

Seguros del Magisterio S.A.

Seguro Vida Grupos

Código de producto: P14-26-A02-006-VLRCS

Fecha de registro VLRCS: 20-abr-12

Oficio de solicitud de registro VLRCS: SM-GG-085-2012

1.- PARTES DEL CONTRATO Y MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

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

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

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

2.-COBERTURAS

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

a) Fallecimiento (cobertura básica): Comprende la indemnización del monto asegurado por la muerte de cada persona asegurada que haya cumplido con el proceso de selección de riesgos, elegibilidad individual, con el pago de primas acordado y cuyo fallecimiento no se configure como una exclusión consignada en el contrato póliza.

b) Incapacidad total y permanente

c) Exoneración de pago de primas ante incapacidad total y permanente

d) Fallecimiento accidental y beneficios por lesiones calificadas

e) Enfermedades terminales (coberturas adicionales),

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

3.- CONTRATO Y OBLIGACION DE ENTREGA

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

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

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

4. – MODIFICACIONES DEL CONTRATO

Cualquier cambio a las condiciones de esta póliza debe constar por escrito, en idioma español y debidamente firmado por las partes. Los cambios que se hagan deberán ser comunicados al asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en el artículo 46.

5. – RECTIFICACIÓN

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

podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba aquella. Transcurrido este plazo se consideraran aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

6.- REPOSICIÓN DE ESTE CONTRATO

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

7.- DEFINICIONES

- a. **Asegurado principal:** Persona física miembro del grupo asegurado que haya cumplido con lo dispuesto en el artículo octavo "elegibilidad" y por la que se haya cancelado la correspondiente prima mensual.
- b. **Asegurados dependientes:** Comprende el núcleo familiar del asegurado principal, que se entiende para efecto de este seguro como el cónyuge o conviviente y los hijos de acuerdo con los límites de edad establecidos en estas condiciones generales.
- c. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- d. **Declaración falsa:** se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
- e. **Declaración reticente:** se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado
- f. **Grupo asegurable:** Aquel sobre el que se le hace la oferta de seguro colectivo. Está constituido por todas las personas físicas que pertenezcan al grupo que represente el TOMADOR DEL

SEGURO y está conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tiene con una tercera persona (tomador) relaciones estables de idéntica naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el seguro. La edad máxima para ingresar y la de permanencia se especifican en las condiciones particulares de la póliza.

- g. **Grupo asegurado:** Personas físicas que han cumplido con los requisitos para ser asegurados y dieron su consentimiento expreso en ese sentido.
- h. **La aseguradora:** SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
- i. **Póliza:** Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de ésta las condiciones generales y particulares de la modalidad que se contrate, los adenda que se emitan para complementar o modificarla, así como la solicitud de inclusión en el seguro, la declaración de salud, las pruebas médicas y cualquier otro documento relacionado con las condiciones del asegurado, contratante u otro que así se indique expresamente en las condiciones particulares.
- j. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- k. **Tomador del seguro:** Entidad legalmente constituida que contrata esta póliza en representación del grupo asegurado, frente al cual la aseguradora ha convenido en emitir la póliza. También podrá ser denominado como EL CONTRATANTE.

8.- PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y VIGENCIA DEL SEGURO

El contrato de seguro se perfeccionará con la aceptación del TOMADOR DEL SEGURO de la oferta de LA ASEGURADORA o de la aceptación de ésta de la contraoferta del TOMADOR DEL SEGURO, lo que deberá hacer dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días

naturales a partir de su fecha de recibo. La omisión de LA ASEGURADORA de pronunciarse en ese plazo, implicará que la contraoferta se entiende aceptada a favor del TOMADOR DEL SEGURO.

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

9.- ELEGIBILIDAD

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

10.- PRORROGA DEL CONTRATO

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

11.- PERIODO DE COBERTURA

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

12.- OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO

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

En tal orden de ideas, el contrato se celebra con base en los datos facilitados por EL TOMADOR

DEL SEGURO y/o Asegurado, en la declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios suministrados por LA ASEGURADORA, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

13.- CONDICIONES DE EMISION

La edad de emisión para la cobertura básica de muerte en el caso del asegurado principal, su cónyuge o conviviente asegurado será de quince (15) hasta sesenta y nueve (69) años y para su hijo, hijo de crianza o hijastro asegurado de quince días de nacido hasta cumplir veintitrés (23) años de edad.

Para las coberturas de incapacidad total y permanente, fallecimiento accidental y beneficios por lesiones calificadas y exoneración de pago de primas la edad de emisión para contratar esas coberturas para el asegurado principal será de quince (15) hasta cincuenta y nueve (59) años.

Para la cobertura de enfermedades terminales la edad de emisión de esta cobertura será para el asegurado principal y su cónyuge o conviviente asegurado de quince (15) años a sesenta y nueve (69) años y de quince (15) días de nacido a veintitrés (23) 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.

14.- OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS

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

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la omisión, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el **TOMADOR DEL SEGURO y/o Asegurado** han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, lo que deberá ser demostrado por la **ASEGURADORA**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16.- DISPUTABILIDAD

La sumas contratadas serán disputables con relación a cualquier asegurado que falleciere, de conformidad con lo establecido en el cuadro siguiente, como consecuencia de alguna enfermedad, estado o condición física o mental, lesión o accidente, del cual tuviere conocimiento en el momento de la suscripción de este seguro; por la que estuvo sometido a tratamiento, fue diagnosticada por un médico, fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado o terceras personas.

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

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

Para cada aumento de monto asegurado se reinicia el periodo de disputabilidad y suicidio, por el incremento correspondiente.

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

17.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

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

18.- SUICIDIO

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

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

19.- EXCLUSIONES DE INDEMNIZACIÓN APLICABLES A ESTE PLAN DE SEGURO

Los asegurados cuya edad sea mayor de 65 (sesenta y cinco) años a la fecha de inicio de cualquiera de las coberturas de este contrato, únicamente sus beneficiarios tendrán derecho de indemnización en caso de muerte del asegurado (cobertura básica), sin disfrutar de las coberturas adicionales contratadas.

20.- EXCLUSIONES

Este seguro no amparará el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado se produce como consecuencia de alguna de las situaciones siguientes.

- a) Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- b) 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) Participación en actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, motín, sedición, perturbación del orden público o los que le sobrevengan si infringe las leyes o decretos relativos a la seguridad de personas, así como los provocados por cualquier otro acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión o por la tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- d) Participación activa en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la

intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquiera de sus segmentos.

e) **Fisión o fusión nuclear.**

f) **Participación del asegurado 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.**

21.- SUMA ASEGURADA

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

La suma asegurada podrá ser incrementada en cualquier momento, siempre y cuando sea reportada a LA ASEGURADORA, el asegurado diligencie la solicitud de inclusión correspondiente, cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA ASEGURADORA y esta lo autorice expresamente.

22.- MONTO MÁXIMO DE SEGURO

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

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

23.- BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta póliza serán, en orden excluyente:

a) Los expresamente señalados por el asegurado.

b) Los herederos legales del asegurado en caso de no haber designado, que los beneficiarios hayan premuerto o la designación se tome 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.

24. – 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 pague 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.

25.- INCLUSION DE ASEGURADOS

El miembro del grupo asegurable que desee estar cubierto por las coberturas contratadas deberá completar la fórmula suministrada por LA ASEGURADORA, en la que solicita su inclusión en el seguro. También deberá llenar la designación de beneficiarios, lo cual debe quedar respaldado por su firma.

LA ASEGURADORA dentro de un plazo que no excederá de treinta días naturales comunicará la aceptación o rechazo de la solicitud y de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad establecidas.

Si la solicitud de inclusión es aceptada LA ASEGURADORA lo incluirá en el registro que se indica en el artículo 26 y generará el certificado individual de seguro que se le hará llegar al asegurado.

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

26.- REGISTROS

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

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

27.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

La ASEGURADORA deberá:

a) Entregar en el medio designado por el asegurado para recibir notificaciones un certificado individual de cobertura en el que se especificará la descripción y monto de cada una de las coberturas contratadas, así como la información que se indica en la cláusula 53.

b) Notificar al asegurado cualquier decisión que tenga por objeto la rescisión o nulidad de este contrato, para que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

c) Entregar a los integrantes del grupo asegurable y a la persona asegurada idéntica información, en iguales términos y condiciones como si se tratara de un contrato de seguro individual, en especial, las cláusulas de disputabilidad y exclusiones de la póliza.

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

28.- DERECHOS Y DEBERES DEL ASEGURADO

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

El acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar a LA ASEGURADORA su domicilio en forma exacta, para que llegado el caso, les notifiquen las decisiones indicadas en el inciso b del artículo 27 anterior.

29. - PAGO DE LAS PRIMAS

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

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

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

30.- PLAZO DE GRACIA

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

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

Si la prima no es pagada antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y LA ASEGURADORA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de ese plazo.

31.- AVISO DE SINIESTRO

EL TOMADOR DEL SEGURO, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar a aviso a LA ASEGURADORA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación, salvo caso de fuerza mayor, en cuya hipótesis y previa comprobación, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

Si el asegurado no puede realizar personalmente el aviso, podrá hacerlo mediante un apoderado debidamente facultado, de conformidad con lo dispuesto

en los artículos 1251, siguientes y concordantes del Código civil.

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

El asegurado, tomador y los beneficiarios, a petición de LA ASEGURADORA deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento que se detalla en el artículo 32 siguiente.

32.- DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR.

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

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

a) FALLECIMIENTO

1. Nota del contratante solicitando el pago por el fallecimiento del asegurado.
2. Fotocopia de la declaratoria del defunción del fallecido.
3. Fotocopia de la cédula de identidad del fallecido.
4. Fotocopia de la cédula de identidad de los beneficiarios.
5. Constancia de nacimiento de los beneficiarios menores de edad.
En caso de que el beneficiario sea menor de edad, se requiere; fotocopia de la cédula de

identidad, de los tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares. De acuerdo a lo regulado en los artículos 140 y 175 del Código de Familia, siguientes y concordantes.

6. Certificado de Defunción Original, expedido por el Registro Civil que indique las causas de muerte del asegurado.

b) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE y EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMA ANTE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE .

1. Fotocopia de la cédula de identidad del fallecido.
2. Certificado de incapacidad total permanente, que indique el porcentaje de incapacidad; emitida por la entidad respectiva, entre las que se encuentran la Caja Costarricense de Seguro Social, Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional y la Medicatura Forense del Poder Judicial de Costa Rica.

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

En caso de fallecimiento accidental:

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

1. Copia Certificada de la Sumaria del accidente.

En caso de Lesiones Calificadas:

1. Fotocopia de la cédula de identidad del fallecido o asegurado.
2. Certificado que respalde las lesiones calificadas, emitida por la entidad respectiva, entre las que se encuentran la Caja

Costarricense de Seguro Social y la Medicatura Forense del Poder Judicial de Costa Rica.

d) ENFERMEDAD TERMINAL

1. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado.
2. Certificado que indique el diagnóstico de la enfermedad terminal y fecha del mismo, emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social.

33.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

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

Si la ASEGURADORA incurre en mora en el pago de la indemnización, ello generará la obligación de pagar al TOMADOR o beneficiario, según corresponda, los

daños y perjuicios, que para efecto de las coberturas consisten en el pago de intereses moratorios legales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 497 del Código de Comercio.

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

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

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en la solicitud correspondiente, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) del artículo N. 23 de las Condiciones Generales.

34.- DEDUCCION Y CANCELACIÓN DE COBERTURAS

Una vez pagada la indemnización por la cobertura adicional de Incapacidad total y permanente, se cancelarán la totalidad de coberturas contratadas tanto para el asegurado titular indemnizado como para los asegurados dependientes, salvo que se haya contratado de forma expresa el beneficio adicional de "exoneración del pago de la prima en caso de incapacidad total y permanente", que mantendrá vigente únicamente la cobertura básica del beneficio de muerte tanto para el titular como para su grupo familiar.

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

35.- RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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

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

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

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

Las condiciones económicas de la renovación dependerán del resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediata anterior.

37.- TERMINACION ANTICIPADA

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

LA ASEGURADORA tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá reembolsar la prima no devengada al **TOMADOR** o asegurado según corresponda.

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

38.- CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) En la anualidad más próxima a la fecha en la que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia establecida por LA ASEGURADORA para la cobertura básica.
- b) Cuando se indemnice por cualquiera de las coberturas afectadas (excepto indicación expresa en contrario dentro de las condiciones particulares del seguro).
- c) Cuando el asegurado principal alcance la edad de setenta y cinco (75) años en las coberturas de muerte y la de enfermedades terminales. En ambos casos, la cobertura también terminará automáticamente para los asegurados dependientes.
- d) Cuando el asegurado principal alcance la edad de sesenta y cuatro (64) años en los casos de las coberturas de incapacidad total y permanente, fallecimiento accidental y beneficios por lesiones calificadas y exoneración de pago primas.
- e) Para el cónyuge o conviviente al cumplir setenta y cinco (75) años de edad.
- f) Para los hijos, al cumplir (25) veinticinco años de edad o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.
- g) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima mensual del asegurado cubierto por esta póliza en el plazo establecido en el artículo trigésimo.

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

- h) Cuando vencido el año póliza el TOMADOR decidiera no renovarlo.
- i) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado, salvo que el costo del seguro se haya cancelado mediante el sistema de Prima Única.
- j) En el caso de que el cónyuge o conviviente o algún otro asegurado dependiente se encuentre asegurado, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado o fallezca.
- k) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- l) Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que LA ASEGURADORA lo acepte expresamente.

39.- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del Grupo Asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo y que no superen los sesenta y cuatro (64) años, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de Seguro Individual de los que LA ASEGURADORA promueve, con excepción de aquellos en que el monto asegurado es creciente, siempre y cuando lo solicite dentro del mes, contado a partir de su retiro del grupo. El Seguro Individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, su ocupación en la fecha de la solicitud y sobreprima por salud que tuviere.

40.- CONTINUIDAD DE COBERTURA

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

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

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

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

Es requisito indispensable el envío a LA ASEGURADORA del último listado emitido por la compañía de la cual es trasladado el grupo, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales con la siguiente información: nombres, apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura, sobreprimas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de los valores asegurados sobre los iniciales requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares.

41.- GARANTÍA DEL TOMADOR DEL SEGURO

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

43.- ALCANCE TERRITORIAL

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

44.- 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.

45.- JURISDICCION

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

46.- 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.

47.- 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.

48.- IMPUESTOS

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

49.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia que surja o se relacione con este contrato, su interpretación y cumplimiento podrá ser sometida de común acuerdo entre partes para su solución, a alguno de los procedimientos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social n° 7727 de 9 de diciembre de 1997, en cualquiera de los centros

establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

50.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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

51.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

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

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

De igual modo, queda a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente, pero queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto.

52.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

Según los términos definidos con EL TOMADOR DEL SEGURO, en el caso de la modalidad no contributiva, se pueden distribuir beneficios por baja siniestralidad al

finalizar cada periodo, de acuerdo con el procedimiento establecido en las condiciones particulares de esta póliza.

Los beneficios se distribuirán así:

1. Primer año: Para EL TOMADOR DEL SEGURO: 30% (treinta por ciento de la utilidad neta del seguro)
2. Segundo año: Para EL TOMADOR DEL SEGURO: 40% (cuarenta por ciento de la utilidad neta del seguro)
3. Tercer año y siguientes: Para EL TOMADOR DEL SEGURO: 50% (cincuenta por ciento de la utilidad neta del seguro).

En el caso de los seguros de modalidad contributiva en el pago de la prima por parte de los asegurados, los excedentes deben repercutir en el grupo asegurado.

53. – CERTIFICADO DE COBERTURA

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

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

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

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

De igual modo, podrán solicitar copia de esa documentación quienes sin ser asegurados, tengan interés en el seguro en razón de concurrir a financiar

el pago de la prima o encontrarse afectos a cumplir obligaciones y cargas de la póliza.

54.- NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley Reguladora del Contrato de Seguros, normativa emanada de la Superintendencia de Seguros, Código de Comercio, Código Civil y cualquier otra que resulte aplicable.

55.- CONTACTO PARA CONSULTA DE RECLAMOS

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

Teléfono : 2523-6880
Fax : 2222-5431
Correo electrónico:
indemnizaciones@segurosdelmagisterio.com

**Representante Legal
Contratante**

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


Lic. Rodrigo Aguilar Moya

**Representante
Seguros del Magisterio, S.A.**

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, ley 8653, bajo el registro número P 14-26-A02-006 de 21 de agosto de 2009”.

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN
SEGURO VIDA GRUPOS**



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

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

Datos del solicitante y los beneficiarios

Datos del solicitante					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo		N° Identificación	
Fecha nacimiento	Profesión	Ocupación actual	Estado civil	Sexo	
Datos de contacto					
Distrito	Cantón	Provincia	Teléfono 1	Teléfono 2	E-Mail
Otras señas:					
Sírvase indicar el lugar o medio mediante el cual atenderá notificaciones:					
Beneficiarios¹					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N° Identificación	Parentesco	%

Declaraciones del solicitante.

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

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

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

En fe de lo anterior firmo el día	de	de
-----------------------------------	----	----

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

Original: Seguros del Magisterio Copia1: Solicitante Copia 2: Contratante o tomador

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, ley 8653, bajo el registro número P14-26-A02-006 de fecha 21 de agosto de 2009".

¹ En caso de que se desee nombrar beneficiarios menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante para efecto de que en nombre de ellos cobre la indemnización.

Lo anterior porque la legislación civil y de familia previenen la forma cómo se debe designar tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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