

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 el contratante, detallado en la solicitud quien actúa por cuenta y representación de las personas que soliciten su inclusión como asegurados, hemos convenido en celebrar este contrato de seguro colectivo crediticio.

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), el saldo pendiente de la operación crediticia al momento del siniestro, 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)
- b) Incapacidad permanente (cobertura adicional);

siempre que tales hechos ocurran durante la vigencia del contrato, cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos, hayan pagado el valor de la prima correspondiente y el saldo pendiente de la operación o si tiene varias la suma de todas éstas,

no sea igual o inferior al monto mínimo establecido en las condiciones particulares.

Si el saldo es mayor al monto mínimo, se cancelará la suma resultante de la diferencia entre ambos

3.- CONTRATO

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.

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 44.

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 considerarán 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. **Alteraciones funcionales:** Cambio en la situación normal de las funciones del órgano afectado.
- b. **Asegurado:** 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.
- c. **Beneficiario:** Corresponde al TOMADOR DEL SEGURO.
- 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. **Incapacidad permanente:** Pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que lo imposibiliten 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 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.

- g. **Grupo asegurable:** Aquel sobre el que se 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. **Lesiones orgánicas:** Aquellas que afecten la integridad física de una persona de forma general.
- k. **Manual de aseguramiento compañía RGA:** Documento elaborado por la reaseguradora RGA que contiene información descriptiva sobre problemas médicos y actividades consideradas

riesgosas que sirve como guía para tomar una decisión sobre si se admite un riesgo y bajo qué condiciones.

- l. **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 complementarla 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.
- m. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- n. **Saldo deudor:** Es el saldo reportado por el TOMADOR DEL SEGURO de la operación crediticia del asegurado, que comprende únicamente el monto por concepto de principal pendiente al momento del siniestro y por el cual se ha pagado la prima correspondiente.
- o. **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.- PRORROGA DEL CONTRATO

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

La prórroga tácita no operará si una de las partes notifica a la otra con al menos un mes de antelación antes del vencimiento del plazo, su decisión de no prorrogar el contrato.

10.- 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.

11.- ELEGIBILIDAD

Son elegibles aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable cuya edad se ajuste a la opción seleccionada que se especifica 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.

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 ambas coberturas será de 15 años sin límite de edad.

No obstante la cobertura de incapacidad total permanente no se otorgará para personas que se encuentren pensionadas o jubiladas al momento de su inclusión en el seguro.

Para cada una de las coberturas se aplica una única tarifa para todo el grupo asegurado.

Se tendrá también la opción de aplicar una única tarifa para el grupo de asegurados con edades de 65 años o menos.

Para los asegurados cuya edad sea de 66 años en adelante se aplicará una tarifa particular según la edad vigente de cada asegurado.

En ambas 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 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.

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 producen igual efecto si el TOMADOR DEL SEGURO y/o Asegurado han encubierto dolosamente, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, lo que deberá ser demostrado por LA ASEGURADORA.

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

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

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

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

b) Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato,

en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, reintegrando al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

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

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

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

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

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

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

16.- DISPUTABILIDAD

La suma contratada para el beneficio de muerte será disputable 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 ¢ 250,000	0 meses
¢ 250.001 a ¢ 500,000	3 meses
¢ 500,001 a ¢ 1 millón	6 meses
¢ 1,000.001 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.

La cobertura adicional de incapacidad total permanente es disputable durante un plazo de dos (2) años.

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.

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

19.- 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 sí mismo ya sea estando en su pleno juicio,

enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.

- b) Participación en delitos, duelos y riñas por parte del asegurado 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, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.

Este seguro no amparará el reclamo bajo la cobertura de incapacidad permanente si ésta:

- a) Fue provocada por el asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.
- b) No persiste por un periodo continuo de al menos ciento ochenta (180) días naturales, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad permanente.
- c) Sobreviene por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, toreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.

20.- SUMA ASEGURADA

El monto de seguro es el saldo insoluto de deudas contraídas por los asegurados, siempre y cuando exceda el mínimo establecido en las condiciones particulares, monto que deberá ser aceptado expresamente por LA ASEGURADORA e indicado como cobertura en el certificado individual de seguro.

Si el saldo es mayor al monto mínimo, se cancelará la suma resultante de la diferencia entre ambos.

Se entiende para efecto de este contrato como saldo insoluto la suma de principal adeudada por el asegurado al momento de que ocurra el siniestro.

La suma asegurada podrá ser incrementada en cualquier momento, por nuevas operaciones que suscriba el asegurado con el TOMADOR DEL SEGURO, siempre y cuando sean reportadas 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.

21.- 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.

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

22.- BENEFICIARIOS

El beneficiario de esta póliza será el tomador del seguro. Ello le confiere el derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida.

23.- 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.

Además, si se trata de un crédito otorgado a consumidores clientes de entidades financieras en los que ésta actúe como contratante del seguro en la modalidad contributiva, la entidad deberá presentar junto con la solicitud de inclusión, una declaración expresa firmada por el asegurado deudor del crédito, en la que la autorice a incorporarlo a este seguro colectivo.

En ese mandato el asegurado deudor manifestará que está en conocimiento de que puede contratar el seguro por su cuenta, directamente en cualquier entidad aseguradora o a través de cualquier corredor o agente de seguros autorizado.

Lo indicado en los dos párrafos anteriores no aplica en el caso de modalidad no contributiva.

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 24 y generará el certificado individual de cobertura 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.

24.- REGISTRO

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.

25.- 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 48.

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 y, entre otras, pueda ejercer su derecho a que LA ASEGURADORA pague al TOMADOR DEL SEGURO el importe del saldo insoluto.

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.

26.- DERECHOS Y DEBERES DEL ASEGURADO

El asegurado o sus causahabientes tienen derecho a exigir que LA ASEGURADORA pague al beneficiario el importe del saldo insoluto amparado por el seguro.

El acreditado asegurado debe informar a LA ASEGURADORA su domicilio en forma exacta, para que llegado el caso, le notifique las decisiones indicadas en el inciso b del artículo 25 anterior.

27. - 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. Si algún asegurado falleciera y no se hubiere cancelado la prima correspondiente a éste dentro del período de gracia establecido en el artículo N°28, LA ASEGURADORA se eximirá de toda responsabilidad en el pago de esta póliza.

En el caso de 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 el modo y forma en que lo haya dispuesto el asegurado.

28.- PLAZO DE GRACIA

Se concederá un plazo de gracia de sesenta 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.

29.- AVISO DE SINIESTRO

EL TOMADOR DEL SEGURO o el Asegurado 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.

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

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

LA ASEGURADORA pagará la indemnización respectiva una vez cumplido el procedimiento que se detalla en los artículos 30 y 31 siguientes.

30.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE

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

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

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

El costo de estos exámenes y pruebas será a 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%.

31.- DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR:

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

I) Muerte

- a) Fotocopia de la cédula de identidad del fallecido.
- b) Fotocopia de la declaratoria del defunción del fallecido.
- c) Nota del contratante solicitando el pago por el fallecimiento del asegurado.
- d) Certificado de Defunción Original, expedido por el Registro Civil que indique las causas de muerte del asegurado.
- e) Constancia o Certificación de Deudas, emitida por el TOMADOR donde se indique número de operación crediticia, fecha de formalización o aceptación del crédito, monto original y saldo pendiente de la deuda al momento del fallecimiento, fecha de inclusión del seguro, historia clínica si se encuentra en período de disputabilidad.

II) Incapacidad permanente

- a) Fotocopia de la cédula de identidad del asegurado
- b) Certificado de incapacidad, emitido por la entidad respectiva.
- c) Constancia o Certificación de Deudas, emitida por el TOMADOR donde se indique número de operación crediticia, fecha de formalización o aceptación del crédito, monto original y saldo pendiente de la deuda al momento de la incapacidad permanente, fecha de inclusión del seguro, historia clínica si se encuentra en período de disputabilidad.

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

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

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

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

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.

32.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA ASEGURADORA brindará respuesta a toda gestión 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.

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 será pagadera al tomador del seguro, de conformidad con lo establecido en el artículo 22 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 48 o 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.

33.- CONDICIONES PARA DISFRUTAR DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD PERMANENTE

Para gozar de la cobertura de incapacidad permanente deberán concurrir las siguientes condiciones:

- a) El asegurado no haya adquirido al momento de su inclusión en el seguro la condición de pensionado o jubilado.
- b) Haber transcurrido al menos seis (6) meses, es decir, 180 días naturales desde la fecha en que ocurrió la incapacidad permanente.
- c) Continuar permanentemente inválido a la fecha en que el beneficio se hace efectivo.

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

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

En el caso que la póliza no sea renovada por parte de LA ASEGURADORA y a esa fecha el asegurado presente un siniestro cubierto estando aún vigente esta póliza, LA ASEGURADORA seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con ese siniestro mientras éste se mantenga vigente, sin perjuicio de lo cual se aplicará el monto máximo que se especifica en las Condiciones Particulares.

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

35.- CAUSALES DE NO RENOVACION DEL SEGURO:

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

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

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 reembolsar la suma recibida.

37.- CADUCIDAD DEL SEGURO

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

- a) Cuando se indemnice por cualquiera de las coberturas contratadas.
- b) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO deje de pagar la prima mensual del asegurado cubierto por esta póliza en el plazo establecido en el artículo vigésimo octavo.

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.

- c) Cuando vencido el año póliza las partes decidieren no renovarlo.
- d) Cuando dejare de pertenecer al Grupo Asegurado, salvo que el costo del seguro se haya cancelado mediante el sistema de Prima Única.
- e) Cuando EL TOMADOR DEL SEGURO termine anticipadamente por escrito la póliza.
- f) 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.
- g) Cuando la operación crediticia o si el asegurado tiene varias la suma de todas ellas, sea igual o inferior al mínimo establecido en las condiciones particulares.
- h) En la fecha en la que la póliza suscrita por EL TOMADOR DEL SEGURO inicie su vigencia con otra ASEGURADORA.

38.- SEGUROS COEXISTENTES

Si la totalidad o parte de las coberturas estuviesen también cubiertos por otros contratos de seguros de igual naturaleza suscritos en cualquier tiempo y conocidos por EL TOMADOR DEL SEGURO o Asegurado, es obligatorio para ellos declararlo a LA ASEGURADORA con indicación del nombre del asegurador, la cobertura, vigencia y la suma asegurada.

EL TOMADOR DEL SEGURO o el asegurado según el caso, deberán igualmente informar por escrito a LA ASEGURADORA de los seguros de igual naturaleza que contraten con posterioridad sobre el mismo interés, dentro del término legal de cinco (5) días hábiles contados a partir de su celebración.

Si por el incumplimiento de esta obligación LA ASEGURADORA paga una indemnización mayor a la que correspondería se considerará ese pago indebido, pudiendo recuperar lo pagado en exceso a EL TOMADOR, quien además reconocerá los intereses generados desde la fecha de ese pago hasta la fecha de su efectivo reintegro, calculados a la tasa de interés legal.

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.- 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 al procedimiento establecido en la cláusula 48.

42.- ALCANCE TERRITORIAL

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

43.- 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.

44.- JURISDICCION

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

45.- 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.

46.- 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.

47.- IMPUESTOS

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

48.- 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, será sometido al siguiente procedimiento:

En un plazo máximo de sesenta (60) días naturales siguientes al acto, resolución u omisión que haya generado el diferendo, dará inicio un proceso de conciliación, de conformidad con la normativa del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, lugar en el que se llevará a cabo el proceso.

Las partes y el conciliador, de mutuo acuerdo nombrarán un perito que rendirá un informe en un plazo que no excederá de quince (15) días hábiles.

Si fracasa la conciliación, se llevará a cabo un arbitraje de derecho, a cargo de tres árbitros, uno nombrado por cada parte y el tercero designado de mutuo acuerdo por estos

Este tribunal emitirá un laudo arbitral por escrito, definitivo, vinculante para ambas partes e inapelable salvo el recurso de revisión o nulidad.

Una vez el laudo adquiera firmeza producirá los efectos de la cosa juzgada material.

Cada parte asumirá los gastos de sus asesores y abogados y ambas cubrirán proporcionalmente los honorarios de los peritos y árbitros

49.- PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

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

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

50.- 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.

51.- PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

Para esta póliza se podrá brindar participación de utilidades, siempre y cuando se establezca en las Condiciones Particulares de la misma y se haya pactado previamente con el tomador del seguro.

52.- COMISIÓN 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.

53.- CERTIFICADO DE COBERTURA

LA ASEGURADORA entregará a cada asegurado en forma personal o mediante correo certificado en la dirección consignada en la solicitud de seguro, en un plazo máximo de tres días hábiles contados a partir de la solicitud de inclusión en el seguro cuando sea por inclusión automática y en el caso de que se 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.

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.

54.- NORMAS SUPLETORIAS

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

Gerente General
Seguros del Magisterio, S.A.

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



Documento suscrito mediante firma digital

Lic. Rodrigo Aguilar Moya