

Seguros del Magisterio S.A.

Seguro de Accidentes Familiar Grupo

Código de producto: P16-33-A02-202-VLRCS

Fecha de registro VLRCS: 06-feb-12

Oficio de solicitud de registro VLRCS: SM-GG-008-2012

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 seguro accidentes familiar grupo.

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) Muerte accidental (básico):

LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en las condiciones particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la

vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa de un accidente.

b) Incapacidad permanente por accidente (cobertura adicional):

LA ASEGURADORA pagará la suma correspondiente al asegurado, de conformidad con el grado de incapacidad permanente, basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada a esta póliza y que forma parte integrante de ella. Se cubre un único accidente durante todo el periodo de cobertura, por asegurado incluido en el seguro.

c) Gastos médicos por accidente (cobertura adicional):

LA ASEGURADORA reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos, razonables y acostumbrados, hasta por el total de la suma asegurada bajo esta cobertura, en que se incurra como consecuencia directa de las lesiones sufridas por el asegurado en uno o varios accidentes hasta agotar la suma asegurada y siempre y cuando las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de un año, contado a partir de su ocurrencia.

El deducible para esta cobertura es de aplicación anual y es de un 10%, pero nunca inferior a tres salarios mínimos diarios de un trabajador calificado en la categoría genérica, de acuerdo con la fijación establecida en el Decreto de Salarios Mínimos vigente. Opera bajo el sistema de reembolso.

Cuando la indemnización se efectúe por gastos odontológicos por un accidente se hará utilizando las tarifas aprobadas por el **COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA**. Se indemnizará un máximo del 25% del monto asegurado, operando como un sub-límite anual por año póliza.

En el caso de sesiones de rehabilitación y/o fisioterapia se reconocerá un máximo de 15 sesiones por accidente, siempre y cuando sea referido por el

médico tratante y prestadas por un profesional autorizado, siempre que su causa directa y única fuere un accidente cubierto, según se define en el artículo N. 8 inciso a.- de esta póliza, ocurran durante la vigencia del contrato, cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos y hayan pagado el valor de la prima correspondiente

d) Funeraria (cobertura adicional):

LA ASEGURADORA se compromete a prestar a título de indemnización según el monto asegurado contratado siempre y cuando se contrate bajo la modalidad de vigencia anual renovable, los servicios de asistencia funeraria que comprenden tanto éste como el de destino final, a través de un proveedor de servicios auxiliares funerarios debidamente registrado o de libre elección del contratante. Se cubre la muerte accidental y no accidental.

La suma asegurada es hasta un quince por ciento de la suma asegurada por muerte accidental del titular del seguro, sin superar el monto máximo de tres millones de colones (¢ 3.000.000).

3.- ALCANCE DE LA COBERTURA

El seguro cubre todos los accidentes que pudieren ocurrir al Asegurado ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, en su vida particular o mientras estuviere circulando o viajando a pie o a caballo, en bicicleta sin motor o haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo en líneas comerciales autorizadas sujetas a itinerario fijo, o de vehículos particulares propios o ajenos, conduciéndolos o no.

Quedan incluidos en la cobertura los siguientes deportes, ya sea se practiquen como aficionado o profesional: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor, salvo en alta mar, esgrima, fútbol, gimnasia, golf, balonmano, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota al cesto, pesca

(salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), voleibol y polo acuático.

4.- CONTRATO Y OBLIGACION DE ENTREGA

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

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

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

5. – 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 49.

6. – RECTIFICACIÓN

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

7.- 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.

8.- DEFINICIONES

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

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

Asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción y electrocución.

La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.

La hidrofobia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios.

El carbunco o tétano de origen traumático.

- b. **Asegurado principal:** Persona física miembro del grupo asegurado que haya cumplido con lo dispuesto en el artículo décimo "elegibilidad" y por la que se haya cancelado la correspondiente prima.

- c. **Asegurados dependientes:** Comprende el núcleo familiar del asegurado principal, que se entiende para efecto de este seguro como el cónyuge o conviviente del asegurado principal y sus hijos, de acuerdo con los límites de edad establecidos en estas condiciones generales.
- d. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
- e. **Caza menor:** Forma de caza caracterizada por el tamaño de los animales a capturar que se ejercita sobre piezas de pequeño tamaño tales como la perdiz, la tórtola, el conejo, ciertas aves acuáticas y especies migratorias.
- f. **Declaración falsa:** se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
- g. **Declaración reticente:** se considera así cuando una circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado.
- h. **Deducible:** El monto fijo o porcentual de gastos que el asegurado debe cancelar de su propio peculio antes de que la aseguradora comience a efectuar pagos de beneficios en virtud de la póliza o sea rebajada al momento de la liquidación de la indemnización. Su valor se establece en las condiciones particulares de la póliza y será aplicable respecto de los gastos provenientes de cada accidente que se denuncie a LA ASEGURADORA operando como un monto acumulado durante el año póliza.
- i. **Dependiente:** Se consideran dependientes del asegurado principal:

- 1) Su cónyuge si tiene 65 años cumplidos o menos, siempre que no se encuentre separado de hecho por un plazo mayor a un año.
- 2) El conviviente en unión de hecho si tiene 65 años cumplidos o menos, con aptitud legal para contraer matrimonio siempre y cuando su relación haya sido pública, singular y estable, durante no menos de 3 años. Esa relación se presume interrumpida si media una separación no menor de un año.
- 3) Sus hijos, hijastros e hijos de crianza, solteros, de 15 días a cumplir 24 años de edad, o hasta que se casen o convivan en unión libre, lo que ocurra primero.

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

- j. **Enfermedad:** Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.
- k. **Fecha de emisión:** Fecha que se indica en el certificado de póliza y en las condiciones particulares, a partir de la cual la póliza entra en vigor.
- l. **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

- m. **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 persona 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.
- n. **Grupo asegurado:** Personas físicas que han cumplido con los requisitos para ser asegurados y dieron su consentimiento expreso en ese sentido.
- o. **Hospital o clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación de enfermos mentales o tratamiento psiquiátrico, adictos a drogas o alcohólicos.
- p. **La aseguradora:** SEGUROS DEL MAGISTERIO S.A.
- q. **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.

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

9.- 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 mes o aniversario de ella, según la opción de vigencia escogida.

Hay dos opciones de vigencia:

- a.- Igual o inferior a un mes
- b.- Anual renovable.

10.- ELEGIBILIDAD

Son elegibles aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable cuya edad se ajuste a la especificada en el artículo 14 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.

11- PRORROGA DEL CONTRATO

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

12.- 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.

13.- OBLIGACION DE DECLARAR EL RIESGO

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

En tal orden de ideas, el contrato se celebra con base en los datos facilitados por EL TOMADOR DEL SEGURO y/o Asegurado, en la declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios suministrados a LA ASEGURADORA, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

14.- CONDICIONES DE EMISION

La edad de emisión para la cobertura básica de muerte por accidente, gastos médicos por accidente y asistencia funeraria en el caso del asegurado principal, su cónyuge o conviviente asegurado será de dieciocho (18) hasta sesenta y cuatro (64) años y para su hijo, hijo de crianza o hijastro asegurado de

quince días de nacido hasta veintitrés (23) años de edad.

Para la cobertura de incapacidad permanente por accidente, la edad de emisión para contratarla será para el asegurado principal, su cónyuge o conviviente asegurado de dieciocho años (18) hasta cincuenta y nueve (59) años y para los hijos, hijo de crianza o hijastro asegurado del asegurado principal es de tres (3) años a veintitrés (23) años.

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.

15.- AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de éste, de un estado físico y/o mental anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de una discapacidad física de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el accidente hubiera tenido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante su vigencia.

16.- 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 ni el asegurado está sujeto a la práctica de exámenes o diagnósticos, la omisión, la reticencia o la inexactitud producirán igual efecto si el Tomador y/o Asegurado ha encubierto por dolo o culpa grave, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, lo que deberá ser debidamente 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 hábiles 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.

17.- 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.

18.- DISPUTABILIDAD

La Aseguradora se reserva el derecho de disputar en los dos primeros años de vigencia continua de la póliza, la ejecución del pago indemnizatorio, en la cobertura de Asistencia Funeraria, si alguno de los asegurados fallece como consecuencia de alguna enfermedad, estado o condición física o mental, lesión o accidente, del cual tuviere conocimiento en el momento de incluirse en la póliza; por la que estuvo sometido a tratamiento, fue diagnosticada por un médico, fue aparente a la vista, o fue de las que por sus signos y síntomas no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado, el contratante o terceras personas.

No obstante lo anterior, si la causa de muerte fuera a consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), este seguro no

pagará suma alguna por cualquier solicitud de indemnización que se presente bajo esta condición durante los primeros dos años de vigencia continua, contados a partir de la fecha de inclusión del asegurado.

19.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

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

20.- SUICIDIO

Si un asegurado comete suicidio durante el primer año de estar asegurado en la cobertura de Asistencia Funeraria, 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 esta cobertura 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.

21.- EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas para las coberturas de muerte accidental, incapacidad y gastos médicos por accidente no se conceden, si la muerte o las lesiones son a consecuencia de:

- a- Cualquier enfermedad corporal o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por esta póliza
- b- Los accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos o síncope y los que se produzcan como consecuencia del estado de embriaguez (de acuerdo con lo que estipula la Ley) o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas tóxicas o alucinógenas, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica, no producida por el accidente amparado.
- c- Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos, duelos, riñas y huelgas por parte del asegurado o de los beneficiarios. Queda exceptuada la legítima defensa.
- d- Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.
- e- 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.
- f- 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.
- g- Fisión o fusión nuclear.
- h- Participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.
- i- Sea consecuencia de la participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- j- Derive de la práctica o el desempeño de cualquier actividad que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, como ser la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, toreo, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.
- k- 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.

22.- SUMA ASEGURADA

Cobertura muerte accidental e incapacidad permanente por accidente

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

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

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

Cobertura de gastos médicos por accidente

- Para el asegurado principal: Hasta un diez por ciento de la suma asegurada por muerte accidental, salvo que se trate de gastos odontológicos, según lo que se indica en el párrafo tercero.
- Para el cónyuge o conviviente asegurado: Hasta un diez por ciento de la suma asegurada para el asegurado principal en caso de muerte accidental, salvo que se trate de gastos odontológicos, según lo que se indica en el párrafo tercero.
- Para hijos, hijastros o hijos de crianza asegurados: Hasta un diez por ciento de la suma asegurada para el asegurado principal en caso de muerte accidental, salvo que se trate de gastos odontológicos, según lo que se indica en el párrafo tercero.

En el caso de sesiones de rehabilitación y/o fisioterapia se reconocerá un máximo de 15 sesiones por accidente, siempre y cuando sea referido por el médico tratante y prestadas por un profesional autorizado.

Cuando la indemnización se efectúe por gastos odontológicos por un accidente se hará utilizando las tarifas aprobadas por el **COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA**. Se indemnizará un máximo del 2,5% del monto asegurado, operando como un sub-límite anual por año póliza.

Cobertura Funeraria

Para todos los asegurados: Hasta un quince por ciento de la suma asegurada por muerte accidental del titular del seguro, sin superar el monto máximo de tres millones de colones (¢ 3.000.000).

23.- TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE:

Tipo de incapacidad	Porcentaje del monto asegurado
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100
Por pérdida de ambas manos o ambos pies, o de una mano y un pie.	100
Por pérdida total o irreparable de la visión de ambos ojos, de la audición de ambos oídos o del habla.	100
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.	50

Sordera total e incurable de un oído.	15
Ablación de la mandíbula inferior.	50
MIEMBROS SUPERIORES	
Pérdida total de un brazo.	65%
Pérdida total de una mano.	60
Fractura no consolidada de una mano (seudo artrosis total).	45
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25
Anquilosis del codo en posición funcional.	20
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15
Pérdida total del pulgar	18
Pérdida total del índice.	14
Pérdida total del dedo medio.	9
Pérdida total del anular o el meñique	8
MIEMBROS INFERIORES	
Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie.	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total).	35
Fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis total).	30

Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total).	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm.	15

Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 3 cm.	8
Pérdida total del dedo gordo del pie.	8
Pérdida total del otro dedo del pie.	4

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad se deriva de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada, sólo que se hubiera producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por pérdida del dedo entero si se tratara del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratara de otros dedos.

Combinación de Incapacidades:

- Por pérdida simultánea de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100%.
- Cuando la incapacidad así establecida llegare al 80%, se considera incapacidad total y se abonará, por consiguiente, el 100% de la suma asegurada.

Lesiones no previstas:

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total,

teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

Peritaje

Si el asegurado no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecho por LA ASEGURADORA, se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el Asegurado y otro por LA ASEGURADORA. En caso de discordia entre ellos, designarán un tercer perito. Si no hubiere acuerdo con ese nombramiento, el tercer perito médico será designado por sorteo al azar de la lista oficial de peritos del Poder Judicial.

El sorteo se hará en presencia del asegurado y se procederá como sigue: A cada perito se le asignará un número que se introducirá en una tómbola de la cual el asegurado sacará un número, que será el tercer perito designado.

Los Peritos deberán practicar la evaluación ateniéndose a lo dispuesto en la Tabla de Indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes. Cada una de éstas pagará los honorarios y gastos de su perito y la mitad de su tercero.

24.- 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.

LA ASEGURADORA llevará un control estricto para evitar que la suma asegurada por asegurado exceda ese límite. En el caso de que por alguna razón el límite fuere excedido, LA ASEGURADORA deberá informar de esa situación al asegurado, así como reintegrarle las primas pagadas en exceso, lo que deberá efectuar en un plazo máximo de 30 días naturales, a partir del momento en que LA ASEGURADORA tenga conocimiento de ese hecho.

25.- BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta póliza serán, en orden excluyente:

- a) Los expresamente señalados por el asegurado.
- b) Aquellos que se determinen en el proceso sucesorio respectivo en caso de que el asegurado no haya designado beneficiarios, que éstos hayan premuerto o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiarios por cualquier causa.

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

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

26. – CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de beneficiario siempre que la póliza esté en vigor y no haya restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a LA ASEGURADORA, en el formulario que le será suministrado en las oficinas de Seguros del Magisterio. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que LA ASEGURADORA pagará el importe del seguro al último beneficiario del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna de su parte.

LA ASEGURADORA pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

27.- INCLUSION DE ASEGURADOS

El miembro del grupo asegurable debe 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 respectivas.

Si la solicitud de inclusión es aceptada LA ASEGURADORA lo incluirá en el registro que se indica en el artículo 28 y generará el certificado individual de seguro que se le hará llegar al asegurado, mediante el contratante, el intermediario o al lugar o medio señalado para notificaciones según se indica en el artículo 48, salvo en los seguros de vigencia menor o igual a un mes, que por ser su cobertura destinada a eventos de carácter masivo se hace imposible la entrega de un certificado, por tanto el comprobante de aseguramiento será la lista que entregue el contratante al momento de la suscripción y pago del seguro.

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.

28.- 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, cuando así lo solicite.

29.- 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 54.

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.

30.- 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 29 anterior.

31.- 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, en lugares que ésta designe o al intermediario de seguros, 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.

Si algún asegurado falleciera y no se hubiere cancelado la prima correspondiente a éste dentro del período de gracia establecido LA ASEGURADORA se eximirá de toda responsabilidad en el pago de esta póliza.

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 mediante la generación de una planilla donde consta la suma cobrada a cada miembro del grupo asegurado.

En el caso de seguros de vigencia menor a un mes, se cobrará lo correspondiente a un doceavo de la prima anual. Deberá acompañarse de un listado de las personas a asegurar que comprenda el nombre y número de identificación del asegurado, así como adjuntar la solicitud de inclusión.

32.- PLAZO DE GRACIA

Se concederá un plazo de gracia de dos meses para la cancelación de la prima subsiguiente a la primera, cualquiera que sea la forma de pago convenida, en el caso que se trate de un seguro de renovación anual.

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.

33.- AVISO DE SINIESTRO

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

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

LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento y presentada la documentación que se detalla en los artículos 34 y 35 siguientes.

34.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Para gozar de los beneficios de esta póliza, el asegurado o sus beneficiarios en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que LA ASEGURADORA estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento, la incapacidad permanente o los gastos médicos incurridos según corresponda, tuvieron su origen, directa y precisamente, en un accidente sujeto a indemnización.

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 toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción de LA ASEGURADORA y por cuenta del reclamante la ocurrencia del accidente.

El asegurado o el beneficiario deben facilitar a la ASEGURADORA todos los informes que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente y los medios empleados para disminuirlas y atenuarlas.

El reclamante deberá presentar a LA ASEGURADORA las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como los comprobantes, originales legalizados de los gastos efectuados. Las facturas de medicamentos deberán acompañarse de las recetas expedidas por el médico tratante, así como las prescripciones de exámenes adicionales.

LA ASEGURADORA podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección del hospital en que se encuentre el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. LA ASEGURADORA tiene derecho, en caso de

incapacidad del Asegurado para el trabajo, de verificar ese estado siempre que lo juzgue conveniente, y al Asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por LA ASEGURADORA para este objeto entendiéndose que la negativa del Asegurado autoriza a LA ASEGURADORA para rechazar la reclamación por ese solo hecho a partir de la fecha de la negativa, circunstancia que LA ASEGURADORA comunicará por escrito al Contratante.

LA ASEGURADORA sólo pagará los honorarios razonables y acostumbrados de médicos y enfermeras legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, y los gastos de internación efectuados en sanatorios u hospitales legalmente autorizados.

Cuando la indemnización se efectúe por gastos odontológicos por un accidente se hará utilizando las tarifas aprobadas por el **COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA**. Se indemnizará un máximo del 2,5% del monto asegurado, operando como un sub-límite anual por año póliza.

En el caso de sesiones de rehabilitación y/o fisioterapia se reconocerá un máximo de 15 sesiones por accidente, siempre y cuando sea referido por el médico tratante y prestadas por un profesional autorizado.

35.- DOCUMENTACION POR PRESENTAR

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

I) Muerte accidental

- a) Aviso de siniestro ocurrido
- b) Certificado de defunción original extendido por Registro Civil y que indique la causa de defunción
- c) Original y fotocopia de la cédula del fallecido
- d) Original (es) y fotocopia(s) de la(s) cédula(s) de l(os) beneficiario(s)

- e) Si hay menores designados como beneficiarios constancia de nacimiento.
- f) Original y fotocopia de la cédula de quien ostente la patria potestad o tutela del menor (Este segundo caso presentar documentos que respalden el nombramiento)
- g) Copia certificada de la sumaria.

II) Incapacidad permanente por accidente

- a) Aviso de siniestro ocurrido
- b) Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnostico de incapacidad, la fecha a partir de cuándo es efectiva y el porcentaje de impedimento físico otorgado.
- c) Copia de la acción de personal
- d) Original y copia de la cédula de identidad del asegurado
- e) Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

III) Gastos médicos por accidente

- a) Aviso de siniestro ocurrido
- b) Informe del médico tratante completo, firmado y sellado
- c) Fotocopia de la cédula del asegurado principal
- d) Si es el cónyuge: fotocopia de la cédula del cónyuge y constancia de matrimonio
- e) Si es un hijo: constancia de nacimiento del hijo
- f) Recetas y prescripciones médicas originales.
- g) Referencias para exámenes
- h) Facturas autorizadas por la Administración Tributaria, debidamente canceladas de los gastos médicos incurridos.

IV) Cobertura funeraria

- a) Aviso de siniestro ocurrido
- b) Certificado de defunción original extendido por Registro Civil y que indique la causa de defunción
- c) Original y fotocopia de la cédula de identidad del asegurado principal.

- d) Original y fotocopia de la cédula de identidad del fallecido
- e) Indicar centros médicos donde recibió atención médica.
- f) Fotocopia de la cédula del beneficiario o beneficiarios
- g) Si el fallecido es el cónyuge constancia de matrimonio.
- h) Si es un hijo: constancia de nacimiento.

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

Los requisitos antes mencionados deberán presentarse en oficinas centrales o Sucursales de Seguros del Magisterio en un plazo máximo de noventa días hábiles posteriores al aviso del siniestro, según se detalla en el artículo 33

Seguros del Magisterio revisará la información presentada por el solicitante en un plazo no mayor de quince días naturales y dentro de ese término, si detecta la falta de algún documento en una única comunicación le informará al solicitante para que en un plazo máximo de 30 días naturales entregue la documentación pendiente. No obstante; el trámite para iniciar el proceso de liquidación será efectivo al presentar todos los requisitos.

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

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

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

36.- 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 del 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 esta cobertura 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 que de 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 ellos se utilizan medios o documentos engañosos o dolosos, si el siniestro fuere causado voluntariamente por el asegurado o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable, se perderá todo derecho a indemnización.

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en las Condiciones Particulares, caso contrario, de acuerdo a lo establecido en el punto b) del artículo 25 de las Condiciones Generales.

Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se realice una valoración, según lo establecido en el artículo 44o que EL TOMADOR o asegurado reclame la suma adicional por otras vías.

En el recibo de pago, LA ASEGURADORA hará constar cuál es el monto en que no hay acuerdo.

37.- CANCELACIÓN DE COBERTURA

Al hacerse efectiva la indemnización por la cobertura adicional de Incapacidad permanente por accidente, y esta sea igual o superior al 66.67% , se cancelarán la totalidad de coberturas contratadas tanto para el asegurado titular indemnizado como para los asegurados dependientes.

38.- RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro es anual renovable y si el tomador del seguro no manifestare su opinión en contrario con una anticipación de al menos treinta (30) días naturales a

su vencimiento, 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, sólo 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.

39.- 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.

40.- 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 el asegurado principal alcance la edad de setenta (70) años en la cobertura de muerte accidental, gastos por accidente y en la de funeraria. En estos casos, la cobertura también terminará automáticamente para los asegurados dependientes.
- c) Cuando el asegurado principal alcance la edad de sesenta y cinco (65) años en la cobertura de incapacidad permanente.
- d) Para el cónyuge o conviviente al cumplir setenta (70) años de edad para las coberturas de muerte accidental, gastos por accidente y funeraria y la edad de sesenta y cinco (65) años para incapacidad permanente.
- e) Para los hijos, al cumplir (25) veinticinco años de edad en la cobertura de muerte, gastos por accidente, incapacidad permanente y funeraria, o al contraer nupcias o convivir en unión libre, lo que ocurra primero.
- f) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima del asegurado cubierto por esta póliza en el plazo establecido en el artículo N° 32 para los seguros anuales renovables.

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

- g) Cuando se cumpla la vigencia del seguro para la vigencia igual o inferior a un mes.
- h) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado, salvo que el costo del seguro se haya cancelado mediante el sistema de Prima Única.
- i) 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.
- j) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- k) 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.
- l) En la fecha en la que la póliza suscrita por EL TOMADOR DEL SEGURO inicie su vigencia con otra ASEGURADORA.

41.- 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 cinco (65) años, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por el monto asegurado en esta póliza en uno de los planes individuales de accidentes personales o de Asistencia Funeraria que tenga inscritos y autorizados LA ASEGURADORA, 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 y sus dependientes y sus ocupaciones en la fecha de la solicitud.

42.- CONTINUIDAD DE COBERTURA

LA ASEGURADORA otorga continuidad de cobertura sin exigencia de requisitos adicionales de asegurable 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 asegurable establecidos en las condiciones particulares.

43.- 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.

44.- VALORACION:

De mutuo acuerdo entre las partes, se podrá acordar la práctica de una valoración o tasación si hay desacuerdo respecto del monto de la pérdida al momento de ocurrir el siniestro, lo que se llevará a cabo por uno o más peritos.

El costo de los honorarios será cubierto por las partes en idéntica proporción.

En caso de que no haya interés o acuerdo respecto de la realización de la valoración, se podrá acudir a lo establecido en la cláusula N° 52.

45.- ALCANCE TERRITORIAL

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

46.- 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.

47.- 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.

48.- 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.

49.- 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.

50.- 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.

51.- COMISION DE COBRO

Para la modalidad contributiva, por la recaudación de las primas LA ASEGURADORA reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta póliza.

52.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

53.- 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 (s) y el (los) beneficiario (s), se obligan con LA ASEGURADORA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue, a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, de su renovación y al momento del pago de indemnizaciones.

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

54.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

Según los términos definidos con EL TOMADOR DEL SEGURO 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).

Para la modalidad contributiva, la participación en los beneficios debe repercutir en el grupo asegurado según su aporte proporcional al pago de la prima.

55.- 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.

56.- 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 de que se requiera un proceso de selección, el plazo comenzará su cómputo a partir de la aceptación, un certificado individual de cobertura.

También podrá delegar la entrega del certificado en EL TOMADOR DEL SEGURO, cuando así lo haya autorizado el asegurado.

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.

57.- 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.

58.- 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: 2222-5481

Correo electrónico:

indemnizaciones@segurosdelmagisterio.com

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

Lic. Rodrigo Aguilar Moya

LA ASEGURADORA

EL CONTRATANTE

“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 P16-33-A02-202 de fecha 14 de setiembre de 2010”.

SOLICITUD (TOMADOR)

SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR GRUPO

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 petitionados.

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, ocupación del grupo o el evento a asegurar.

b- Cantidad de miembros a asegurar:

c- Marque la opción de seguro escogida

- a- Anual renovable
- b- Vigencia igual o menor a un mes

d- Pagador de primas

- () Asegurado (Modalidad Contributiva)
- () Tomador del Seguro (Modalidad No Contributiva)

Coberturas a suscribir y suma asegurada (asegurado principal)

Monto Asegurado

Muerte Accidental	¢ _____	
Incapacidad total y permanente por accidente	¢ _____	
Gastos médicos por accidente	¢ _____	
Asistencia funeraria	¢ _____	(Solo en opción anual renovable)

Incluye grupo familiar (cónyuge e hijos) Si () No () (Solo en opción anual renovable)

Frecuencia de pago

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 y puesto 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.	Analizado por:	Autorizado por:
Tarifa anual:		
Tarifa según frecuencia de pago:		
Prima por cada mil de suma asegurada:		
Prima total del seguro:		

“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 P16-33-A02-202 de fecha 14 de setiembre de 2010”.