

Seguros del Magisterio S.A.

Seguro Vida Grupos

**Código de producto: P14-26-A02-006
(Versión 2)**

Fecha de registro V2: 02-may-13

Oficio de solicitud de registro V2: SM-GG-086-2013

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 graves (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. **Enfermedades Graves:** Se entiende por enfermedad grave, el diagnóstico realizado por un médico especialista acreditado

legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique con certeza médica que el asegurado padece alguna de las siguientes enfermedades

- a. Cáncer
 - b. Accidente Cerebro Vascular
 - c. Insuficiencia Renal
 - d. Infarto miocardio
- g. **Grupo asegurable:** Aquel sobre el que se le hace la oferta de seguro colectivo. Está constituido por todas las personas físicas que pertenezcan al grupo que represente el TOMADOR DEL SEGURO y está conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tiene con una tercera persona (tomador) relaciones estables de idéntica naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el seguro. La edad máxima para ingresar y la de permanencia se especifican en las condiciones particulares de la póliza.
- h. **Grupo asegurado:** Personas físicas que han cumplido con los requisitos para ser asegurados y dieron su consentimiento expreso en ese sentido.
- i. **La aseguradora:** SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
- j. **Póliza:** Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de ésta las condiciones generales y particulares de la modalidad que se contrate, los adenda que se emitan para complementar o modificarla, así como la solicitud de inclusión en el seguro, la declaración de salud, las pruebas médicas y cualquier otro documento relacionado con las condiciones del asegurado, contratante u otro que así se indique expresamente en las condiciones particulares.
- k. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

- I. **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 si, ya celebrado el contrato, se dedica a subsanarlo o los acepta expresa o tácitamente

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

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

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

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

16.- DISPUTABILIDAD

La sumas contratadas serán disputables con relación a cualquier asegurado que falleciere, de conformidad con lo establecido en el cuadro siguiente, como consecuencia de alguna enfermedad, estado o condición física o mental, lesión o accidente, del cual tuviere conocimiento

en el momento de la suscripción de este seguro; por la que estuvo sometido a tratamiento, fue diagnosticada por un médico, fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado o terceras personas.

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

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

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

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

17.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

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

de tasa promedio o se utilice tarifa para asegurados de edad desconocida.

18.- SUICIDIO

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

19.- EXCLUSIONES 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, troteo, 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 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.

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.

ENFERMEDAD GRAVE

1. Solicitud de indemnización por enfermedad grave
2. Original y copia del documento de identidad vigente del asegurado.
3. Formulario de autorización para consulta de expedientes médicos.
4. .Certificado médico, realizado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique el diagnóstico.

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.

36.- TERMINACION ANTICIPADA

Este contrato y sus anexos podrán ser terminados anticipadamente por EL TOMADOR DEL SEGURO en

cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación.

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

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

37.- CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) 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.

38.- 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.

39.- CONTINUIDAD DE COBERTURA

LA ASEGURADORA otorga continuidad de cobertura sin exigencia de requisitos adicionales de asegurabilidad para todos los asegurados con seguro vigente en la fecha de

expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado que se tuviera contratado con la anterior compañía en las coberturas contratadas el cual será trasladado a LA ASEGURADORA.

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

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

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

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

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

40.- GARANTÍA DEL TOMADOR DEL SEGURO

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

41.- ALCANCE TERRITORIAL

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

42.- MONEDA

Salvo pacto en contrario dentro de las condiciones particulares del seguro, tanto el pago de las primas que corresponda como las indemnizaciones que tengan lugar,

conforme a las obligaciones de este CONTRATO, deben liquidarse en moneda nacional en las oficinas de LA ASEGURADORA.

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

43.- JURISDICCION

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

44.- DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

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

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

45.- PRESCRIPCION

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

46.- IMPUESTOS

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

47.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia que surja o se relacione con este contrato, su interpretación y

cumplimiento podrá ser sometida de común acuerdo entre partes para su solución, a alguno de los procedimientos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social n° 7727 de 9 de diciembre de 1997, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

48.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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

49.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

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

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

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

50.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

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.

51.- CERTIFICADO DE COBERTURA

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

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

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

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

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

52.- NORMAS SUPLETORIAS

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

53.- CONTACTO PARA CONSULTA DE RECLAMOS

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

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

Representante
Seguros del Magisterio, S.A.

**Representante Legal
Contratante**

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



Documento suscrito mediante firma digital

Lic. Rodrigo Aguilar Moya

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

COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza y en adición a lo expresado en ellas, esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro de vida grupos y se 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 el monto de la suma asegurada detallada en las condiciones particulares, en un solo tracto cuando dentro de la vigencia le sea diagnosticada una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente, estructurada dentro de la vigencia de la póliza, que de por vida le impidan a la persona, desempeñar las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.

2.- DEFINICIONES

Para efecto de esta cláusula se entiende:

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

b) Incapacidad total y permanente: La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente y que lo imposibilite para realizar actos esenciales de su propia ocupación o de cualquier otra para la que esté razonablemente capacitado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

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

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

3.- CONDICIONES PARA DISFRUTAR DE LA COBERTURA

Para gozar de esta cobertura deberán concurrir las siguientes condiciones:

- a) 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 total y 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 total permanentemente incapacitado.

4.- EXCLUSIONES

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

- a) Fue provocada por el asegurado ya sea estando en su pleno juicio o enajenado**

mentalmente, cualquiera sea la época en que ocurra.

- b) Fue provocada por un tercero con el consentimiento del asegurado.
- c) No persiste por un periodo continuo de al menos ciento ochenta (180) días naturales, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente.
- d) Sobrevengan por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, torero, 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, torero, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.
- g) Se produce si el asegurado viaja como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, en un vuelo sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

5.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

6.- CONTINUIDAD DE LA INCAPACIDAD

Una vez que la condición de incapacidad total y permanente esté suficientemente probada, el asegurado no deberá proveer más pruebas de ella ni

someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en ese estado.

7.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará automáticamente en el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cuatro (64) 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

La suma contratada para esta cobertura será disputable durante un plazo de dos (2) años, contabilizados a partir de su contratación, con relación a cualquier asegurado que se incapacitara total y permanentemente, como consecuencia de alguna enfermedad, estado o condición física o mental, lesión o accidente, del cual tuviere conocimiento en el momento de la suscripción de este seguro; por la que estuvo sometido a tratamiento, fue diagnosticada por un médico, fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado o terceras personas.

COBERTURA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR LESIONES CALIFICADAS

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

1.- COBERTURA

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

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

2.- DEFINICIONES

Para efecto de esta cláusula se entiende:

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

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

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

3.- TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR LESIONES CALIFICADAS

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

Tabla de indemnizaciones	
Evento	Indemnización
Muerte accidental	100%
Pérdida de ambas manos por amputación en las muñecas o arriba de ellas.	100%
Pérdida de una mano y un pie por amputación en la muñeca y el tobillo o arriba de ellos 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, torero, 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, torero, 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 sesenta y cuatro (64) 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 EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

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

1. COBERTURA

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.

La exoneración operará a partir de la prima que venza inmediatamente después de la fecha en que haya comenzado esa incapacidad.

La prima que se exonerará 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 total y 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 total y permanente:

- a) Fue provocada por el asegurado ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, cualquiera sea la época en que ocurra.
- b) Fue provocada por un tercero con 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, torero, 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, torero, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.
- g) Se produce si el asegurado viaja como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, en un vuelo sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

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

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

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

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

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 cuatro (64) 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.

7.- DISPUTABILIDAD

La suma contratada para esta cobertura será disputable durante un plazo de dos (2) años, contabilizados a partir de su contratación, con relación a cualquier asegurado que se incapacitara total y permanentemente, como consecuencia de alguna enfermedad, estado o condición física o mental, lesión o accidente, del cual tuviere conocimiento en el momento de la suscripción de este seguro; por la que estuvo sometido a tratamiento, fue diagnosticada por un médico, fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado o terceras personas.

COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

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

1.- COBERTURA

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

Se entiende por enfermedad grave el diagnóstico realizado por un médico especialista acreditado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique con certeza médica que el asegurado padece alguna de las siguientes enfermedades

- a. Cáncer
- b. Accidente Cerebro Vascular
- c. Insuficiencia Renal
- d. Infarto miocardio

2.- EXCLUSIONES

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

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

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

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

La edad mínima de ingreso para esta cobertura, en el caso del asegurado principal y su cónyuge o conviviente es de quince (15) años y la máxima sesenta y nueve (69) 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 veintitrés (23) años de edad.

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

4.- COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD GRAVE

El asegurado deberá proveer prueba satisfactoria a LA ASEGURADORA de su enfermedad grave.

Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

LA ASEGURADORA a través del Médico asesor en seguros personales o de cualquier otra autoridad médica que así disponga, revisará los documentos médicos que señalen la condición de enfermedad grave y tendrá la facultad de solicitar información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio que considere conveniente.

5.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura contemplada en esta cláusula terminará automáticamente en el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado principal cumpla setenta y cinco (75) años, sin perjuicio de lo dispuesto al efecto en las condiciones generales sobre la caducidad del seguro.

En caso del cónyuge o conviviente en unión de hecho la cobertura terminará al cumplir setenta y cinco (75) años y para los hijos al alcanzar veinticinco (25) años de edad.

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

6.- La suma contratada para esta cobertura será disputable durante un plazo de dos (2) años, contabilizados a partir de su contratación, con relación a cualquier asegurado que falleciere, como consecuencia de alguna enfermedad, estado o condición física o mental, lesión o accidente, del cual tuviere conocimiento en el momento de la suscripción de este seguro; por la que estuvo sometido a tratamiento, fue diagnosticada por un médico, fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado o terceras personas.



**SOLICITUD DEL TOMADOR O CONTRATANTE
SEGURO VIDA GRUPOS**

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que será aceptada por Seguros del Magisterio S.A., ni de que en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos peticionados.

Datos del Tomador del Seguro			
Nombre o Razón Social:			
N° cédula jurídica	Ocupación o Actividad Económica		
Provincia	Cantón	Distrito	Apartado:
Dirección Exacta			
N. de fax:	Teléfono Oficina	Teléfono Domicilio	Teléfono Celular
Sitio Web		Dirección Electrónica	
Sírvase indicar el lugar o medio mediante el cual atenderá notificaciones:			

Datos del Grupo a Asegurar

a- Describir y detallar la actividad del grupo.

b- Cantidad de miembros a asegurar:

c- Composición del grupo:

Edad promedio: _____

Por Género: Hombres _____% Mujeres _____ %

d- Suma a asegurar:

e- Monto total asegurado: ₡ _____

f- Pagador de primas

☐ Asegurado (Modalidad Contributiva)

☐ Tomador del Seguro (Modalidad No Contributiva)

g- Frecuencia de pago solicitada: Mensual () trimestral () Semestral () Anual ()

Coberturas a suscribir y cálculo de tarifa

Cobertura Básica: Muerte

Coberturas Adicionales:

a- Incapacidad total y permanente	Si ()	No ()
b- Exoneración del pago de primas ante de incapacidad total y permanente	Si ()	No ()
c- Fallecimiento accidental y beneficios por lesiones calificadas	Si ()	No ()
d- Enfermedades graves	Si ()	No ()

Incluye: Cobertura Familiar	Si ()	No ()
-----------------------------	--------	--------

a- Cónyuge	Si ()	No ()
b- Hijos	Si ()	No ()

Tarifa anual:	Frecuencia de pago:	Prima:
---------------	---------------------	--------

En mi calidad de representante autorizado del contratante, manifiesto que todas las declaraciones aquí indicadas son verdaderas y libero a Seguros del Magisterio S.A. de toda responsabilidad sobre esta póliza en caso de omisión o falsas declaraciones.

Nombre del representante del tomador	Firma y cédula del representante del tomador
--------------------------------------	--

Firma y código del intermediario

Para uso exclusivo de Seguros del Magisterio S.A. Tarifa anual: Tarifa según frecuencia de pago: Prima por cada mil de suma asegurada: Prima total del seguro:	Analizado por:	Autorizado por:
--	----------------	-----------------

Original: Seguros del Magisterio S.A. Copia 1: Contratante Copia 2: Intermediario

“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.”