la póliza entra en vigor.

- f. **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.

g. Prima: Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

h. Tomador del seguro: Persona física que firma como solicitante en el formulario solicitud del seguro y con quien la aseguradora ha convenido en emitir la póliza.

También podrá ser denominado como EL CONTRATANTE.

i. Manual de aseguramiento compañía RGA: Documento elaborado por la reaseguradora RGA que contiene información descriptiva sobre problemas médicos y actividades consideradas riesgosas que sirve como guía para tomar una decisión sobre si se admite un riesgo y bajo qué condiciones.

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

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

Anualmente LA ASEGURADORA en cada renovación le informará al asegurado sobre el saldo por valor en efectivo que le corresponde, lo que notificará en la dirección o medio señalado de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo segundo de la cláusula 38.

7. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y VIGENCIA DEL SEGURO

El contrato de seguro se perfeccionará con la aceptación de LA ASEGURADORA de la solicitud de seguro hecha por el asegurado principal, lo que deberá hacer dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días naturales a partir de su fecha de recibo.

Este seguro entra en vigor para el asegurado principal desde la fecha de emisión de esta póliza, una vez recibido el pago de la prima inicial y terminará el día inmediato anterior a la fecha del primer aniversario de ella.

8. OMISIONES DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

El tomador y los asegurados, individualmente considerados están obligados a declarar fehacientemente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea suministrado por LA ASEGURADORA.

La omisión, la reticencia o la inexactitud 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 relativa.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado ni el asegurado está sujeto a la práctica de exámenes o diagnósticos, la omisión,

la reticencia o la inexactitud producirán igual efecto si el Tomador y/o Asegurado ha encubierto dolosamente, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, lo que deberá ser debidamente demostrado por LA ASEGURADORA.

Si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador y/o asegurado, el contrato no será nulo, pero LA ASEGURADORA sólo estará obligada, en caso de siniestro a pagar un porcentaje del valor asegurado, equivalente al que la tarifa o prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

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

9. DISPUTABILIDAD

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

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 seis

(6) 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.

10. CONDICIONES DE EMISION

La edad de emisión para la cobertura básica de muerte para el asegurado principal será de dieciocho (18) a sesenta y cuatro (64) años de edad inclusive, para su cónyuge o conviviente asegurado será de dieciocho (18) a sesenta y cuatro (64) años de edad inclusive y para su hijo, hijo de crianza o hijastro asegurado de catorce (14) días de nacido a veintiún (21) años de edad inclusive.

Para la cobertura de muerte accidental la edad de emisión para contratarla para el asegurado principal será de dieciocho (18) hasta sesenta y cuatro (64) años.

Para las coberturas de incapacidad total y permanente y adelanto de pago de primas la edad de emisión para contratar esas coberturas para el asegurado principal será de dieciocho (18) hasta cincuenta y nueve (59) años.

Para la cobertura de enfermedades terminales la edad de emisión será para el asegurado principal y su cónyuge o conviviente asegurado de dieciocho (18) años a sesenta y cuatro (64) años y de catorce (14) días de nacido a veintiún (21) años para los hijos.

En todas las coberturas los asegurados deben encontrarse en buen estado de salud, para lo cual se completará la respectiva declaración de salud en el

formulario que será suministrado por LA ASEGURADORA.

11. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

1. Si la edad verdadera ESTA FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE LA ASEGURADORA, el contrato se considerará nulo. LA ASEGURADORA está obligada a informar al asegurado las edades límites a las que este inciso hace referencia previo a la suscripción del contrato.
2. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y
3. Si la edad verdadera es menor, el valor asegurado se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral anterior.

12. SUICIDIO

Si un asegurado comete suicidio durante el primer año de estar asegurado en esta póliza, sea que estuviere o no en pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, LA ASEGURADORA sólo estará obligada a devolver las primas que por su seguro hubiere recibido. Ese reintegro se hará al TOMADOR DEL SEGURO o a los beneficiarios designados, según corresponda.

13. MODIFICACIÓN DE RIESGO

El tomador deberá comunicar a LA ASEGURADORA, dentro de los quince días naturales de haberse

producido, cualquier cambio que afecte a la profesión u ocupación de cualquiera de las personas aseguradas. LA ASEGURADORA, dentro de ese término se pronunciará sobre las condiciones para la continuación del seguro, sin perjuicio de decidir su rescisión cuando tal cambio lo determine.

Si dentro de la vigencia de esta póliza el asegurado cambiara su ocupación a otra catalogada en la nota técnica de este seguro como más peligrosa que la estipulada en esta póliza, y posteriormente al cambio de ocupación sufriera un siniestro mientras esté ejecutando algún acto propio de tal ocupación la indemnización será la que corresponda a los beneficios que hubiera podido comprar con la prima pagada y para la clasificación del nuevo riesgo.

Si el asegurado cambiara su ocupación a otra calificada como no asegurable, se encuentra obligado a notificar por escrito a LA ASEGURADORA, tales hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato.

La notificación debe hacerse dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Si el cambio da origen a una modificación de las sumas aseguradas, LA ASEGURADORA comunicará al asegurado la nueva cobertura, que entrará a regir a partir de la fecha del cambio de condiciones, siempre y cuando estén dentro del límite de aceptación establecidos en las condiciones particulares.

14. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Habiendo sido la prima calculada de acuerdo con las características declaradas por el Asegurado, éste deberá comunicar a LA ASEGURADORA los cambios o las agravaciones aún cuando fueran temporales que pudieren afectar la base de contratación.

15. EXCLUSIONES

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

- a) Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.
- b) Como consecuencia del estado de embriaguez cuyo grado sea superior a cero punto cinco gramos por litro de sangre, o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, somníferos, desinhibitorios o alucinógenos, aún cuando ella sea parcial, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica.
- c) Participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado, sus dependientes o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- d) 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.
- e) Participación activa en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda

conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.

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

16. SUMA ASEGURADA

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

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

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

17. MONTO MÁXIMO DE SEGURO

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

LA ASEGURADORA llevará un control estricto para evitar que la suma asegurada por asegurado exceda

ese límite. En el caso de que por alguna razón el límite fuere excedido, LA ASEGURADORA deberá informar de esa situación al asegurado, así como reintegrarle las primas pagadas en exceso.

18. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta póliza serán, en orden excluyente:

- a) Los expresamente señalados por el asegurado.
- b) Los herederos legales del asegurado en caso de no haber designado, que éstos hayan premuerto o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiarios por cualquier causa.

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

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues

la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

19. 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.

20. PAGO DE LAS PRIMAS

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

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

Si el asegurado falleciera y no hubiere cancelado la prima correspondiente dentro del período de gracia

establecido en el artículo N°21, LA ASEGURADORA se eximirá de toda responsabilidad en el pago de esta póliza.

LA ASEGURADORA no tiene obligación de cobrar las primas ni dar aviso de su vencimiento, aunque si así lo hiciese en la práctica, esto no establecerá precedente ni obligación alguna.

21. 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.

22. AVISO DE SINIESTRO

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

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

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

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

23. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

En caso de que 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 las Condiciones Particulares, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) del artículo 18 de las Condiciones Generales.

24. DOCUMENTACION POR PRESENTAR

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

I) Muerte y muerte accidental

Aviso de siniestro ocurrido

Certificado de defunción original extendido por Registro Civil y que indique la causa de defunción

Original y fotocopia de la cédula del fallecido

Original (es) y fotocopia(s) de la(s) cédula(s) de l(os) beneficiario(s)

Si hay menores designados como beneficiarios constancia de nacimiento.

Original y fotocopia de la cédula de quien ostente la patria potestad o tutela del menor (Este segundo caso presentar documentos que respalden el nombramiento)

Si es muerte accidental copia certificada de la sumaria.

II) Incapacidad total y permanente

Aviso de siniestro ocurrido

Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnóstico de incapacidad y la fecha a partir de cuándo es efectiva

Copia de la acción de personal

Original y copia de la cédula de identidad del asegurado

Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica

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

Aviso de siniestro ocurrido

Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnóstico de incapacidad y la fecha a partir de cuándo es efectiva.

Copia de la acción de personal.

Original y copia de la cédula de identidad del asegurado.

Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

IV) Enfermedad terminal

Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnóstico de la enfermedad terminal y la expectativa de vida

Original y copia de la cédula de identidad del asegurado.

Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

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

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

Cuando LA ASEGURADORA revise la información presentada por el solicitante y detecte la falta de algún documento para la presentación del reclamo, le informará al solicitante y recibirá el resto de la información. No obstante; el trámite para iniciar el proceso de liquidación será efectivo al presentar todos los requisitos.

La Dirección de Operaciones de LA ASEGURADORA procede con el análisis y aprobación o denegación del caso, según corresponda de conformidad con las cláusulas del contrato. En caso de requerirse documentación

adicional, la Ejecutiva de Indemnizaciones se comunicará con el beneficiario o asegurado, o bien solicita esta información al Técnico en Registros Médicos y con ello procede con la liquidación.

De ser aprobada la liquidación, por la Dirección de Operaciones, se traslada el expediente a la Gerencia o Subgerencia para su aprobación y emisión de la orden de pago. El plazo para el pago del siniestro es de 30 días naturales, una vez presentada la totalidad de requisitos.

LA ASEGURADORA girará el dinero a favor del asegurado o beneficiario (s) según la cobertura estipulada en el contrato.

25. TERMINACION ANTICIPADA

Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por el asegurado principal en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

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

26.- RENOVACIÓN DE COBERTURAS ADICIONALES

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

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

Esta nueva prima, si correspondiere, deberá ser pagada anticipadamente. Para ese efecto, se entenderá por edad actuarial a la correspondiente al cumpleaños más próximo del asegurado, ya sea pasado o futuro.

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

Sin perjuicio de lo descrito precedentemente en este artículo, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de no renovar esta póliza, previa comunicación por escrito al tomador con una anticipación de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

En el caso que la póliza no sea renovada por parte de LA ASEGURADORA y se presente un siniestro cubierto bajo esta póliza, LA ASEGURADORA será responsable hasta el monto máximo que se especifica en las Condiciones Particulares.

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

27.- CAUSALES DE NO RENOVACION DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

La ASEGURADORA no renovará las coberturas adicionales cuando concurra cualquiera de las siguientes causas:

- a) Cuando se dé una modificación del estado del riesgo que implique un cambio sustancial en las condiciones inicialmente pactadas, es decir, que de acuerdo con el manual de aseguramiento de la compañía RGA no sea factible la aceptación del riesgo, documento que de antemano fue puesto en conocimiento del tomador del seguro y asegurado según corresponda.
- b) Si el asegurado principal cambia su ocupación a otra calificada como no asegurable de acuerdo con el manual de aseguramiento de la compañía RGA, documento que de antemano fue puesto en conocimiento del tomador del seguro y asegurado según corresponda.

28. CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) Cuando el asegurado principal deje de pagar la prima acordada en el plazo establecido en el artículo vigésimo primero.
- b) Cuando el asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
- c) Muerte del asegurado principal. En este caso, también terminará automáticamente para el grupo familiar.
- d) Para el cónyuge o conviviente en unión de hecho al cumplir (70) setenta años de edad.
- e) Para los hijos, hijastros o hijos de crianza al cumplir (25) veinticinco años de edad, al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.

Sin embargo, si el cónyuge o conviviente en unión de hecho o el hijo dependiente es sujeto de seguro podrá

convertirlo de acuerdo con la edad alcanzada, hasta por el mismo monto a la fecha de la conversión, sin presentar evidencia de asegurabilidad y bajo uno de los planes de vida vigentes, según las tarifas aplicables en la fecha de conversión.

29. PRÉSTAMOS SOBRE LA PÓLIZA

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

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

La ASEGURADORA podrá diferir la concesión de un préstamo sobre la póliza, por un período hasta por seis meses, contados desde la fecha de la solicitud para tal préstamo. Lo anterior no rige cuando se trata de un préstamo para pagar primas en descubierto de pólizas de vida en la propia ASEGURADORA. El total o parte de la deuda puede ser cancelado en cualquier momento antes del vencimiento de esta póliza.

Cuando la deuda total iguale o exceda el valor en efectivo a favor del asegurado, esta póliza se dará por terminada después de transcurridos treinta días, contados desde la fecha en que se dé aviso de ello a la última dirección conocida del asegurado principal.

30. RESCATE DE LA PÓLIZA POR SU VALOR EN EFECTIVO

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

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

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

31.- DERECHO DE PROPIEDAD

El asegurado podrá ejercer todos los privilegios y derechos de propiedad bajo esta póliza, lo que comprende el derecho a (1) cambiar al beneficiario sin su consentimiento; (2) ceder en garantía esta póliza; (3) recibir todos los beneficios y ejercer cualquier derecho o privilegio que esta póliza provee.

La cesión del contrato de seguro deberá ser comunicada a LA ASEGURADORA en un plazo máximo de treinta días hábiles desde la fecha en que se verifique. La omisión de esta comunicación dará derecho a LA ASEGURADORA para dar por terminado el contrato.

32. CONVERTIBILIDAD

El asegurado que cancele su seguro después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo y que no supere los sesenta y cinco (65) años, tendrá derecho a ser asegurado sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta Póliza 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 seguro.

El Seguro Individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, su ocupación en la fecha de la solicitud y sobre prima por salud que tuviere.

33. REHABILITACIÓN

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

La rehabilitación estará sujeta a:

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

b) Al sometimiento de evidencia de asegurabilidad, incluyendo evidencia de buena salud, a satisfacción de la **ASEGURADORA**, en cuyo caso el gasto incurrido al someter esa evidencia será sufragado por el solicitante. Es obligación de los asegurados someter evidencia fehaciente de que goza de buena salud a la fecha de rehabilitación, entendiéndose por ello, evidencia certificada de todos los médicos que han atendido a los asegurados durante el período comprendido entre la fecha del último pago de prima y la fecha que solicitó por escrito la rehabilitación.

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

La **ASEGURADORA** se reserva el derecho de someter a examen médico a una o varias personas cubiertas por este seguro. Cumplido todo lo anterior se rehabilitará la póliza mediante aviso que cursará la **ASEGURADORA**. Para efecto de los artículos 9 y 12 (**disputabilidad y suicidio**) el término comenzará a regir nuevamente a partir de la fecha de la rehabilitación.

34. COSTO PARA PROVEER EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

El gasto incurrido al someter a evidencia de asegurabilidad será sufragado por la

ASEGURADORA, excepto en caso de rehabilitación de la póliza en donde el costo incurrido para tal evidencia será sufragado por el solicitante.

35. ALCANCE TERRITORIAL

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

36. 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.

37. JURISDICCION

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

38. 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.

39. 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.

40. IMPUESTOS

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

41. 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 previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social n° 7727 de 9 de diciembre de 1997.

42. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Costa Rica, sobre el tema de prevención de legitimación de capitales, 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.

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

43. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

El incumplimiento de lo anterior dará derecho al perjudicado al cobro de los daños y perjuicios que se le ocasione.

44. 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, normativa emanada de la Superintendencia de Seguros, Código de Comercio, Código Civil y cualquier otra que resulte aplicable.

Firma del profesional de la elaboración del dictamen jurídico que sustenta este documento.


Lic. Rodrigo José Aguilar Moya

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

CLAUSULA DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza y en adición a lo expresado en ellas, esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro protección familiar plus, se toma en conjunto con la cobertura de adelanto de pago de primas ante incapacidad total y permanente y se 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 indemnizar al asegurado un monto equivalente a dos veces la suma asegurada de la cobertura básica de muerte, en un solo tracto cuando dentro de la vigencia le sea diagnosticada una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente, estructurada dentro de la vigencia de la póliza, que de por vida le impidan a la persona, desempeñar las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.

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

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

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

2.- DEFINICIONES

Para efecto de esta cláusula se entiende:

a) Alteraciones funcionales: Cambio en la situación normal de las funciones del órgano afectado.

b) Incapacidad total y permanente: La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente 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) El asegurado no haya cumplido la edad máxima de cobertura a la fecha de sufrir la incapacidad total y permanente.
- b) Haber transcurrido al menos seis (6) meses, es decir, 180 días naturales desde la fecha

en que ocurrió la incapacidad total y permanente.

- c) Continuar permanentemente inválido a la fecha en que el beneficio se hace efectivo.
- d) Presentar el asegurado, a su costa, cuando la aseguradora lo solicite, pruebas suficientes de estar y continuar permanentemente incapacitado.

4.- EXCLUSIONES

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

- a) Fue provocada en forma dolosa o culposa por el asegurado ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, cualquiera sea la época en que ocurra.
- b) Fue provocada por un tercero con el consentimiento del asegurado.
- c) No persiste por un periodo continuo de al menos ciento ochenta (180) días naturales, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente.
- d) Sobrevengan por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toro, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.
- e) Sea consecuencia de la participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

f) Derive de la práctica o el desempeño de cualquier actividad que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, como ser la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, toro, 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.

5.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

El asegurado deberá proporcionar a LA ASEGURADORA todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a LA ASEGURADORA para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y está obligado a someterse a los exámenes y pruebas que LA ASEGURADORA solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la incapacidad permanente y la fecha en que ésta se haya producido.

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

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

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

6.- CONTINUIDAD DE LA INCAPACIDAD

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

7.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará automáticamente en el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado principal cumpla sesenta y cinco (65) años, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto en las condiciones generales sobre la caducidad del seguro.

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

8.- DISPUTABILIDAD

Esta cobertura es disputable durante toda su vigencia

CLAUSULA DE 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 accesorio del seguro protección familiar plus y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por sus condiciones generales. Sin embargo, si hubiese una contradicción entre las condiciones de la póliza y las de ésta cláusula o si las condiciones que a continuación se estipulan son diferentes, prevalecerán las siguientes:

1.- COBERTURA

LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en las condiciones particulares dentro de un plazo máximo de treinta días naturales después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado o sus lesiones corporales establecidas en la cláusula 3, se produjeron durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

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

2.- DEFINICIONES

Para efecto de esta cláusula se entiende:

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

extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- i. Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.
 - ii. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
 - iii. La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.
 - iv. El carbunco o tétano de origen traumático.
- b) **Lesiones calificadas:** Las establecidas en la tabla de indemnizaciones de esta cobertura.
- c) **Pérdida:** Inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

3.- TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR LESIONES CALIFICADAS

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

SÉGURO PROTECCIÓN FAMILIAR PLUS
CONDICIONES GENERALES
COBERTURAS ADICIONALES

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, deshinibitorios o alucinógenos, aún cuando ella sea parcial, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica.

- b) Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- c) Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- d) Lesiones inferidas al asegurado por un tercero con su consentimiento.
- e) Accidentes que el Asegurado sufra como consecuencia de su participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, huelga, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- f) Participación activa del asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.
- g) Accidentes producidos directamente o indirectamente, próxima o remotamente, por fisión o fusión nuclear.

- h) Accidentes producidos por terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán y en general todo fenómeno de la Naturaleza de carácter catastrófico.**
- i) Accidentes que sobrevengan por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreos, 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 trate únicamente con una infección piógena que ocurra simultáneamente con, y a consecuencia de, una cortadura o herida accidental o visible.**
- n) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo 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, toreos, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.**
- p) Abortos, cualquiera que sea su causa.**
- q) Fusión o fisión nuclear o radiactiva.**

5.- DERECHO DE EXAMEN

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

6.- TERMINACION DE LAS COBERTURAS

Las coberturas contempladas en esta cláusula terminarán automáticamente en el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla setenta (70) años, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto en las condiciones generales sobre la caducidad del seguro.

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

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

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

1. COBERTURA

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

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

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

2. DEFINICIONES

Para efecto de esta cláusula se entiende:

- a) **Alteraciones funcionales:** Cambio en la situación normal de las funciones del órgano afectado.
- b) **Incapacidad total y permanente:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que

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

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

3.- EXCLUSIONES

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

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

- d) **Sobrevengan por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.**
- e) **Sea consecuencia de la participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- f) **Derive de la práctica o el desempeño de cualquier actividad que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, como ser la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, toreo, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, 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.**

4.- 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.

El asegurado deberá proporcionar a LA ASEGURADORA todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a LA ASEGURADORA para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y está obligado a someterse a los exámenes y pruebas que LA ASEGURADORA solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la incapacidad permanente y la fecha en que ésta se haya producido.

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

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

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

5.- 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.

6.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará automáticamente en el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto en las condiciones generales sobre la caducidad del seguro.

SÉGURO PROTECCIÓN FAMILIAR PLUS
CONDICIONES GENERALES
COBERTURAS ADICIONALES

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

7.- DISPUTABILIDAD

Esta cobertura es disputable durante toda su vigencia

COBERTURA DE ENFERMEDADES TERMINALES

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

1.- COBERTURA

LA ASEGURADORA adelantará un 50% del monto contratado en la cobertura básica cuando al asegurado le sea diagnosticada por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, por primera vez una enfermedad en estado terminal y su expectativa de vida no sobrepase dos años.

2.- EXCLUSIONES

Esta cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre ninguna enfermedad 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 en unión de hecho es de dieciocho (18) años hasta sesenta y cuatro (64) años de edad.

Para sus hijos, hijastros o hijos de crianza la edad mínima de ingreso es de quince (15) días de nacido y la máxima de veintiún (21) años de edad.

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

4.- COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

El asegurado deberá proveer prueba satisfactoria a LA ASEGURADORA de su enfermedad terminal y de que su expectativa de vida no supera veinticuatro meses o menos, contabilizadas desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio.

Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado; ni su cónyuge ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él.

LA ASEGURADORA a través de una autoridad médica competente que así disponga, revisará los documentos médicos que señalen la condición de enfermedad terminal 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 aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el cónyuge o conviviente en unión de hecho cumpla sesenta y nueve (69) años y para los hijos al alcanzar veinticuatro (24) años de edad.

SÉGURO PROTECCIÓN FAMILIAR PLUS
CONDICIONES GENERALES
COBERTURAS ADICIONALES

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

Firma del profesional responsable de la elaboración del dictamen jurídico que sustenta este documento.



Lic. Rodrigo Aguilar Moya