

CONDICIONES GENERALES

SEGURO COLECTIVO FINANCIERO VIDA



Índice

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO	4
CONDICIONES GENERALES	4
ARTÍCULO 1. DEFINICIONES	5
ARTÍCULO 2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	8
CAPITULO 1. AMBITO DE COBERTURA	9
ARTÍCULO 3. COBERTURA BÁSICA A – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	9
ARTÍCULO 4. COBERTURAS OPCIONALES:	10
COBERTURA B – INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	10
COBERTURA C - DESEMPLEO INVOLUNTARIO	11
COBERTURA D – PROTECCIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL ACCIDENTAL	13
COBERTURA E – GASTOS FUNERARIOS	14
COBERTURA F – MUERTE ACCIDENTAL ESPECIAL	14
COBERTURA H – RIESGOS ADICIONALES	15
COBERTURA I – SERVICIOS DE ASISTENCIA	15
ARTÍCULO 5. EXCLUSIONES GENERALES	15
ARTÍCULO 6. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Y SUMA ASEGURADA	17
ARTÍCULO 7. PERÍODO DE CARENIA	18
ARTÍCULO 8. PERÍODO DE COBERTURA	18
ARTÍCULO 9. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	18
CAPITULO 2. BENEFICIARIOS	18
ARTÍCULO 10. BENEFICIARIOS	19
CAPITULO 3. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO	19
ARTÍCULO 11. OBLIGACIONES DEL TOMADOR	19
ARTÍCULO 12. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	20
CAPITULO 4. PRIMA	21
ARTÍCULO 13. PRIMA A PAGAR	21
ARTÍCULO 14. MORA EN EL PAGO	21
ARTÍCULO 15. AJUSTES EN LA PRIMA	22
ARTÍCULO 16. PERÍODO DE GRACIA	22
ARTÍCULO 17. DEVOLUCIÓN DE PRIMA	23
ARTÍCULO 18. RECARGOS Y DESCUENTOS	23
CAPITULO 5. RECLAMO DE DERECHOS SOBRE LA PÓLIZA	24
ARTÍCULO 19. PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO	24
ARTÍCULO 20. REQUISITOS PARA LA TRAMITACIÓN DE UN RECLAMO:	24
ARTÍCULO 21. PAGO DE INDEMNIZACIONES BAJO LA COBERTURA C	28
ARTÍCULO 22. PLAZO DE RESOLUCIÓN	29
CAPITULO 6. VIGENCIA	29
ARTÍCULO 23. VIGENCIA	29
ARTÍCULO 24. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA COLECTIVA	30
CAPITULO 7. DISPOSICIONES VARIAS	30
ARTÍCULO 25. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	30
ARTÍCULO 26. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD	31
ARTÍCULO 27. DERECHOS DEL ASEGURADO O SUS CAUSAHABIENTES	31
ARTÍCULO 28. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	31

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

ARTÍCULO 29.	COMISIONES	31
ARTÍCULO 30.	PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES	32
ARTÍCULO 31.	DERECHO DE SUBROGACIÓN	32
ARTÍCULO 32.	DISPUTABILIDAD DE BENEFICIOS	33
ARTÍCULO 33.	DECLARACIONES INEXACTAS O FRAUDULENTAS	33
ARTÍCULO 34.	MONEDA	33
ARTÍCULO 35.	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	33
ARTÍCULO 36.	MODIFICACIONES	33
ARTÍCULO 37.	INCLUSIÓN AUTOMÁTICA	34
ARTÍCULO 38.	CONTINUIDAD DE COBERTURA	34
ARTÍCULO 39.	PRESCRIPCIÓN DE DERECHOS	34
ARTÍCULO 40.	LEGISLACIÓN APLICABLE	34
CAPITULO 8.	INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y	COMUNICACIONES
		34
ARTÍCULO 41.	JURISDICCIÓN	34
ARTÍCULO 42.	IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES	34
ARTÍCULO 43.	COMUNICACIONES	35
ARTÍCULO 44.	REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	35
ADDENDUM – COBERTURA H – RIESGOS ADICIONALES (ASISTENCIA)		36
COBERTURA ADICIONAL		36
DEFINICIONES	36	
OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA PRESTACIÓN		37
ADDENDUM – COBERTURA I – SERVICIOS DE ASISTENCIA		45
COBERTURA ADICIONAL		45
DEFINICIONES:	45	
ÁMBITO DE COBERTURA:		46
ARTÍCULO 1.	EXCLUSIONES:	67
ARTÍCULO 2.	PROCESO DE RECLAMACIÓN:	68
ARTÍCULO 3.	ARTÍCULO SUPLETORIO	68

Acuerdo de Aseguramiento Condiciones Generales

MAPFRE | Seguros Costa Rica S.A., entidad aseguradora registrada bajo la cédula jurídica número 3-101-560179 y debidamente acreditada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, en adelante conocida como **MAPFRE | COSTA RICA**, expide esta póliza de seguro, la cual se regirá por las cláusulas que adelante se detallan, o en su defecto, por las disposiciones de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y de cualquier otra legislación comercial que resultare aplicable.

La eficacia de cada una de las coberturas descritas en esta póliza, está sujeta a que se hayan incorporado a la misma, según conste en las Condiciones Particulares del contrato.

El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por el Asegurador con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que las partes de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial.

El suscrito firmante, en mi condición de Gerente General de **MAPFRE | COSTA RICA**, declaro y establezco el compromiso contractual de **MAPFRE | COSTA RICA** de cumplir con los términos y condiciones de esta póliza.



David Ramos Arenas
Gerente General
MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A.
Cédula Jurídica N° 3-101-560179

Condiciones Generales

Artículo 1. Definiciones

Los términos, palabras y frases, que se indican a continuación se definen tal y como deben entenderse o ser usadas en esta póliza:

1. Accidente

Acontecimiento inesperado, repentino e involuntario que causa una lesión corporal al Asegurado independientemente de su voluntad.

2. Adenda

Documento que se adiciona a la póliza de seguros en el que se establecen modificaciones en el monto de seguro (aumento o disminuciones) y/o inclusión o exclusión de coberturas y/o cualquier otro dato relacionado con las condiciones particulares del Tomador y/o Asegurado.

3. Agravación del Riesgo

Es el resultado del acaecimiento de hechos que de haber existido al tiempo de la celebración de este contrato de seguro, hubieren podido influir de modo directo en su existencia o en los términos y condiciones del mismo de acuerdo a las reglas de suscripción de **MAPFRE | COSTA RICA**.

4. Asegurado

Es la persona física vinculada al Tomador que forma parte del Grupo Asegurable, y sobre el cual se contratan las coberturas bajo este contrato.

5. Aviso de siniestro

Formulario a través del cual el Asegurado o sus Beneficiarios comunican a **MAPFRE | COSTA RICA** la ocurrencia y circunstancias de un evento, con el fin de dar apertura a un reclamo administrativo para trámite de una indemnización. Sinónimo de denuncia, aviso de reclamo, aviso de siniestro y/o solicitud de indemnización.

6. Beneficiario

Persona que tiene derecho a recibir las indemnizaciones asociadas a siniestros amparados por este contrato póliza.

7. Beneficio Mensual

Este beneficio aplica para las coberturas C y D, y consiste en el beneficio económico mensual a que tiene derecho el Asegurado en caso de siniestro amparable, equivalente a la cuota del crédito que le corresponde al Asegurado pagar por mes al Tomador del seguro, producto de la operación crediticia que los vincula.

8. Condición o padecimiento preexistente:

Es cualquier afectación de salud, padecimiento, condición anormal, enfermedad o lesión corporal, visible o no, que sufra o haya sufrido el Asegurado, que razonablemente deba ser conocida por éste de manera indubitable conforme su nivel de conocimiento y capacidad de entendimiento, o que le hubiere sido diagnosticada por un profesional en ciencias de la salud, que se haya manifestado por primera vez o haya sido tratada médicamente con anterioridad a la fecha de vigencia de la póliza.

9. Condiciones Particulares:

Conjunto de condiciones aplicables de manera específica a cada póliza que resume los aspectos relativos al riesgo asegurado de forma que lo individualiza, tales como: datos básicos de EL TOMADOR, número de póliza, efecto y vencimiento del contrato, periodicidad del pago de la prima e importe de las mismas, riesgos cubiertos y situación de los mismos, modalidad de aseguramiento, montos asegurados, intermediario de seguros,— si lo declaró—, o condiciones que hubieren sido establecidas por **MAPFRE | COSTA RICA** como condición para otorgar la cobertura del seguro. Estas condiciones prevalecen sobre las Condiciones Generales.

10. Desempleado

Es toda aquella persona que se encuentra sin trabajo y no recibe ningún tipo de remuneración.

Si es un empleado propietario o copropietario de la Empresa para la cual labora, además de cumplir la condición anterior, su compañía debe estar en proceso de liquidación por la demanda civil de alguna persona, que no sea a su vez copropietario de la empresa.

11. Despedido

Es la persona que estando empleada, el empleador da por finalizado unilateralmente un contrato laboral con su empleado por causas ajenas al control del mismo.

12. Domicilio contractual

Dirección anotada por el Tomador en la solicitud de seguro o en la solicitud de inclusión y certificado de seguro, salvo comunicación por escrito en contrario

13. Edad

Se refiere a la edad correspondiente a la fecha de aniversario más cercana (anterior o posterior) en el momento de contratar el seguro.

14. Edad de jubilación

Sin distinción de que el Asegurado pertenezca o no a dicho régimen, es la edad ordinaria de jubilación, entiéndase no anticipada, que se establece en el Artículo 5 del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, vigente al momento en que se invoquen derechos u obligaciones referidos a tal concepto.

15. Enfermedad

Alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa

16. Empleado

Es la persona que tiene empleo permanente dentro de una relación que pueda calificarse como relación laboral y el patrono está realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.

17. Empleado bajo contrato

Es la persona que está empleada bajo un contrato laboral de plazo fijo por al menos 12 meses, y ha estado continuamente empleada con el mismo patrono por al menos dos años, y que se están realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.

18. Empleado copropietario

Es un empleado que es dueño de más del 10% de la empresa y que se están realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.

19. Empleo permanente

Es cuando el trabajo no tiene una fecha fija de término, o sea es de plazo indefinido, exceptuando para su término la causal de jubilación o la declaratoria de una incapacidad total y permanente por la Caja Costarricense de Seguro Social.

20. Empleo Temporal

Es cuando el contrato de trabajo tiene un plazo de vigencia de al menos una semana y un máximo de seis meses.

21. Evento Recurrente

Suceso amparado por este contrato que, una vez ocurrido, vuelve a repetirse en un intervalo de tiempo dado, según se estipula en estas Condiciones Generales.

22. Grupo Asegurable

Es el conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, que las identifica como grupo y conforman la cartera asegurada bajo esta póliza, el cual fue constituido previa e independientemente a la contratación de este seguro.

La descripción del Grupo Asegurable se hará constar en las Condiciones Particulares de esta póliza. Únicamente pueden incorporarse y mantener la condición de Asegurados bajo esta póliza, las personas que formen parte del Grupo Asegurable pactado.

23. Incapacidad Temporal Accidental

La situación física reversible constatada médicamente provocada por cualquier un accidente, originada independientemente de la voluntad del Asegurado y determinante de la total ineptitud del mismo para el mantenimiento transitorio de toda actividad laboral o profesional

24. Incapacidad Total y Permanente

Disminución en al menos un 67% en la capacidad orgánica o funcional de un Asegurado para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias.

25. Intermediario de Seguros

Persona física o jurídica que realiza las actividades de promoción, oferta y en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación, la ejecución de los trámites de reclamos y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, cuando dichas actividades no sean realizadas en forma directa por **MAPFRE | COSTA RICA**.

26. Lesión Corporal

La que afecta a la integridad física de una persona y su manifestación extrema es la muerte.

27. MAPFRE | COSTA RICA

MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., entidad jurídica que en su condición de asegurador acreditado por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, suscribe esta póliza y queda obligada a cumplir los compromisos que de ella se derivan en relación con los riesgos asumidos por su medio.

28. Pérdida

Es el perjuicio económico directo sufrido por el Asegurado, beneficiario o sus causahabientes, a consecuencia de un evento amparable por esta póliza.

29. Período de gracia

Período posterior a la fecha estipulada de pago de la póliza, durante el cual la prima puede ser pagada y se mantiene el derecho sobre las indemnizaciones o beneficios previstos en la misma.

30. Porción de la prima a cargo del Tomador

Es el porcentaje de la prima que el Tomador asume por cuenta propia. El remanente, si lo hubiera, hasta completar el 100% de la prima, constituye la prima contributiva a cargo del Asegurado.

31. Prima

Es el precio del seguro que será pagado por el Tomador bajo la modalidad no contributiva y en caso de modalidad contributiva será pagada por el Asegurado a través del tomador.

32. Prima Contributiva

Es el precio del seguro que será pagado por el Asegurado a través del Tomador en la proporción que le corresponde.

33. Prima No Contributiva

Es el precio del seguro que será pagado por el Tomador de acuerdo con la porción de la prima a su cargo.

34. Prima devengada

Fracción de prima pagada, que en caso de cancelación anticipada del Contrato, no corresponde devolver al Tomador.

35. Relación laboral

La relación laboral es aquella que se establece entre el trabajo y el capital en el proceso productivo y que conlleva los elementos de subordinación y pago de un salario.

36. Tomador

Es la persona jurídica solicitante que celebra el presente Contrato para asegurar un número determinado de personas que reúnen los requisitos exigidos por **MAPFRE | COSTA RICA** en esta Póliza y que conforman el Grupo Asegurable. Es el responsable del pago de primas de la póliza ante **MAPFRE | COSTA RICA** y el encargado de cobrar al Asegurado la porción de prima contributiva en caso de que la hubiere. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

Artículo 2. Documentación contractual

Este contrato está conformado por las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, declaradas como tales en el texto de la póliza, y por cualquier adenda que se le haya incorporado, teniendo prelación las especiales sobre las generales y ambas subordinadas a las particulares.

De igual manera, en caso de que lo hubiere, forman parte de él, la solicitud del seguro colectivo, la solicitud de inclusión de cada Asegurado, el certificado de seguro por Asegurado, la solicitud de inclusión y certificado de seguro, el cuestionario o cuestionarios que sirvieron de base para

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

que el Tomador o el Asegurado aportara información sobre el objeto del seguro y los riesgos a que está expuesto, la documentación de soporte a las declaraciones rendidas por cualquiera de ellos, los informes técnicos sobre inspecciones o estudios de cualquier naturaleza practicados al objeto del seguro; y en general, cualquier manifestación escrita que se haya aportado por las partes en el proceso de suscripción de la póliza para que **MAPFRE | COSTA RICA** valorara y aceptara el riesgo o riesgos que fueron sometidos a su consideración y estableciera las condiciones de la cobertura otorgada.

Capítulo 1. AMBITO DE COBERTURA

MAPFRE | COSTA RICA se compromete a otorgar las prestaciones asociadas a coberturas que adelante se detallan, siempre y cuando hayan sido incluidas en esta póliza de conformidad con lo estipulado en las Condiciones Particulares.

Artículo 3. Cobertura Básica A – Muerte por Cualquier Causa

Conforme a la presente cobertura, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará al Tomador el saldo insoluto o monto original de la deuda (según se especifique en las condiciones particulares) del asegurado en caso de fallecimiento de éste por cualquier causa no excluida por esta póliza. En caso de ocurrencia de siniestro cubierto por la presente póliza, los causahabientes tendrán derecho a exigir a **MAPFRE | COSTA RICA** el pago al Tomador del importe del saldo insoluto, en los términos, condiciones y cobertura previstos en esta póliza.

El monto máximo a pagar no incluye intereses (corrientes o moratorios), comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni el saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en el Certificado de Seguro.

Causales de Terminación bajo esta Cobertura: Esta Cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) **Al momento del fallecimiento del Asegurado.**
- b) **Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurable.**
- c) **Al acogerse el Asegurado a la Cobertura por Incapacidad total y permanente.**

Riesgos Excluidos bajo esta cobertura en adición a las exclusiones generales estipuladas en este contrato: MAPFRE | COSTA RICA no será responsable de pago bajo esta póliza, si la muerte de cualquier Asegurado resultare a consecuencia de alguna de las siguientes exclusiones:

- a) **En caso de que el Asegurado, durante los primeros 12 meses de cobertura, en su sano juicio o no, se cause la muerte - suicidio.**
- b) **Si el fallecimiento del Asegurado ocurriera durante los primeros 24 meses de cobertura, siendo la causa de la muerte el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).**

Deducible: No opera deducible para esta cobertura

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** podrán pactar que la presente cobertura sea otorgada como un seguro saldo deudor o monto original, en cuyo caso, en caso de siniestro cubierto **MAPFRE | COSTA RICA** pagará al Tomador el saldo insoluto de la deuda del asegurado y el remanente, de existir, será girado a los beneficiarios

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

designados por el Asegurado. El tipo de contrato estará definido en las condiciones particulares.

Artículo 4. Coberturas Opcionales:

Cobertura B – Incapacidad Total y permanente

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares, esta cobertura ampara el riesgo del Asegurado de no poder hacer frente a las obligaciones crediticias adquiridas, debido a Incapacidad Total y Permanente por causa de accidente o enfermedad que le haya provocado lesión corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional. Se entiende por Incapacidad Total y Permanente, la disminución en al menos un 67% en la capacidad orgánica o funcional de un Asegurado para realizar cualquier trabajo relevante en sus ocupaciones diarias. A tal efecto, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará en un solo tracto al Tomador, el saldo insoluto de la deuda contraída por el Asegurado.

MAPFRE | COSTA RICA hará efectivo el derecho que otorga esta cobertura, sujeto a las condiciones contratadas de esta póliza, una vez que el Asegurado presente la declaratoria de invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros o la Medicatura Forense del Poder Judicial, y en el caso de que el Asegurado no cuente con medio probatorio por razones debidamente justificadas, **MAPFRE | COSTA RICA** le asignará un médico o junta de médicos por cuenta de ésta.

El monto máximo a pagar no incluye intereses (corrientes o moratorios), comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni el saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en el Certificado de Seguro.

Para esta Cobertura también son considerados como Incapacidad Total y Permanente:

- a. La pérdida física de dos miembros (por miembros se refiere a la mano completa o al pie completo).
- b. La pérdida completa e irremediable de la vista en ambos ojos como resultado de una lesión accidental manifestada después de la emisión de esta Cobertura.

Causales de Terminación bajo esta Cobertura: Esta Cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Al momento del fallecimiento del Asegurado.
- b) Al acogerse el Asegurado a la Cobertura por Incapacidad total y permanente.
- c) Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurable.

Riesgos Excluidos bajo esta cobertura: MAPFRE | COSTA RICA no será responsable de pago bajo esta póliza, si un siniestro resultare a consecuencia de alguna de los siguientes eventos:

- a) Intento de suicidio o daño causado a sí mismo, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b) Cualquier lesión, enfermedad, o padecimiento, sufrida antes de la fecha de emisión del contrato o de la cobertura afectada.
- c) Internamientos médicos ilícitos o prohibidos por las leyes.

Deducible: No opera deducible para esta cobertura

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** podrán pactar que la presente cobertura sea otorgada como un seguro saldo deudor o monto original, en cuyo caso, en caso de siniestro cubierto **MAPFRE | COSTA RICA** pagará al Tomador el saldo insoluto de la deuda del asegurado y el remanente, de existir, será girado al Asegurado.

Cobertura C - Desempleo involuntario

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares, en caso de que el Asegurado quede desempleado por alguna causa que no le sea imputable, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de desembolsos que consten en la solicitud de inclusión de cada Asegurado, el certificado de seguro por Asegurado o en la solicitud de inclusión y certificado de seguro respectivo.

El pago del Beneficio Mensual contratado operará e iniciará al momento en que el Asegurado cumpla 60 días calendario como desempleado, a manera de periodo de franquicia absoluta. Una vez superado ese período, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado hasta el límite pactado, siempre que el Asegurado permanezca desempleado. La prestación mensual máxima se pagará a mes vencido.

Para el caso de créditos refundidos que no cumplan con el periodo de carencia, se considerarán las fechas y montos de cuota del crédito original para la validación del periodo de carencia siempre y cuando dichos créditos refundidos hayan contado con el presente seguro, excluyendo de la indemnización mensual el monto de la cuota adicional relacionada con la refundición del crédito.

MAPFRE | COSTA RICA podrá otorgar la presente cobertura de forma gratuita, en el caso de pólizas que tengan contratadas las Coberturas A y B anteriores, todo según sea pactado en las Condiciones Particulares. En caso de pactarse dicha gratuidad, deberá detallarse la gratuidad de la misma en la solicitud de inclusión de cada Asegurado, el certificado de seguro por Asegurado o en la solicitud de inclusión y certificado de seguro respectivo.

La efectividad de la cobertura de Desempleo otorgada por este Contrato de seguro, dependerá de las siguientes condiciones, según la condición de empleo del Asegurado:

- a. **Empleado permanente:** **MAPFRE | COSTA RICA** otorgará la cobertura si es despedido.
- b. **Empleado copropietario:** **MAPFRE | COSTA RICA** otorgará la cobertura si el negocio deja de operar.
- c. **Empleado bajo contrato:** Si ha estado laborando bajo un contrato de plazo fijo con un mismo patrono, **MAPFRE | COSTA RICA** otorgará la cobertura si el Asegurado es despedido durante el plazo de su contrato, siempre y cuando tenga más de doce meses de laborar con dicho patrono de manera ininterrumpida.

Causales de Terminación de la Cobertura: La ocurrencia de alguno de los siguientes eventos, provocará el cese del beneficio otorgado por esta cobertura:

1. Fallecimiento del Asegurado.
2. Cese de la deuda.
3. Declaratoria de incapacidad total y permanente del Asegurado.
4. El advenimiento de la edad de jubilación, según se define en el Artículo 1 – Definiciones de estas Condiciones Generales, o la jubilación efectiva del Asegurado, lo que ocurra primero.
5. El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera del territorio de la República de Costa Rica.
6. Para todos los efectos, se excluye de la cobertura del seguro el desempleo ocurrido como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo a plazo fijo, por lo que no será amparable ningún reclamo.

Riesgos Excluidos bajo esta cobertura: MAPFRE | COSTA RICA no pagará el Beneficio Mensual si el Asegurado:

1. No ha estado continuamente empleado con el mismo patrono, por al menos doce meses previos al primer período de desempleo amparable bajo este contrato.
2. Queda desempleado durante el Período de Carencia.
3. No cumple un periodo de desempleo mayor a 30 días naturales.
4. Está empleado bajo contrato y queda desempleado, como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo de plazo fijo.
5. Entra en situación de desempleo involuntario a consecuencia de un despido sin responsabilidad patronal.
6. Entra en situación de Desempleo Involuntario como consecuencia de un despido anunciado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro para el Asegurado.
7. Desempeña un cargo público de libre nombramiento y remoción.
8. Se desempeña como Empleado de una empresa, industria o comercio cuya propiedad accionaria le pertenece en más de un 50% a un familiar del Asegurado hasta un segundo grado de afinidad o consanguinidad.
9. Tiene un trabajo temporal o estacional.
10. Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncie, se jubile o se jubile en forma anticipada y voluntariamente.
11. Es despedido por su patrono como resultado de su mala conducta o rompimiento del contrato de trabajo.
12. Queda desempleado como resultado de terremoto, inundación y cualquier evento de carácter catastrófico; conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares y similares.
13. Queda desempleado por cualquier causa de incapacidad total y permanente.
14. Los casos de suspensión del contrato de trabajo realizado conforme a los procedimientos previstos en el Código de Trabajo.
15. Es despedido, mientras se encuentre laborando fuera del territorio costarricense por más de 90 días naturales. Esta cláusula no aplicará si la causa por la cual el Asegurado deja el territorio costarricense es:
 - a. por trabajar en una embajada o consulado costarricense.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

- b. si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.**

Deducible: En cada evento de Desempleo Involuntario cubierto por esta Póliza, el Asegurado, en calidad de deducible, deberá pagar al Tomador la primera cuota mensual de amortización de todos los créditos vigentes y otorgados al Asegurado posteriores a la fecha en que haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado.

Cobertura D – Protección por Incapacidad Temporal Accidental

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares, en caso de que el Asegurado sufra una Incapacidad Temporal Accidental, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado, cuyo importe y número de desembolsos que consten en la solicitud de inclusión de cada Asegurado, el certificado de seguro por Asegurado o en la solicitud de inclusión y certificado de seguro respectivo.

El pago del Beneficio Mensual contratado operará e iniciará al momento en que el Asegurado cumpla 60 días calendario con la Incapacidad Temporal Accidental, a manera de periodo de franquicia absoluta. Una vez superado ese período, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará al Tomador del seguro el Beneficio Mensual contratado hasta el límite pactado, siempre que el Asegurado permanezca bajo la imposibilidad generada por la Incapacidad Temporal Accidental. La prestación mensual máxima se pagará a mes vencido.

Para el caso de créditos refundidos que no cumplan con el periodo de carencia, se considerarán las fechas y montos de cuota del crédito original para la validación del periodo de carencia siempre y cuando dichos créditos refundidos hayan contado con el presente seguro, excluyendo de la indemnización mensual el monto de la cuota adicional relacionada con la refundición del crédito.

Deducible: Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las contenidas en esta cláusula, lo cual será establecido en las Condiciones Particulares.

Límite de esta cobertura: Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las contenidas en esta cláusula, lo cual será establecido en las Condiciones Particulares.

Si el Asegurado una vez superado el Periodo de carencia Inicial del contrato resulta incapacitado para trabajar debido a un accidente después de la Fecha de Inicio y antes de la Fecha Final, permaneciendo de manera continuada en esta situación un periodo de al menos 30 días de franquicia absoluta más un período adicional de 30 días o más, después de que un Médico haya certificado su incapacidad laboral, la Compañía asumirá el importe de una indemnización fija hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares o Especiales de esta Póliza.

Riesgos Excluidos bajo esta cobertura: Los siguientes riesgos y gastos están expresamente excluidos de cobertura:

1. **Sufre la Incapacidad Temporal Accidental durante el Período de Carencia.**
2. **Ninguna dolencia médica ni física que no sea consecuencia directa de un accidente ni que corresponda a un accidente que haya ocurrido antes de la fecha de inicio de la cobertura.**
3. **Los síntomas médicos normales y previsibles asociados al embarazo y al parto,**
4. **Resultantes, directa o indirectamente, de dolores de espalda y dolencias relacionadas, a no ser que existan pruebas radiológicas o patológicas de anormalidad médica que provoque la incapacidad,**
5. **Resultantes de lesiones auto-infligidas intencionadamente o la ingestión de alcohol o drogas (excepto medicamentos tomados según las instrucciones de un médico colegiado y que no sean para el tratamiento de una adicción a las drogas), el estrés, la depresión o cualquier desorden o disfunción de tipo mental o nervioso,**
6. **Operaciones o tratamientos médicos que no sean necesarios desde el punto de vista médico y que no sean consecuencia de un accidente.**
7. **Accidentes ocurridos fuera Costa Rica**
8. **En caso que el Asegurado no ha trabajado de manera continuada en los seis meses previos a la fecha de inclusión en la póliza.**
9. **Recargos debidos a demoras en pagos relacionados con su obligación crediticia.**
10. **En caso que la incapacidad surja como consecuencia de conflictos bélicos, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, altercados o desorden público, o atentados terroristas de cualquier tipo.**
11. **En caso que la incapacidad surja como consecuencia de radiación ionizante o contaminación radiactiva por combustible nuclear o por desechos nucleares de combustibles nucleares.**

Cobertura E – Gastos Funerarios

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares, en caso de fallecimiento del Asegurado por una causa cubierta bajo la Cobertura Básica A, se otorgará una indemnización adicional, para cubrir los gastos funerarios, por el monto citado en las Condiciones Particulares. Dicho pago será girado a los Beneficiarios nombrados por el Asegurado.

Riesgos Excluidos bajo esta cobertura: MAPFRE | COSTA RICA no será responsable de pago bajo esta cobertura, si un siniestro resultare a consecuencia de alguna de los eventos excluidos en la cobertura Básica A.

Deducible: No opera deducible para esta cobertura

Cobertura F – Muerte Accidental Especial

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares, este beneficio incrementa la suma asegurada bajo la Cobertura A en el porcentaje que sea indicado en las Condiciones Particulares en caso de fallecimiento accidental del Asegurado bajo alguna de las siguientes circunstancias específicas:

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

- a) Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, impulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler y en vehículos contratados por la empresa para el transporte de sus empleados.
- b) Mientras el Asegurado se encuentre dentro de un ascensor de una entidad pública (excluyendo ascensor tipo minas, utilizando bajo la superficie de la tierra).
- c) En caso de incendio en un edificio público siempre que el Asegurado se encontrara dentro del mismo desde el inicio del incendio.

Riesgos Excluidos bajo esta cobertura: MAPFRE | COSTA RICA no será responsable de pago bajo esta cobertura, en caso de:

1. Muerte accidental bajo una situación distinta a las antes indicadas.

Deducible: No opera deducible para esta cobertura

Cobertura H – Riesgos adicionales

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares, esta cobertura ampara pérdidas que afecten a los integrantes del grupo Asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial, el cual será detallado en las Condiciones Particulares.

Por tratarse de un contrato tipo, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá establecer en las Condiciones Particulares, las coberturas que el Tomador ha definido, así como las condiciones pactadas de ampliación o limitación del alcance de cada una de las elegidas.

ADDENDUM – COBERTURA H – RIESGOS ADICIONALES (ASISTENCIAS).

Cobertura I – Servicios de Asistencia

El Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** pueden convenir adicionar la siguiente cobertura adicional, siempre que conste detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza:

ADDENDUM – COBERTURA I – SERVICIOS DE ASISTENCIA.

Artículo 5. Exclusiones Generales

Sin perjuicio de otras exclusiones establecidas en la legislación vigente que regula los contratos de seguros, y en adición a las Exclusiones correspondientes a las Coberturas de la presente póliza, ésta no cubre siniestros a consecuencia directa o indirecta de:

1. **Condiciones o padecimientos preexistentes, , salvo que hayan sido declarados por el asegurado y aceptados en la documentación contractual por MAPFRE | COSTA RICA.**
2. **Siniestros que ocurran posterior a la fecha de cancelación de la póliza o a la exclusión de un Asegurado por parte del Tomador.**
3. **Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o infección.**

4. **Riesgo de Guerra:** La muerte o lesiones de cualquier persona por causa directa o indirecta de su participación en cualquier guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil con una magnitud similar a la de levantamientos populares, daños intencionales (dentro de los límites de ciudades o poblados), levantamientos militares, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación o nacionalización o requisición por orden de cualquier gobierno público o local, cualquier acto de cualquier persona o personas que actúen en beneficio de o en conexión con cualquier organización cuyos propósitos incluyen, pero no se limitan al derrocamiento o la influencia de cualquier medio violento. Esta exclusión no aplica a cualquier persona que no participa activamente en cualquiera de los eventos que se mencionaron en el párrafo anterior. Esta excepción a la exclusión está sujeta a que los siniestros ocurran durante un período de veinticuatro (24) horas consecutivas y dentro de un radio de quince (15) kilómetros del lugar donde se desarrollan cualquiera de tales eventos, y a condición de que las muertes sobrevengan dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia de los mismos.
5. Siniestros que ocurran a consecuencia de liberación abrupta de energía atómica o por radiación nuclear o contaminación radioactiva controlada o no.
6. Competencia como conductor o integrante de equipo en pruebas de pericia o velocidad, utilizando vehículos mecánicos o de tracción a sangre; participación en justas hípicas o pruebas análogas.
7. Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
8. Práctica de paracaidismo; práctica o utilización de vehículos de transporte aéreo, salvo que se viaje como pasajero en líneas aéreas regulares;
9. Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, escalamiento de montañas, actos de acrobacia, práctica del boxeo profesional;
10. Desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad asociadas a las fuerzas policiales y de seguridad, tripulantes de naves fluviales, marítimas y aéreas;
11. Participación en empresa o acto criminal; lesión en duelo o riña, salvo el supuesto de legítima defensa;
12. Hechos originados por reacciones de origen nuclear y sus posibles efectos tardíos;
13. Participación en trabajos subterráneos o de minería; práctica de caza mayor o participación en expediciones destinadas a tal fin;
14. Consumo de alcohol; uso de drogas, estupefacientes o estimulantes sin prescripción médica;
15. Los siniestros causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos de carácter catastróficos.

16. A consecuencia de prestar servicios en el ejército, policía, bomberos, la marina de guerra o fuerza aérea de su país de residencia; o de cualquier país, combinación de países u organización internacional.
17. Los siniestros a consecuencia de la acción de los rayos “x” y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares o por efectos de energía nuclear de cualquier forma; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
18. Siniestros a consecuencia directa o indirecta de actos de terrorismo.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las contenidas en esta cláusula, lo cual será establecido en las Condiciones Particulares.

Artículo 6. Límite de Responsabilidad y Suma Asegurada

El límite máximo de responsabilidad de **MAPFRE | COSTA RICA** para cada Asegurado, es la suma asegurada individual de la cobertura afectada por el siniestro, las cuales equivalen a:

Cobertura	Límite de Responsabilidad
A- Muerte por Cualquier Causa	Monto Insoluto o Monto Original de la deuda contraída por el Asegurado con el Tomador del seguro, según sea convenido en Condiciones Particulares.
B- Incapacidad Total y Permanente	Monto Insoluto o Monto Original de la deuda contraída por el Asegurado con el Tomador del seguro, según sea convenido en Condiciones Particulares.
C- Desempleo Involuntario	Beneficio mensual por el número desembolsos dependiendo de la opción en meses seleccionada y establecidos en la Solicitud de inclusión y Certificado de Seguro o Solicitud y Certificado de seguro de cada Asegurado.
D- Protección por Incapacidad Temporal Accidental	Beneficio mensual por el número desembolsos dependiendo de la opción en meses seleccionada y establecidos en la Solicitud de inclusión y Certificado de Seguro o Solicitud y Certificado de seguro de cada Asegurado.
E- Gastos Funerarios	Suma indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de seguro de cada Asegurado.
F- Muerte Accidental Especial	Incremento de la suma asegurada bajo la Cobertura A en el porcentaje que sea indicado en las Condiciones Particulares.
H-Otros riesgos	Porcentaje o suma indicada en las

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

	Condiciones Particulares y Certificado de seguro de cada Asegurado.
--	---

En el caso de las Coberturas A y B, la suma asegurada respecto a cada Asegurado podrá ser la siguiente:

1. El saldo de la deuda a la fecha del siniestro.
2. El monto original de la operación crediticia.
3. El límite máximo de la tarjeta de crédito.

La suma asegurada debe ser reportada por el Tomador del seguro a **MAPFRE | COSTA RICA**, aceptada por éste. Dicha suma asegurada no podrá exceder el límite máximo individual dispuesto en las Condiciones Particulares.

Las nuevas deudas que adquiera el Asegurado o los aumentos del monto del límite de la tarjeta serán consideradas como aumentos de monto asegurado, por lo tanto, deberán ser reportadas por el Tomador de seguro y sometidas a valoración de acuerdo con lo definido.

La acumulación de las sumas aseguradas individuales de cada uno de los Asegurados que conforman el Grupo Asegurable determinará la suma asegurada de la póliza.

El Tomador deberá reportar mensualmente a **MAPFRE | COSTA RICA**, los saldos insolutos de deuda o las cuotas de pago de crédito mensual según el caso de cada uno de los Asegurados para el cálculo de la prima respectiva. En caso de haber contratado la póliza por Monto Original, se reportarán mensualmente las inclusiones y exclusiones.

Artículo 7. Período de Carencia

Se establece un período de dos meses, a partir de la inclusión del Asegurado en este contrato durante el cual las coberturas C y D no operan si el Asegurado queda desempleado o sufre una incapacidad temporal accidental. Una vez transcurrido este plazo, la cobertura se otorga en cualquier momento que suceda un evento amparado por el contrato.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar eliminar o bien establecer otro plazo de período de carencia, el cual será establecido en las Condiciones Particulares.

Artículo 8. Período de Cobertura

El seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza; no obstante, el reclamo puede ser presentado después de que la vigencia haya llegado a su término. Lo anterior sin perjuicio de los términos de prescripción previstos en la presente póliza.

Artículo 9. Delimitación Geográfica

Esta póliza cubre únicamente las consecuencias de los eventos que ocurran dentro de los límites geográficos de la República de Costa Rica, con excepción de la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado por un evento amparable, el cual puede ocurrir en cualquier parte del mundo.

Capítulo 2. BENEFICIARIOS

Artículo 10. Beneficiarios

El Tomador, en su calidad de entidad acreedora del crédito asociado a este seguro, es el primer beneficiario de esta póliza hasta el equivalente del saldo insoluto de tal crédito, pero sin exceder de la suma asegurada.

En caso de haber contratado monto original y establecido en las condiciones particulares, una vez satisfecho el interés del primer beneficiario, el remanente hasta completar la suma asegurada, si lo hubiere, le será girado a los beneficiarios designados conforme los porcentajes de reparto respectivos que consten en el Certificado de Seguro. A falta de beneficiarios designados, las sumas que correspondan se girarán a sus herederos legales establecidos en el proceso sucesorio correspondiente.

Advertencia normativa: Conforme dispone la normativa: “Si el beneficiario lo es en razón de un crédito a favor del asegurado, su beneficio se limitará al saldo insoluto de la deuda incluyendo intereses generados al momento del siniestro, según el contrato de crédito y la certificación contable correspondiente pero sin exceder la suma asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el beneficio indicado, el remanente se pagará al asegurado, a sus beneficiarios distintos del acreditante o a sus herederos, según corresponda.” “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.”

Capítulo 3. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

Artículo 11. Obligaciones del Tomador

En adición a otras obligaciones que contemple esta póliza o la normativa vigente, el Tomador asume las siguientes obligaciones:

- A) Pago y Recaudo de Prima: El Tomador deberá pagar a **MAPFRE | COSTA RICA** la prima convenida conforme a los plazos estipulados en esta póliza. En el caso de modalidad contributiva, el Tomador realizará la gestión de recaudo respectivo de las primas correspondientes a cada Asegurado.
- B) Informes: El Tomador suministrará a **MAPFRE | COSTA RICA** mensualmente, dentro de los quince (15) días naturales siguientes al fin de cada mes, un informe electrónico con la información detallada de cada asegurado vigente en la póliza. Dicho informe electrónico contendrá como mínimo para cada asegurado la siguiente información:
 - Nombre y dos apellidos
 - Número de identificación y tipo
 - Dirección electrónica o de notificaciones del Asegurado
 - Estado civil
 - Prima mensual

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

- Fecha de inclusión
- C) Proceso de Prórroga o Renovación: Para el proceso de prórroga o renovación **MAPFRE | COSTA RICA** y el Tomador del seguro revisarán conjuntamente un detalle de Asegurados y sus respectivas sumas aseguradas individuales el cual servirá de base para la prórroga respectiva y para la emisión del recibo cobro de prima.
- D) Intermediación: El Tomador deberá informar a los Asegurados la participación de un intermediario de seguros o sociedad corredora cuando corresponda, así como el detalle de sus obligaciones y responsabilidades y si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el tomador.
- E) En caso que la inclusión en la póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el tomador estará obligado a indicar, de forma expresa y clara, si la contratación de la cobertura es obligatoria u opcional para el asegurado.
- F) En caso de modificación o terminación del contrato, el tomador deberá cooperar con **MAPFRE | COSTA RICA** con la información que sea requerida al efecto para comunicar la decisión a los asegurados en los plazos previstos en la normativa vigente. Cualquier decisión de terminación del Tomador deberá considerar los plazos de normativa que permitan a **MAPFRE | COSTA RICA** comunicar la decisión a los asegurados en los plazos previos aplicables.
- G) Colaborar con **MAPFRE | COSTA RICA** para que sea posible informar a los Asegurados con al menos 30 días naturales de previo a la entrada en vigencia de alguna variación o modificación de la póliza, en los casos en que el Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** pacten de común acuerdo modificaciones al contrato, a efectos de que sus intereses no se vean dañados.
- H) En caso de solicitar la terminación de la póliza, deberá hacerlo con al menos 90 días calendario de antelación y deberá colaborar con **MAPFRE | COSTA RICA** para que sea posible informar a los Asegurados con al menos 45 días naturales de previo a la fecha de terminación.

Los incumplimientos, los errores y las omisiones incurridos por el tomador, asegurador o por los intermediarios de seguros no son oponibles a la persona asegurada de buena fe. En caso de que se presente alguna de esas situaciones sin que exista claridad en cuanto al causante de la misma, la aseguradora reparará la afectación al asegurado pudiendo luego recuperar lo pagado del tomador o el intermediario según corresponda. En ese sentido, en caso de incumplimientos del Tomador, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá ejercer las acciones que estime convenientes para recuperar el daño o perjuicio causado.

El Tomador no es un agente para la Compañía, y ninguno de sus empleados tiene autoridad para renunciar o modificar las condiciones del Contrato del Seguro.

Artículo 12. Obligaciones del Asegurado

En adición a otras obligaciones indicadas en las presentes Condiciones Generales o en la normativa vigente, el Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

- a. En el caso de la modalidad contributiva, realizar el pago oportuno de la prima convenida.
- b. El Asegurado tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en las presentes Condiciones Generales, y notificar cualquier cambio en su dirección de notificaciones.
- c. El Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro. Asimismo, deberán colaborar con **MAPFRE | COSTA RICA** en las diligencias y documentación que requiera el procedimiento

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

indemnizatorio.. El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de **MAPFRE | COSTA RICA** de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida liberará a este de su obligación de indemnizar. **MAPFRE | COSTA RICA** podrá demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyen su responsabilidad o reducen la cuantía de la pérdida alegada por la persona asegurada o por el tomador de la póliza, según corresponda.

- d. El Asegurado deberá observar y cumplir sus obligaciones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y normativa conexas.
- e. Para efectos de la Cobertura C, el Asegurado deberá comunicar de inmediato a **MAPFRE | COSTA RICA** el momento en que obtenga un nuevo empleo.

Capítulo 4. PRIMA

Artículo 13. Prima a pagar

La prima que corresponda a cada uno de los Asegurados que se incorporen a esta póliza se calculará con base en la tarifa aplicable que conste en las Condiciones Particulares del contrato, según el subgrupo etario en el que se ubique el Asegurado.

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, que podrá acreditarse también de manera fraccionada según la frecuencia escogida por el Tomador del seguro, a saber; mensual, trimestral o semestral, de acuerdo con las tarifas vigentes a la fecha de emisión, prórroga o renovación de esta póliza, los cuales se detallarán en las Condiciones Particulares.

Se conviene que, en caso de indemnización de conformidad con las coberturas de esta póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima anual se deducirán de la liquidación resultante.

Artículo 14. Mora en el pago

Si la prima no ha sido pagada dentro de los plazos establecidos en estas Condiciones Generales, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá tomar una de las siguientes acciones:

- a) Dar por terminado el contrato, en cuyo caso, salvo pacto en contrario, **MAPFRE | COSTA RICA** quedará liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora. Deberá notificar su decisión al Tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.
- b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, **MAPFRE | COSTA RICA** será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que **MAPFRE | COSTA RICA** escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.

MAPFRE | COSTA RICA deberá informar oportunamente su decisión al contratante, cualquiera que ella sea.

Artículo 15. Ajustes en la prima

Las primas de la póliza podrán ser ajustadas de la siguiente forma:

- a. Ajustes en Prórrogas o Renovaciones: De previo a la fecha de vencimiento anual de la vigencia de la póliza, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá modificar las tarifas que consten en las Condiciones Particulares del contrato, según factores tales como la composición del grupo asegurado, así como elementos estadísticos e históricos actuariales de cada subgrupo etario, según los parámetros e impacto que se detallan en la cláusula RECARGOS Y DESCUENTOS. Para tales efectos, **MAPFRE | COSTA RICA** dará aviso escrito al Tomador y a los Asegurados con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro. Se deja expresa constancia que los ajustes respectivos serán aplicados a las tarifas colectivas del seguro y no existirán ajustes individuales con base en las condiciones individuales de un determinado asegurado.
- b. Ajustes por Variación de Edad: Los planes de aseguramiento se basan en la suma asegurada y en el rango de edad en el que se ubica el Asegurado al momento de su suscripción. Anualmente se validará la edad cumplida del Asegurado y se ajustará la prima de acuerdo en caso que el Asegurado haya cambiado de Rango de Edades según la tarifa vigente al momento de variación.
- c. Ajustes por Modificación de Póliza: Los ajustes de prima originados en modificaciones a la póliza, deberán cancelarse en un término máximo de treinta días naturales contados a partir de la fecha en que **MAPFRE | COSTA RICA** acepte la modificación. Si la prima de ajuste no es pagada durante el período establecido, **MAPFRE | COSTA RICA** dará por no aceptada la modificación por parte del Asegurado y dejará la póliza en el mismo estado anterior. Si la modificación a la póliza origina devolución de prima, **MAPFRE | COSTA RICA** deberá efectuarla en un plazo máximo de treinta días hábiles, contado a partir de la solicitud.

Artículo 16. Período de Gracia

MAPFRE | COSTA RICA concederá un período de gracia de treinta (30) días naturales a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para pagar la prima.

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y **MAPFRE | COSTA RICA** rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

Artículo 17. Devolución de Prima

La devolución de primas procederá cuando se hubieren percibido excesos en relación con los montos convenidos. La devolución de primas procederá cuando suceda alguno de los siguientes eventos:

- 1) Cuando la operación crediticia respaldada por el seguro no llegue a formalizarse, debido a lo cual no existiría objeto del seguro.
- 2) Cuando se haya incurrido en doble pago de las renovaciones.
- 3) Cuando una operación crediticia sea cancelada una vez que un período de renovación sea pagado.

Artículo 18. Recargos y Descuentos

Podrán otorgarse descuentos por volumen, conforme a dos parámetros excluyentes, a saber por número de asegurados en el grupo colectivo o por monto asegurado total del colectivo, en el entendido que no se pueden aplicar los dos parámetros de forma simultánea. Los porcentajes de descuento son:

Por número de Asegurados en el Colectivo

Número de Personas	Descuento Mínimo	Descuento Máximo
0-100	0	5%
101-500	0	10%
501- más	0	20%

*Por Monto Asegurado
(Colones o su Equivalente en Dólares)*

Monto Asegurado Total	Descuento Mínimo	Descuento Máximo
0 – 1,000,000,000	0	5%
1,000,000,001 – 5,000,000,000	0	10%
5,000,000,001 o más	0	20%

Para calcular descuentos y/o recargos por experiencia, para cada período anual se calculará el índice de siniestralidad que significa que es el coeficiente o porcentaje que refleja la proporción existente entre el coste de los siniestros producidos en la póliza y la Prima neta del mismo período anual (prima total emitida menos impuestos, gastos de suscripción y adquisición, comisiones, gastos administrativos y utilidad esperada). Dicho índice de siniestralidad tendrá un período de análisis de un año, tomando siempre la totalidad de datos existentes.

Los descuentos o recargos serán los siguientes:

INDICE DE SINIESTRALIDAD	DESCUENTO O RECARGO
0 - 49.99%	30% de descuento
50% - 54.99%	25% de descuento

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

55% - 59.99%	0%
60% - 79.99%	30% de recargo
80% - 99.99%	40% de recargo
100% - 149.99%	50% de recargo
150% - 199.99%	75% de recargo
200% o más	100% de recargo

Estos recargos o descuentos se negocian al suscribir el seguro o al cambiar las condiciones en la prórroga anual y afectarán al Asegurado o al Tomador del seguro, según sea quien pague la prima, en caso de que se apliquen dichos descuentos serán indicados en Condiciones Particulares.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar la modificación de los descuentos y recargos establecidos, los cuales se indicarán en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Capítulo 5. RECLAMO DE DERECHOS SOBRE LA PÓLIZA

Artículo 19. Plazo para el aviso del siniestro

Todo hecho que se presuma cubierto por esta póliza al amparo de las Coberturas A, B y E deberá ser reportado por el Tomador a **MAPFRE | COSTA RICA** en el término de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de ocurrencia del hecho que motiva la reclamación, o del momento en que se tuviere conocimiento del mismo.

Para las Coberturas C y D, este plazo se establece en siete (7) días naturales a partir de que el Asegurado queda desempleado o sufre la incapacidad temporal.

Si el aviso de siniestro no se presenta dentro del plazo indicado, con el propósito de evitar, obstruir, entorpecer, dificultar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, o para entorpecer, evitar, desvirtuar o dificultar la recolección de datos, indicios o testimonios, MAPFRE | COSTA RICA estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

No obstante, si se demostrase que el aviso no se presentó dentro del plazo estipulado en el párrafo anterior por razones de fuerza mayor y que fue presentado tan pronto como fue razonablemente posible, el reclamo no será invalidado por esta razón.

Artículo 20. Requisitos para la tramitación de un Reclamo:

1. Para solicitar el pago de la indemnización por la Cobertura de Muerte por cualquier causa y la Cobertura de Gastos Funerarios, el Tomador deberá presentar a **MAPFRE | COSTA RICA** los siguientes requisitos:

- a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por **MAPFRE | COSTA RICA**.
- i. Estado de cuenta con el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la muerte del Asegurado

- ii. Fotocopia del documento de identificación el Asegurado
- iii. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.

Únicamente en aquellos casos en que se hubiese superado período de carencia, período de disputabilidad, y adicionalmente no se trate de un caso en investigación, se podrá presentar inicialmente el certificado de defunción simple (sin casusas) y copia del acta de defunción generada por el médico a la hora del fallecimiento de la persona indicando las causas de muerte con letra legible.

- iv. Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, debe aportar:
 - a. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.
 - b. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular.

2. Para solicitar el pago de la indemnización por la Cobertura de Incapacidad Total Permanente, el Asegurado o el Tomador deberá presentar a **MAPFRE | COSTA RICA** los siguientes requisitos:

- a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por **MAPFRE | COSTA RICA**.

- i. Estado de cuenta con el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la declaratoria Incapacidad Total Permanente.
- ii. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
- iii. Certificado médico de tal incapacidad emitido por la de la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros o Medicatura Forense del Poder Judicial, y en el caso excepcional de que el Asegurado no cuente con medio probatorio por razones debidamente justificadas, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá valorar la asignación de un médico o junta de médicos por su cuenta, en el que se manifieste claramente:
 - a. El porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado, que deberá ser en todo caso igual o mayor a un 67% de pérdida.
 - b. Diagnóstico sobre los eventos que provocaron dicha incapacidad.
 - c. Que la misma no está sujeta a revisión.
- iv. Si la incapacidad fue provocada por accidente, el Asegurado debe aportar copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología.

3. Para solicitar el pago de la indemnización por la Cobertura de Desempleo involuntario, el Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos ante **MAPFRE | COSTA RICA**:

- a. Al momento de que la persona asegurada quede desempleada, debe haber estado laborando con el mismo patrono por al menos un período de 12 (doce) meses de trabajo continuo previos a la ocurrencia del siniestro.
- b. El Asegurado debe dar aviso escrito del reclamo al Tomador, dentro de los siguientes siete (7) días naturales de haber quedado Desempleado.
- c. El Tomador facilitará al Asegurado un formulario suplido por **MAPFRE | COSTA RICA**, el cual deberá ser completado y devuelto al Tomador, con toda la información solicitada en él, tan pronto tenga en su poder los requisitos señalados en el punto siguiente.
- d. El asegurado debe aportar adicionalmente a la presentación del aviso de siniestro los siguientes documentos:

Requisitos para presentar el siniestro por primera vez para tipo de trabajador (Permanente):

1. Formulario de Declaración de Siniestro (Desempleo).
2. Copia de la cedula vigente del tamaño original del documento.
3. Copia de la carta de despido, la misma debe indicar: Nombre del ex empleado, documento de identidad, fecha de ingreso y salida de la empresa, motivo de despido (Si fue despedido (a) con o sin responsabilidad laboral), puesto desempeñado, tipo de contrato que mantenía el ex trabajador, (Definido o Indefinido, Permanente, Copropietario o de Plazo Fijo) y salarios pagados durante los últimos seis (6) meses.
 - 3.1 En caso de que la carta de despido no indique alguno de los puntos anteriores, el asegurado debe solicitar a su ex patrono una carta de servicios y presentar las dos (Carta de despido y Carta de Servicios).
 - 3.2 Si la empresa ha cambiado de razón social el asegurado debe presentar una carta emitida por la empresa firmada y sellada, indicando la continuidad laboral.
4. Estudio de Salarios Reportados en Planilla emitido por la Caja del Seguro Social, que abarque un periodo total de dos (2) años, y demuestre que el asegurado ha estado cotizando de manera continua para ese patrono, durante los últimos doce (12) meses.
5. El asegurado debe firmar tres (3) autorizaciones para que Mapfre, a discreción, pueda solicitar el Estudio de Salarios actualizado en la Caja Costarricense del Seguro Social (La firma debe ser lo más parecido al documento de identidad).

Requisitos para presentar el siniestro por primera vez para tipo de trabajador (Copropietario):

1. Formulario de Declaración de Siniestro (Desempleo)
2. Copia de la cedula vigente del tamaño original del documento.
3. Copia de la carta de referencia, la misma debe indicar: Nombre, documento de identidad, fecha de ingreso y salida de la empresa, puesto desempeñado y salarios pagados durante los últimos seis (6) meses, participación accionaria, motivo por el cual se da la salida de la compañía, esta carta debe ser emitida por el accionista mayoritario.
 - 3.1 Si la empresa ha cambiado de razón social el asegurado debe presentar una carta emitida por la empresa firmada y sellada, indicando la continuidad laboral.
4. Personería jurídica con participación accionaria.
5. Copia de la demanda civil.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

6. Estudio de Salarios Reportados en Planilla emitido por la Caja del Seguro Social, que abarque un periodo total de dos (2) años, y demuestre que el asegurado ha estado cotizando de manera continua para ese patrono, durante los últimos doce (12) meses.
7. El asegurado debe firmar tres (3) autorizaciones para que Mapfre, a discreción, pueda solicitar el Estudio de Salarios actualizado en la Caja Costarricense del Seguro Social (La firma debe ser lo más parecido al documento de identidad).

Requisitos para presentar el siniestro por primera vez para tipo de trabajador (Bajo Contrato):

1. Formulario de Declaración de Siniestro (Desempleo)
 2. Copia de la cedula vigente del tamaño original del documento.
 3. Copia del contrato laboral o de prestación de servicios.
 4. Copia del pago de impuestos actualizado.
 5. Copia de referencia, la misma debe indicar: **Fecha donde se inicia la prestación de servicio** y salida de la empresa, esta carta debe ser emitida por el ex patrono.
 - 5.1 Si la empresa ha cambiado de razón social el asegurado debe presentar una carta emitida por la empresa firmada y sellada, indicando la continuidad laboral.
 6. Estudio de Salarios Reportados en Planilla emitido por la Caja del Seguro Social, que abarque un periodo total de dos (2) años, y demuestre que el asegurado ha estado cotizando de manera continua para ese patrono, durante los últimos veinticuatro (24) meses.
 7. El asegurado debe firmar tres (3) autorizaciones para que Mapfre, a discreción, pueda solicitar el Estudio de Salarios actualizado en la Caja Costarricense del Seguro Social (La firma debe ser lo más parecido al documento de identidad).
4. Para solicitar el pago de la indemnización por la **Cobertura de Protección por Incapacidad Temporal Accidental**, el Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos ante **MAPFRE | COSTA RICA**:
- a. El Asegurado deberá entregar una descripción detallada por escrito del Accidente sufrido.
 - b. Deberá suministrar los informes Médicos relacionados con el origen y desarrollo de su Incapacidad Temporal, incluyendo fecha de diagnóstico.
 - c. Deberá presentar el Informe médico original de la primera asistencia médica recibida para atender las lesiones sufridas en el Accidente.
 - d. Deberá presentar la orden medica por convalecencia que justifique el reposo y la incapacidad temporal para desempeñar su trabajo.
 - e. En caso de accidente de tránsito, copia del parte oficial del suceso.
 - f. En caso de existir reclamación judicial, copia completa de dichas Diligencias.

Todos los certificados médicos deberán ser emitidos por un médico. Durante la reclamación del Asegurado, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá solicitar solicitase exámenes médicos más detallados. En tal caso **MAPFRE | COSTA RICA** abonará los costes de dichos exámenes.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar la modificación del procedimiento descrito en esta cláusula, lo cual será establecido en las Condiciones Particulares.

Artículo 21. Pago de Indemnizaciones bajo la Cobertura C

En el caso específico de la Cobertura C, el derecho al Beneficio Mensual dará inicio si se ha superado el Período de Carencia, así como el Deducible de 30 días naturales, y se prolongará por la cantidad de meses de acuerdo con el plan del seguro seleccionado al momento de suscripción del seguro.

Asimismo, el Beneficio Mensual no admite fraccionamiento y se tendrá derecho a él cuando hayan transcurrido 31 días de desempleo continuo a partir del primer día de desempleo. Los beneficios mensuales posteriores se pagarán con frecuencia mensual consecutiva a partir del primer desembolso y se prolongarán hasta alcanzar el número de beneficios mensuales pactado.

EVENTOS RECURRENTES:

Si un Asegurado queda desempleado, es contratado por un nuevo empleador y en el transcurso de los siguientes 3 (tres) meses vuelve a quedar desempleado, **MAPFRE | COSTA RICA** considerará como parte del evento original la nueva ocurrencia para todos los efectos contractuales. Los eventos que ocurran después de finalizado dicho lapso, se tendrán, para efectos contractuales, como eventos independientes; por lo tanto, todas las condiciones del contrato, incluido el periodo mínimo de trabajo continuo con el mismo patrono y el periodo mínimo de desempleo por 30 días, se aplicarán por separado a cada uno de ellos.

COMPROBACIÓN DE CONTINUIDAD DE DESEMPLEO:

Si la condición de desempleo persiste una vez concluido el periodo considerado como deducible, el Asegurado deberá entregar a **MAPFRE | COSTA RICA** antes del pago correspondiente al primer mes, un certificado de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), donde indique que no aparece como cotizante al seguro social, y que abarque el periodo de un (1) año hasta el mes de la solicitud. Este documento deberá ser solicitado en las oficinas de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) a partir del día once (11) de cada mes, y entregado en original en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA**. (b) Declaración Jurada que indique la continuidad del desempleo. (c) Documentación que compruebe la búsqueda activa de trabajo, mediante evidencia de postulaciones a puestos de trabajo acordes con su perfil profesional, y entrevistas de trabajo realizadas durante el mes a indemnizar. El Asegurado deberá continuar presentando sucesivamente dicha certificación para cada pago del beneficio mensual pactado, siempre que se mantenga su condición de desempleo. De no hacerlo, **MAPFRE | COSTA RICA** suspenderá el pago del beneficio. **MAPFRE | COSTA RICA** tendrá la potestad de realizar las investigaciones correspondientes, que permitan comprobar fehacientemente la condición de desempleo del reclamante.

SUSPENSIÓN DEL BENEFICIO MENSUAL

El pago del Beneficio Mensual se suspenderá cuando sobrevenga cualquiera de las siguientes condiciones:

1. El último día en que el Asegurado termine su condición de desempleado.
2. Cuando no presente la certificación señalada en la sección anterior.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

3. El Asegurado cumpla con el periodo de desempleo pactado en meses, según el plan de beneficios pactado.
4. El Asegurado no proporcione documentos demostrando que está buscando trabajo cuando MAPFRE | COSTA RICA así se lo solicite.
5. Si el Asegurado durante su periodo de desempleo tiene la oportunidad de realizar un trabajo temporal, MAPFRE | COSTA RICA podrá suspender el beneficio de indemnización.

Artículo 22. Plazo de Resolución

MAPFRE | COSTA RICA está obligada a brindar respuesta a todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito, entregada al interesado en la forma acordada para tal efecto, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contados a partir de que el Asegurado y/o el Tomador presenten todos los requisitos para el pago de reclamos establecidos en estas Condiciones Generales.

Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

Capítulo 6. VIGENCIA

Artículo 23. Vigencia

Salvo pacto en contrario, esta póliza tiene vigencia anual. De conformidad con el artículo 14 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la prórroga del contrato es obligatoria para **MAPFRE | COSTA RICA** en tanto se cancele la prima determinada técnicamente, según las condiciones pactadas en dicha. Las fechas de inicio y fin de vigencia son las que consten en las Condiciones Particulares.

Sin perjuicio de la prórroga obligatoria que contempla la normativa, la póliza se podrá renovar anualmente a su vencimiento de común acuerdo entre **MAPFRE | COSTA RICA** y el Tomador. El Tomador cuenta con derecho a que la póliza no sea prorrogada obligatoriamente o renovada de común acuerdo, para lo cual deberá notificar su decisión a **MAPFRE | COSTA RICA** con al menos tres meses calendario a la fecha de vencimiento respectiva, a fin que sea posible para **MAPFRE | COSTA RICA** informar a los asegurados de dicha terminación con al menos 45 días calendario de antelación.

La eficacia de cobertura respecto de cada uno de los Asegurados que se incluyan a la póliza, correrá a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguro respectivos. De igual manera, la eficacia de cobertura estará sujeta al pago de la prima en los plazos previstos.

Previo a la fecha del vencimiento anual de la póliza y en un plazo no menor a treinta (30) días naturales, **MAPFRE | COSTA RICA** entregará al Tomador un reporte completo de asegurados indicando para cada uno el detalle de coberturas y montos amparados. El Tomador validará o solicitará las modificaciones correspondientes al reporte de los datos de los Asegurados. El plazo para emitir la validación será el negociado entre las partes e indicado en las Condiciones Particulares. En caso de no cumplir con esta obligación se entenderá que el Tomador está de acuerdo la información suministrada. Todos los reportes deberán ser entregados por los medios electrónicos definidos y con la estructura de datos suministrada por **MAPFRE | COSTA RICA**.

En caso de modificación o terminación del contrato, el tomador deberá cooperar con **MAPFRE | COSTA RICA** con la información que sea requerida al efecto para comunicar la decisión a los asegurados en los plazos previstos en la normativa vigente. Según contempla la normativa, es obligación de la aseguradora de comunicar a los asegurados individuales la modificación y/o la terminación del contrato con al menos 30 días naturales de previo a la entrada en vigencia de la modificación o al menos 45 días naturales de previo a la terminación de la póliza, a efectos de que sus intereses no se vean dañados. La comunicación podrá ser implementada mediante comunicación vía email, por comunicación física en domicilio o por otro medio permitido en la póliza, lo anterior con al menos los plazos antes indicados.

Artículo 24. Terminación Anticipada de la Póliza colectiva

Durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, con al menos un mes de anticipación a la fecha de eficacia del acto. En cualquier caso, **MAPFRE | COSTA RICA** tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá reembolsar la prima no devengada.

Será condición y requisito absolutamente indispensable para dicha terminación anticipada, que el Tomador brinde adicionalmente un preaviso **MAPFRE | COSTA RICA** con al menos 90 días calendario de anticipación, a fin de que **MAPFRE | COSTA RICA** proceda a informar de dicha solicitud a los Asegurados individuales mediante comunicado con al menos 45 días calendario de antelación, a efecto que sus intereses no se vean afectados. El Tomador deberá brindar toda colaboración requerida por **MAPFRE | COSTA RICA** para proceder con este comunicado.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

Capítulo 7. DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 25. Requisitos de Elegibilidad

Son elegibles para este seguro aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable que al momento de ser incorporadas a la póliza no padezcan de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de tales padecimientos.

El Asegurado debe garantizar que cada una de las personas que figuran en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza, pertenece al Grupo Asegurable y reúne los siguientes requisitos:

- a. Es una persona física.
- b. Reside permanentemente en el territorio costarricense.
- c. Es mayor de 18 años de edad.
- d. Para efectos de las Coberturas C y D: No alcanzará la edad de jubilación durante el período de vigencia de esta póliza.
- e. Para efectos de la Cobertura C: Es empleado bajo un contrato de plazo fijo por al menos doce (12) meses, ha estado continuamente empleado con el mismo patrono por al menos dos años, y realiza los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Para efectos de la Cobertura C, no podrá incluirse en este Contrato aquella persona que:

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

- a. Se encuentra desempleada.
- b. Su empleo es de naturaleza temporal o está empleado por una temporada.
- c. Está incapacitado temporalmente, excepto por maternidad.
- d. Está incapacitado total y permanentemente.
- e. La organización para la cual labora, se encuentra en un proceso de movilización laboral o similar que pueda afectarlo.
- f. Cotice en la CCSS como trabajador independiente.

En el caso que la Cobertura C sea otorgada de forma gratuita según indicado en el artículo 5 anterior, **MAPFRE | COSTA RICA** verificará el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad de cada miembro asegurado al momento de reclamación bajo dicha cobertura, en el entendido que no sea aceptarán reclamos de asegurados que no cumplan con las condiciones dichas.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar la modificación de los requisitos de elegibilidad descritos en esta cláusula, lo cual será establecido en las Condiciones Particulares.

Artículo 26. Requisitos de Asegurabilidad

Los solicitantes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad que sean exigibles de acuerdo con su estado de salud y suma asegurada solicitada, cuyo detalle estará a la vista en las Condiciones Particulares de esta póliza. El costo de los exámenes y pruebas de salud que fueren requeridos correrá a cuenta de **MAPFRE | COSTA RICA**, siempre y cuando se utilicen los proveedores de su red de servicios médicos.

Cuando existan condiciones particulares que lo ameriten, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá solicitar requisitos médicos adicionales de asegurabilidad que complementen o aclaren el o los diagnósticos o síntomas detallados en los cuestionarios o exámenes entregados inicialmente, en cuyo caso, los costos correrán a cargo del solicitante.

Artículo 27. Derechos del Asegurado o sus Causahabientes

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que **MAPFRE | COSTA RICA** pague al Tomador del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro en caso de evento cubierto por el contrato póliza bajo las coberturas A y B.

Asimismo, el Asegurado tendrá derecho a exigir que **MAPFRE | COSTA RICA** pague al Tomador del seguro el importe del beneficio mensual pactado amparado por el seguro en caso de evento cubierto por el contrato póliza bajo las coberturas C y D.

Artículo 28. Modalidad de Contratación

Este seguro puede ser suscrito bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

- Prima Contributiva, en la que el Grupo Asegurado contribuye en toda o parte de la prima.
- Prima No Contributiva, en la que el Tomador es quien paga la totalidad de la prima.

Artículo 29. Comisiones

MAPFRE | COSTA RICA podrá reconocer al Tomador un porcentaje de comisión de cobro por sus labores de recaudación de las primas y administración de la póliza, todo según se especifique en las Condiciones Particulares de este seguro. La comisión contempla el

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

reconocimiento de todos los costos incurridos por el tomador en virtud de la gestión de la póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

Artículo 30. Participación de utilidades

MAPFRE | COSTA RICA podrá reconocer al finalizar cada año póliza y en caso de que se generen utilidades en la administración de este seguro por experiencia siniestral favorable, un porcentaje por participación de utilidades a los Tomadores de seguro, que tengan suscrita la modalidad Colectiva No Contributiva, mediante pago en efectivo o rebajo en las primas del siguiente período. Este porcentaje será negociado con el Tomador según se indique en el artículo de Participación de Utilidades de las Condiciones Particulares.

En caso de que se tratase de una póliza suscrita bajo la modalidad de “Prima Contributiva”, de ser pactada dicha participación, los excedentes se reflejarán, como un rebajo, en la prima que está pagando cada Asegurado, en forma proporcional a las primas pagadas en el año inmediatamente anterior por cada uno de los miembros del colectivo.

Los excedentes en la modalidad contributiva se otorgarán de la siguiente forma:

Al finalizar el año de vigencia	% de participación
1	20%
2	30%
3 en adelante	50%

En caso de pactarse la participación de utilidades, la liquidación se calculará al final del año póliza respectivo, de la siguiente forma:

- Del total de las primas ganadas anuales (primas brutas menos devoluciones sobre primas), se deducirán los impuestos, los gastos administrativos, los gastos de suscripción y adquisición, las sumas pagadas por concepto de siniestros ocurridos y pagados durante el año y los siniestros ocurridos pendientes de pago, y la comisión de intermediación, el remanente si lo hubiere, será la utilidad a repartir.
- En el caso que no se dieran utilidades, conforme lo indicado en el inciso a) anterior, las pérdidas del período serán aplicadas a la liquidación del siguiente período y de persistir pérdida podrá **MAPFRE | COSTA RICA** efectuar los ajustes técnicos correspondientes para garantizar suficiencia de prima por el riesgo que el negocio representa, según los porcentajes de incremento que se señalan en el artículo 18 anterior.
- Si existiera un reclamo pagado o una devolución de primas, que no se contempla en el cálculo del período liquidado que le corresponde, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá incluirlo en la liquidación del período siguiente. Si este beneficio de Participación de Utilidades se incluye posterior a la emisión del seguro, el mismo inicia su vigencia a partir de la siguiente renovación anual del contrato de seguro y se reconocerá al finalizar dicha renovación.

Artículo 31. Derecho de subrogación

El Asegurado y/o el Tomador le cederán a **MAPFRE | COSTA RICA**, mediante la suscripción de la documentación correspondiente, el derecho de actuar contra terceros responsables de hechos que hubieren dado cabida a indemnizaciones bajo esta póliza, en el entendido de que tal derecho tendrá como límite los montos efectivamente indemnizados. El Asegurado y/o el

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

Tomador deberán brindar toda su colaboración durante el proceso. Los trámites y gastos ocasionados por esta intervención correrán a cuenta de **MAPFRE | COSTA RICA**.

Artículo 32. Disputabilidad de beneficios

Se establece un período de disputabilidad de los beneficios otorgados por esta póliza, equivalente al lapso de dos años contabilizados a partir del perfeccionamiento del contrato en relación con cada uno de los Asegurados que se incorporen a la misma. Una vez transcurrido este plazo, salvo cuando el Asegurado hubiera actuado con dolo, **MAPFRE | COSTA RICA** no disputará la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas relacionadas con la información brindada por éste para los efectos de aseguramiento.

MAPFRE | COSTA RICA tampoco disputará tales beneficios, cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

Artículo 33. Declaraciones inexactas o fraudulentas

La obligación de indemnizar que tiene **MAPFRE | COSTA RICA** se extinguirá si demuestra que la persona asegurada declaró, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin perjuicio de que la conducta del Asegurado configure el delito de simulación.

Artículo 34. Moneda

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta póliza, son liquidables en dólares de los Estados Unidos de América o en colones costarricenses, según la moneda que se haya convenido a la suscripción del seguro.

No obstante, las obligaciones monetarias finales de cualquiera de las partes, podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Costa Rica, a precio de venta vigente a la fecha de pago de la obligación.

Artículo 35. Rectificación de la póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza.

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

Artículo 36. Modificaciones

De previo al vencimiento de la póliza, el Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** podrán, de común acuerdo, acordar modificaciones a la póliza.

En dado caso, el Tomador deberá colaborar con **MAPFRE | COSTA RICA** para informar a los Asegurados con al menos 30 días naturales de previo a la entrada en vigencia de alguna

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

variación o modificación de la póliza, a efectos de que sus intereses no se vean dañados. Como mecanismo de implementación, cualquier modificación deberá ser acordada con un plazo no menor a 45 días previos a su vigencia a fin que el Tomador y **MAPFRE | COSTA RICA** puedan preparar y circular el comunicado respectivo con la antelación mínima de 30 días calendario a todos los miembros del Grupo Asegurado.

Artículo 37. Inclusión automática

Esta póliza puede operar bajo la modalidad de inclusión automática de riesgos dentro del Seguro Colectivo, si así lo conviene el Tomador del seguro y **MAPFRE | COSTA RICA** en las Condiciones Particulares del seguro

Bajo esta modalidad de inclusión en la póliza se delimita en forma clara y expresa las coberturas y sus límites de responsabilidad, por lo que el Asegurado individual queda automáticamente incluido en la póliza desde el momento de su solicitud de inclusión, siendo el documento que respalda este acto a su vez el Certificado de Seguro que acredita su inclusión a la póliza colectiva y que incluye todos los datos de su aseguramiento.

Artículo 38. Continuidad de Cobertura

MAPFRE | COSTA RICA podrá otorgar continuidad de cobertura sin exigencia de requisitos adicionales de asegurabilidad para grupos de personas aseguradas en otra compañía de seguros distinta hasta por las sumas aseguradas individuales vigentes a la fecha del cambio.

Artículo 39. Prescripción de derechos

Los derechos derivados del contrato de seguros prescriben en un plazo de 4 años contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles por parte de quien los invoca.

Artículo 40. Legislación aplicable

En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre de 2011 y sus reformas, o de cualquier otra legislación comercial que resultara aplicable.

Capítulo 8. INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y COMUNICACIONES

Artículo 41. Jurisdicción

Serán competentes para ventilar cualquier disputa en relación con este contrato los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, las partes podrán, en caso de mediar acuerdo mutuo, someter la disputa a arbitraje u otro método de resolución alterna de conflictos.

Artículo 42. Impugnación de resoluciones

De conformidad con la normativa vigente, el Asegurado en caso no estar de acuerdo con la resolución de **MAPFRE | Costa Rica**, cuenta con derecho de impugnar la resolución ante

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

MAPFRE | Costa Rica, ante la instancia interna de protección al consumidor de seguros conforme a lo estipulado en el Reglamento SUGESE 06-13, o bien acudir como consumidor interesado a la Superintendencia General de Seguros, a la Comisión Nacional de Consumidor, conforme a las competencias específicas de dichas entidades, o bien plantear su disputa en los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica.

Artículo 43. Comunicaciones

Las comunicaciones que se dirijan a **MAPFRE| COSTA RICA**, con motivo de cualquier asunto relacionado con esta póliza, deberán realizarse por escrito y recibidas en sus oficinas principales en la ciudad de San José, ubicadas en San Pedro de Montes de Oca, cincuenta metros al oeste del Supermercado Muñoz y Nanne, Torre Condal San Pedro, 1er piso, o bien al correo electrónico servicioalcliente@mapfre.cr, o al fax número 2253-8121, o a través del Intermediario de Seguros, debiendo éste entregar las comunicaciones dentro del plazo de cinco días hábiles que corren a partir del recibido por su parte.

Cualquier notificación o aviso que **MAPFRE| COSTA RICA** deba hacer al Tomador del Seguro o al Asegurado, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, tales como fax, correo electrónico, entrega personal o correo certificado, estos últimos dirigidos a la dirección física consignada en la póliza. Cualquier cambio de dirección física, de fax o de correo electrónico del Tomador o del Asegurado le deberá ser notificado por escrito a **MAPFRE| COSTA RICA**, ya que de lo contrario, toda notificación realizada en cualquiera de las direcciones consignadas en la Solicitud de inclusión y/o Certificado del Seguro se tendrá como válida.

Los Asegurados y miembros del grupo asegurable podrán obtener información y asesoría respecto a la presente póliza colectiva en los siguientes canales: (i) correo electrónico servicioalcliente@mapfre.cr, (ii) teléfono 4104-0200, (iii) página web www.mapfre.cr.

Artículo 44. Registro ante la Superintendencia General de Seguros

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 N° P14-40-A03-711 de fecha 16 de mayo del 2017.

Por  **MAPFRE** | SEGUROS COSTA RICA S.A.



Gerente General

ADDENDUM – COBERTURA H – RIESGOS ADICIONALES (ASISTENCIA)

En caso de ser convenido entre el Tomador del Seguro y **MAPFRE|COSTA RICA**, según conste en las Condiciones Particulares, se suscribe el presente addendum al Seguro Colectivo Financiero de Vida – Contrato Tipo, el cual queda sujeto a lo dispuesto en las condiciones generales de ese Seguro y a sus Condiciones Particulares, con excepción de lo que se disponga, de manera distinta en este addendum.

Cobertura Adicional

Por convenio entre el Tomador del Seguro y **MAPFRE|COSTA RICA**, se adiciona a la póliza la siguiente Cobertura: **COBERTURA H – RIESGOS ADICIONALES (ASISTENCIA)**

Definiciones

Los términos, palabras y frases, que se indican a continuación se definen tal y como deben entenderse o ser usadas en esta póliza:

Accidente: Suceso no planeado y no deseado que provoca un daño, lesión u otra incidencia negativa sobre un objeto o sujeto.

Asegurado: Es la persona física vinculada al Tomador que forma parte del Grupo Asegurable, y sobre el cual se contratan las coberturas bajo este contrato.

Central de Asistencia o Contact Center: Es la administradora de servicios de asistencia a la que el Asegurado debe comunicarse en caso de ocurrir algún evento cubierto por esta póliza o requerir algún servicio de la misma, según se indica en las presentes Condiciones Generales.

Asegurado

Diagnóstico: Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre el paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo.

Enfermedad: Toda alteración de la salud, entendida esta como una (dolencia, padecimiento o patología sufrida de forma súbita, que se manifiesten después del inicio del viaje), cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia de la asistencia contratada distintas de una Enfermedad Congénita, preexistente o grave según se definen seguidamente.

Enfermedad Congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación.

Enfermedad Preexistente: Preexistencia es aquella enfermedad, lesión o defecto congénito y/o físico y/o mental que haya sido diagnosticada o que sea conocida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este plan.

Urgencia Médica: Cualquier condición de salud mediante la cual se ponga en riesgo la vida y que por lo tanto requiera de atención médica en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para tratar el problema por el que el paciente consulta.

Objeto y Extensión de la prestación

En virtud del presente condicionado, se garantiza la puesta a disposición del Asegurado de una ayuda material inmediata en forma de prestación de servicios como consecuencia de un evento cubierto en las presentes condiciones, siempre que el mismo ocurra en territorio costarricense.

Las garantías de este plan de asistencia se prestarán, en todo caso, de acuerdo con los términos o condiciones consignados en la afiliación y conforme a las garantías específicas de la misma que hayan sido efectivamente contratadas.

Los derechos otorgados bajo estas condiciones podrán utilizarse durante la vigencia del Plan Contratado. Al indicarse los límites de uso del plan al “plazo del crédito” se entiende que cada plan tiene dicho límite durante la totalidad del crédito obtenido por el Asegurado y que es objeto del presente seguro, por lo que dichos límites no son de tipo anual ni renovables, sino que operan por la totalidad del plazo del crédito.

PROCEDIMIENTO DE USO

El Asegurado puede hacer uso de los servicios contenidos en estas condiciones una vez que hayan transcurrido 30 días de la contratación del plan.

Es fundamental que el Asegurado acate las recomendaciones de la Central de Asistencia, utilizando el proveedor indicado, en la llamada.

Las coberturas/ prestaciones, estarán limitadas tanto en cantidad de eventos como en su monto máximo de cobertura, si estos eventos se agotan o si el monto del procedimiento a realizar supera el límite de cobertura el Asegurado deberá asumir el costo del procedimiento o del excedente según sea el caso.

Una vez que el Asegurado solicite el servicio de asistencia, y haya aportado los soportes indicados en estas Condiciones de uso, para poder hacer uso de esta, deberá contemplar que el proceso de coordinación de la asistencia podrá demorar máximo 96 horas.

Cuando se produzca un evento el Asegurado deberá:

- a) Dar aviso a la Central de Asistencia para coordinar el servicio que requiere.
- b) Acatar las recomendaciones de la Central de Asistencia de ASISTENCIA, utilizando el proveedor indicado, en la llamada.
- c) Asistir al servicio coordinado y en caso de que por alguna razón de fuerza mayor no pueda asistir al mismo, deberá informarlo con al menos 24 horas de antelación a la Central de Asistencia, de lo contrario perderá el evento coordinado, como si lo hubiera disfrutado.

ASISTENCIA HOGAR

Servicio Vidriería

Por solicitud del Asegurado, en caso de rotura de vidrios o cristales de puertas o ventanas que formen parte de la fachada exterior del local del Asegurado, se gestionará el envío y pago, con la mayor prontitud posible, de un operario que procederá a la reparación del vidrio o cristal afectado por la rotura, siempre que no exista disposición de autoridad que lo prohíba y que el estado de las instalaciones lo permita.

Límite de esta cobertura: ₡50.000 valor que incluye el costo de los materiales consumibles para la reparación del arreglo (empaques, tornillos, cinta, pegante, silicona, entre otros) y mano de obra.

Límite de eventos: 2 eventos al plazo del crédito.

Servicio Fontanero

Por solicitud del Asegurado, en caso de rotura de tuberías, llaves u otras instalaciones fijas de agua del local del Asegurado, se gestionará el envío y pago, con la mayor prontitud posible, de un operario que realizará la reparación de emergencia que se requiera para subsanar la avería, siempre y cuando no exista disposición de autoridad que lo impida y que el estado de las instalaciones lo permita.

Exclusiones Específicas:

- Quedan excluidos de este servicio la reparación de averías o fallas de cualquier elemento ajeno a las tuberías y llaves propias de la vivienda.
- Igualmente se excluye la reparación de daños por filtración o humedad, aunque sean consecuencia de la rotura de las tuberías y de las otras instalaciones mencionadas en el párrafo anterior.
- Por último, también se excluye la reparación o reposición de aparatos sanitarios, calderas, calentadores, aparatos de aire acondicionado y, en general, de cualquier aparato electrodoméstico conectado a las tuberías de agua.

Límite de esta cobertura: ₡50.000 El valor determinado para este servicio incluye el costo de los materiales consumibles para la reparación del arreglo (empaques, tornillos, cinta teflón, pegante, entre otros) y mano de obra.

Límite de eventos: 2 eventos al plazo del crédito.

Servicio electricista:

Por solicitud del Asegurado, en caso de falta de energía eléctrica en el local del Asegurado, resultado de fallas o avería de las instalaciones eléctricas de la misma, se gestionará, con la mayor prontitud posible, el envío y pago de un operario que se encargará de la reparación de emergencia necesaria para restablecer el suministro de energía o daño eléctrico, siempre que no exista disposición de autoridad que lo prohíba y que el estado de las instalaciones lo permita.

Exclusiones específicas:

- Queda excluida de este servicio la reparación de elementos propios de la iluminación como lámparas, focos, bombillos o tubos fluorescentes, apagadores, enchufes y bombas eléctricas.
- También se excluye la reparación de averías que sufran los aparatos de refrigeración, calefacción, electrodomésticos y, en general, los aparatos que funcionen por suministro eléctrico.

Límite de esta cobertura: ₡50.000 El valor determinado para este servicio incluye el costo de los materiales consumibles para la reparación del arreglo (cables, empaques, tornillos, cinta eléctrica, entre otros) y mano de obra.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

Límite de eventos: 2 eventos al plazo del crédito.

Servicio limpieza alfombras

En caso de solicitud del cliente y únicamente derivado de una emergencia en el local del Asegurado, por incendio o inundación, se gestionará el envío y pago, con la mayor prontitud posible, de un operario que realizará la limpieza de alfombras, según lo requiera el Asegurado.

El servicio incluye:

- Un máximo de una intervención por anualidad del contrato.
- La intervención incluirá los gastos de desplazamiento y de las 3 primeras horas de mano de obra en el local del Asegurado.
- El servicio se prestará exclusivamente para la alfombra que se encuentre en el local del Asegurado.
- El servicio se limita también a la limpieza de alfombras por evento.

En caso que las alfombras a limpiar superen el valor de la cobertura, el cliente deberá asumir dicho monto.

Límite de esta cobertura: ₡30.000 la limpieza tendrá una duración de 3 horas como máximo (lo máximo a cubrir en área por este tiempo)

Límite de eventos: 1 evento al plazo del crédito.

ASISTENCIA TECNOLÓGICA

Orientación telefónica PC

Por solicitud del Asegurado, se brindará la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con un técnico en tecnología de la red de proveedores, para poder evacuar las consultas que tenga el Asegurado de su PC.

Este servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

Límite de eventos: Sin límite.

Orientación telefónica en instalación y desinstalación de software

Por solicitud del Asegurado, se brindará la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con un técnico en tecnología de la red de proveedores, para poder evacuar las consultas que tenga el Asegurado para la instalación y desinstalación de software.

Este servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

Límite de eventos: Sin límite.

Orientación telefónica en instalación y desinstalación de hardware

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

Por solicitud del Asegurado, se brindará la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con un técnico en tecnología de la red de proveedores, para poder evacuar las consultas que tenga el Asegurado para la instalación de un hardware.

Este servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

Límite de eventos: Sin límite.

Orientación telefónica en instalación y desinstalación de antivirus

Por solicitud del Asegurado, se A brindará la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con un técnico en tecnología de la red de proveedores, para poder guiar el Asegurado sobre instalación y desinstalación de antivirus que esté afectando su PC.

Este servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

Límite de eventos: Sin límite.

ASISTENCIA LEGAL TELEFONICA

Por solicitud del Asegurado, se proporcionará al Asegurado asesoría legal vía telefónica por profesionales en las materias de derecho, laboral, tributaria y vial, las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año. MAPFRE SEGUROS no será responsable de ninguna acción, omisión, o decisión que adopte el Asegurado por la consulta jurídica, salvo se compruebe el dolo o mala fe en la asesoría legal. Este servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red. El servicio se brindará de conformidad con el límite de la cobertura, en caso de que el cliente haya agotado la cantidad de servicios que tiene disponibles, se podrá ofrecer la coordinación del servicio, pero el costo de la consulta deberá ser asumido por el Asegurado. En caso de que el servicio que esté solicitando el Asegurado supere el monto máximo de cobertura establecido en estas condiciones; deberá el Asegurado, asumir el monto del excedente.

Límite de esta cobertura: Sin limite

Límite de eventos: Sin límite.eS

ASISTENCIA AL COLABORADOR **(APLICABLES POR GRUPO NO POR COLABORADOR** **MÁXIMO DE 4 COLABORADORES)**

Los siguientes servicios podrán ser disfrutados por el Asegurado y por un máximo de hasta 4 colaboradores de éste. No obstante, todos los límites abajo indicados se establecen de forma global y no de forma individual por cada uno, independientemente de la persona que requiera y utilice el servicio.

Consulta Médica General en consultorio

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general de la red de MAPFRE ASISTENCIA donde se buscará el médico que este disponible para solventar la necesidad del Asegurado.

Este servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con médicos ajenos a la red.

El servicio se brindará de conformidad con el límite de la cobertura, en caso de que el cliente haya agotado la cantidad de servicios que tiene disponibles, se podrá ofrecer la coordinación del servicio, pero el costo de la consulta deberá ser asumido por el Asegurado.

En caso de que el servicio que esté solicitando el Asegurado supere el monto máximo de cobertura establecido en estas condiciones; deberá el Asegurado, asumir el monto del excedente.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al plazo del crédito por un monto máximo por consulta de ₡45.000.

Telemedicina

Por solicitud del Asegurado se coordinará una cita médica por medio de su central telefónica, con un médico general debidamente inscrito en el Colegio de Médicos de Costa Rica, para que pueda hablar el ASEGURADO por medio de video conferencia.

El costo de los medicamentos derivados de esta asistencia será cubierto directamente por el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al plazo del crédito.

Exámenes de laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general así lo indique mediante una referencia médica, y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger los exámenes al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Orina

Este servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán exámenes o procedimientos de los indicados, realizados en centros médicos ajenos a la red.

El servicio se brindará de conformidad con el límite de la cobertura, en caso de que el cliente haya agotado la cantidad de servicios que tiene disponibles, se podrá ofrecer la coordinación del servicio, pero el costo del examen o procedimiento deberá ser asumido por el Asegurado.

En caso de que el servicio que esté solicitando el Asegurado supere el monto máximo de cobertura establecido en estas condiciones; deberá el Asegurado, asumir el monto del excedente.

Límite de eventos: 2 exámenes al plazo del crédito. a elegir entre los antes enunciados.

Límite de cobertura: ₡30.000 por evento

Traslado de emergencia en Ambulancia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a MAPFRE ASISTENCIA, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Para la utilización de este servicio de forma previa el Asegurado requerirá la aprobación de un médico general, para tal efecto previamente se realizará una interconsulta con la cabina médica telefónica del servicio de Asistencia Médica Telefónica incluido en este plan.

Este servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con proveedores ajenos a la red.

El servicio se brindará de conformidad con el límite de la cobertura, en caso de que el cliente haya agotado la cantidad de servicios que tiene disponibles, se podrá ofrecer la coordinación del servicio, pero el costo de la consulta deberá ser asumido por el Asegurado.

En caso de que el servicio que esté solicitando el Asegurado supere el monto máximo de cobertura establecido en estas condiciones; deberá el Asegurado, asumir el monto del excedente.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
- Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
- Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.
- Traslado de pacientes con síntomas o diagnóstico de enfermedades pandémicas.

Límite de esta cobertura: ₡120.000.

Límite de eventos: 1 servicio al plazo del crédito.

Orientación Médica Telefónica

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con médico general de la red de proveedores.

El Asegurado podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: Sin límite.

Referencias médico general y especialistas

En caso que el Asegurado solicite por medio del centro de contacto, dará recomendación de centros médicos para consultas con médico general o especialistas, se le brindará información de nuestros proveedores.

No aplica coordinación de cita, ni costo de cita agendada por el Asegurado en el centro médico recomendado.

Límite de esta cobertura: Sin límite

Referencias en imagenología

En caso de que el Asegurado solicite por medio del centro de contacto, dará recomendación de centros médicos para realización de imágenes médicas, se le brindará información de nuestros proveedores.

En esta cobertura no estará cubierto coordinación de cita, ni costo de cita agendada por el Asegurado en el centro médico recomendado.

Límite de esta cobertura: Sin límite

Referencias en odontología

En caso que el Asegurado solicite por medio del centro de contacto, dará recomendación de centros médicos odontológicos, se le brindará información de nuestros proveedores.

En esta cobertura no estará cubierto coordinación de cita, ni costo de cita agendada por el Asegurado en el centro médico recomendado.

Límite de esta cobertura: Sin límite

Referencias en oftalmología

En caso de que el Asegurado solicite por medio del centro de contacto, dará recomendación de centros médicos para consulta oftalmológica, se le brindará información de nuestros proveedores.

En esta cobertura no estará cubierto coordinación de cita, ni costo de cita agendada por el Asegurado en el centro médico recomendado.

Límite de esta cobertura: Sin límite

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DE ESTE PLAN

No son objeto de los servicios a que se refiere este plan las prestaciones que se ocasionen como consecuencia directa o indirecta de los siguientes supuestos:

1. Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria.
2. Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

3. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como terremotos, desprendimientos, corrientes de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario.
4. Hechos derivados de terrorismo motín o tumulto popular.
5. Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de las Fuerzas del Orden Público o de cuerpos de seguridad.
6. Las guerras con o sin declaración previa y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
7. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
8. Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
9. Los que produzcan con ocasiones de la participación del Asegurado en competiciones, prácticas deportivas y pruebas preparatorias o entrenamientos.
10. La utilización, como pasajero o tripulante, de médicos de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.
11. Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta sin el precio consentimiento de ASISTENCIA salvo casos de fuerza mayor o urgente necesidad siempre que lo reporte a la Central de Asistencia dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro, según la cláusula anterior.
12. Las catástrofes, desastres epidémicos, pandémicos o infecciosos.
13. La muerte producida por suicidio, lesiones y secuelas ocasionadas por su tentativa.
14. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del Asegurado.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las contenidas en esta cláusula, lo cual será establecido en las Condiciones Particulares.

Proceso de Reclamación:

En caso de surgir un evento cubierto o requerir un servicio cubierto por la presente póliza, el Asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono a la Central de Asistencia, mediante el teléfono 2242-2642 o al Whatsapp 6059-5458, debiendo indicar nombre del Asegurado, lugar donde se encuentra, número de teléfono y la clase de servicio que precisa. Es fundamental que el Asegurado acate las recomendaciones de la Central de Asistencia, utilizando el proveedor indicado en la llamada.

Artículo supletorio

En todo lo que no esté previsto en este Addendum, se aplicarán las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales que rigen este 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 N° P14-40-A03-711 de fecha 16 de mayo del 2017.

Por  **MAPFRE** | SEGUROS COSTA RICA S.A.

Gerente General

ADDENDUM – COBERTURA I – SERVICIOS DE ASISTENCIA

En caso de ser convenido entre el Tomador del Seguro y **MAPFRE|COSTA RICA**, según conste en las Condiciones Particulares, se suscribe el presente addendum al Seguro Colectivo Financiero de Vida – Contrato Tipo, el cual queda sujeto a lo dispuesto en las condiciones generales de ese Seguro y a sus Condiciones Particulares, con excepción de lo que se disponga, de manera distinta en este addendum.

Cobertura Adicional

Por convenio entre el Tomador del Seguro y **MAPFRE|COSTA RICA**, se adiciona a la póliza la siguiente Cobertura Adicional: **COBERTURA I – SERVICIOS DE ASISTENCIA**

Definiciones:

Los términos, palabras y frases, que se indican a continuación se definen tal y como deben entenderse o ser usadas en esta póliza:

Accidente: Lesión corporal sufrida durante el periodo de vigencia del contrato, provocada por una causa externa, violenta y repentina y no buscada por el Asegurado.

Asegurado: Es la persona física vinculada al Tomador que forma parte del Grupo Asegurable, y sobre el cual se contratan las coberturas bajo este contrato.

Central de Asistencia o Contact Center: Es la administradora de servicios de asistencia a la que el Asegurado debe comunicarse en caso de ocurrir algún evento cubierto por esta póliza o requerir algún servicio de la misma, según se indica en las presentes Condiciones Generales.

Deportes De Alto Riesgo: Para efectos de este plan, son los siguientes: deportes de lucha o de autodefensa, actividades deportivas profesionales o semiprofesionales, las carreras de cualquier tipo que no sean a pie, expediciones de montaña, buceo profundo en el mar (profundidad superior a 40 metros), navegación a vela en el mar en solitario y/o fuera de las aguas territoriales, saltos de esquí, escalada libre y sin cuerdas, deportes de motor, el uso de armas de fuego o de otro tipo, y de cualquier otro deporte que implica un riesgo excepcional de accidentes.

Enfermedad: Toda alteración de la salud, entendida esta como una (dolencia, padecimiento o patología sufrida de forma súbita, que se manifiesten después de incorporación a la póliza), cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia de la póliza, distintas de una Enfermedad Congénita, preexiste o grave según se definen seguidamente.

Enfermedad Preexistente: Preexistencia es aquella enfermedad, lesión o defecto congénito y/o físico y/o mental que haya sido diagnosticada o que sea conocida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su incorporación a la póliza.

Enfermedad Congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación.

Exodoncia o Extracción Simple de Dientes Permanentes o Temporales: Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.

Grupo Familiar: Se entiende como el asegurado o asegurada, su cónyuge e hijos menores de 18 años que habiten en la misma casa de habitación. *Se reconocerán uniones de hecho siempre que se demuestre que la pareja tienen más de 2 años de convivencia ininterrumpida bajo un mismo techo*

Proveedores de Servicios de Asistencia: Son los proveedores de servicios contratados por **MAPFRE** para la prestación de los servicios de la presente póliza en forma directa al Asegurado. La red de proveedores de servicios podrá ser consultada por el asegurado en la dirección web www.mapfre.cr/proveedores.

Tomador: Es quien contrata el presente seguro colectivo al Asegurador, y se obliga al pago de la prima.

Urgencia Médica: Cualquier condición de salud mediante la cual se ponga en riesgo la vida y que por lo tanto requiera de atención médica en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para tratar el problema por el que el paciente consulta.

Ámbito de Cobertura:

Conforme a la presente cobertura, **MAPFRE|COSTA RICA** garantiza la puesta a disposición del Asegurado de una ayuda material en forma de prestación de servicios como consecuencia de un evento cubierto en las presentes condiciones, siempre que el mismo ocurra en territorio costarricense. Los derechos otorgados bajo estas condiciones podrán utilizarse durante la vigencia de la póliza, las 24 horas del día y 365 días al año.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar por vía addendum adicionar servicios en beneficio de los asegurados del grupo colectivo, cuyo términos y condiciones serán establecidos en las Condiciones Particulares.

Conforme conste en la Solicitud de Seguro y Certificado de Seguro correspondiente, el Asegurado podrá elegir entre el Plan A, el Plan B, el Plan C, el Plan D, el Plan E, o el Plan F de Asistencias, según el contenido seguidamente detallado.

Estos planes son excluyentes entre sí, en el entendido que de elegir el Plan A, el Asegurado no podrá gozar de los beneficios de los restantes planes, y viceversa.

PLAN A

El Plan A contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

a. Consulta Médica General

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o pediatra que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 1 consulta al año.

b. Asistencia Médica Telefónica

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: Podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

c. Ambulancia en caso de emergencia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
- Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
- Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 1 servicio al año, por un monto máximo de \$100 por servicio.

d. Valoración Auditiva

Consiste en un examen de audiometría de rastreo, el cual consiste en una exploración del oído a través de las vías aéreas del oído, lo que hace es registrar un gráfico de audiograma y reconoce el volumen mínimo de audición que tiene un oído para diferentes frecuencias.

Esta valoración se realizará con un proveedor que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, por lo que se debe coordinar a través de la Central de Asistencia.

Dicho servicio es gratuito.

Límite de esta cobertura: 1 servicio al año para el Asegurado.

PLAN B

El Plan B contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

a. Consulta Médica General

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o pediatra que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia. La Central de Asistencia buscará el médico que esté disponible y más cercano a la ubicación que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 1 consulta al año.

b. Exámenes de laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio “Consulta Médica General”, y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger 1 examen al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Coprocultivo
- ✓ Orina
- ✓ Heces

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que no haya superado el límite de 1 evento al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 1 examen al año, pudiendo elegir entre los antes indicados.

c. Asistencia Médica Telefónica

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: Podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

d. Examen de la cita y Asistencia Visión

A través de este servicio el Asegurado podrá acceder a una red de ópticas donde podrá recibir a precio preferencial los siguientes servicios:

- Estudio de la Agudeza Visual
- Refracción Pre y Post Cicloplejía
- Toma de Tensión Intraocular
- Balance de los Movimientos Oculares
- Discriminación de Colores
- Fondo de Ojo

Además, a través de esta cobertura el Asegurado podrá acceder de manera gratuita, un examen de vista computadorizado al año.

Esta valoración se realizará con un proveedor que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, por lo que se debe coordinar a través de la Central de Asistencia.

Límite de esta cobertura: 1 servicio al año para el Asegurado.

PLAN C

El Plan C contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado, una vez transcurridos **treinta días naturales** desde el momento de su incorporación al seguro colectivo, a manera de período de carencia:

a. Consulta Médica General tanto en consultorio o a domicilio o Consulta con Médico Especialista

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde podrá ser tanto en cita en consultorio como a domicilio. También incluye la localización, gestión y coordinación de consulta con médico especialista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde se buscará el médico que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 2 consulta al año en total para el Asegurado, pudiendo elegir entre los dos tipos de consulta.

b. Exámenes de laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior “Consulta Médica General”, y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger 1 examen al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Examen Antígeno prostático
- ✓ Mamografía
- ✓ Ultrasonido Pélvico

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que no haya superado el límite de 1 evento al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 1 examen al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

c. Asistencia Médica Telefónica

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: Podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año.

PLAN D

El Plan D contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado, una vez transcurridos **treinta días naturales** desde el momento de su incorporación al seguro colectivo, a manera de período de carencia:

a. Consulta Médica General o Pediatra

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o un pediatra, que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde podrá ser tanto en cita en consultorio como a domicilio. Para el servicio a domicilio, previo deberá realizarse una consulta médica vía telefónica.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año en total para el Asegurado, pudiendo elegir entre los dos tipos de consulta.

b. Exámenes de laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior "Consulta Médica General", y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado podrá escoger un total de 6 exámenes al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Coprocultivo
- ✓ Orina
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de torax
- ✓ Radiografía
- ✓ Papanicolau
- ✓ Mamografía
- ✓ Antígeno prostático

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que no haya superado el límite de 6 eventos al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 6 exámenes al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

c. Asistencia Médica Telefónica

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: Podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios

d. Ambulancia en Caso de Emergencia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- **Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.**
- **Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.**
- **Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.**
- **Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.**
- **Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.**

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año, por un monto máximo de \$100 por servicio.

e. Consulta con Nutricionista

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con un nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 1 consulta al año para el Asegurado.

f. Consulta con Psicólogo

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en psicología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 1 consulta al año para el Asegurado.

g. Consulta con Ginecólogo

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en ginecología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 1 consulta al año para el Asegurado.

h. Consulta con fisioterapeuta

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en fisioterapia con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio que indique el Asegurado.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 1 consulta al año para el Asegurado.

i. Telemedicina

Este servicio incluye la coordinación de una cita mediante vídeo donde el Asegurado podrá a través de canales digitales obtener una consulta con un médico general a distancia. Será responsabilidad del Asegurado contar con el dispositivo y conexión digital idónea para conectarse a la cita en video.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: Sin límite

PLAN E

El Plan E contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado y su Grupo Familiar, entendiendo éste como asegurado, cónyuge e hijos menores de 18 años que habiten en la misma casa de habitación, una vez transcurridos **treinta días naturales** desde el momento de su incorporación al seguro colectivo, a manera de período de carencia. Se entiende que los límites de eventos o consultas indicados en cada servicio son aplicables al Grupo Familiar como un todo y no de forma individual, por lo que el límite de uso se consumirá al arribar al número de eventos indicados, independientemente de quien sea el solicitante del mismo dentro del Grupo Familiar.

a. Consulta Médica General o Pediatra

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o un pediatra, que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde podrá ser tanto en cita en consultorio como a domicilio. Para el servicio a domicilio, previo deberá realizarse una consulta médica vía telefónica.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año en total, pudiendo elegir entre los dos tipos de consulta.

b. Exámenes de laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior “Consulta Médica General”, y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado y su Grupo Familiar podrán conjuntamente escoger un total de 5 exámenes al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Coprocultivo
- ✓ Orina
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de torax
- ✓ Radiografía
- ✓ Papanicolau
- ✓ Mamografía
- ✓ Antígeno prostático

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que su Grupo Familiar no haya superado el límite de 5 eventos al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 5 exámenes al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

c. Asistencia Médica Telefónica

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: Podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado o del miembro del Grupo Familiar.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios

d. Ambulancia en Caso de Emergencia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado o de un miembro de su Grupo Familiar, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado o del miembro del Grupo Familiar al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
- Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
- Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año en total, por un monto máximo de \$100 por servicio.

e. Consulta con Nutricionista

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con un nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año en total.

f. Consulta con Psicólogo

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en psicología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año en total.

g. Consulta con Ginecólogo

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en ginecología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 1 consulta al año en total.

h. Consulta con fisioterapeuta

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en fisioterapia con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año en total.

PLAN F

El Plan F contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado y su Grupo Familiar, entendiendo éste como asegurado, cónyuge e hijos menores de 18 años que habiten en la misma casa de habitación, una vez transcurridos **treinta días naturales** desde el momento de su incorporación al seguro colectivo, a manera de período de carencia. Se entiende que los límites de eventos o consultas indicados en cada servicio son aplicables al Grupo Familiar como un todo y no de forma individual, por lo que el límite de uso se consumirá al arribar al número de eventos indicados, independientemente de quien sea el solicitante del mismo dentro del Grupo Familiar.

a. Consulta Médica General o Pediatra

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o un pediatra, que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde podrá ser tanto en cita en consultorio como a domicilio. Para el servicio a domicilio, previo deberá realizarse una consulta médica vía telefónica.

La consulta será gratuita. **El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.**

Límite de esta cobertura: 4 consultas al año en total, pudiendo elegir entre los dos tipos de consulta.

b. Exámenes de laboratorio

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general de la red así lo indique bajo el servicio anterior “Consulta Médica General”, y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado y su Grupo Familiar podrán conjuntamente escoger un total de 7 exámenes al año, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Coprocultivo
- ✓ Orina
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de torax
- ✓ Radiografía
- ✓ Papanicolau
- ✓ Mamografía
- ✓ Antígeno prostático
- ✓ Densitometría ósea
- ✓ Gastroscopia

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que su Grupo Familiar no haya superado el límite de 7 eventos al año.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 7 exámenes al año, pudiendo elegir entre los antes mencionados.

c. Asistencia Médica Telefónica

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: Podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado o del miembro del Grupo Familiar.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

d. Ambulancia en Caso de Emergencia

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado o de un miembro de su Grupo Familiar, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado o del miembro del Grupo Familiar al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
 - Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
 - Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
 - Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
 - Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al año en total, por un monto máximo de \$100 por servicio.

e. Consulta con Nutricionista

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con un nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año en total.

f. Consulta con Psicólogo

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en psicología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año en total.

g. Consulta con Ginecólogo

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en ginecología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año en total.

h. Consulta con fisioterapeuta

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en fisioterapia con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año en total.

i. Consulta Odontológica (revisión, extracciones simples y limpieza dental)

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta odontológica con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta abarca los siguientes servicios:

1. Realización de una limpieza dental
2. Consulta y revisión odontológica sin procedimientos asociados
3. Exodoncia o extracción simple en dientes permanentes o temporales

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al año en total.

j. Orientación Legal Telefónica

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: asesoría legal vía telefónica por profesionales en las materias de derecho civil, laboral, familiar y penal. Se entiende que la asesoría es una guía telefónica de carácter informativo por lo que la Compañía y la Central de Asistencia no serán responsables de las acciones, decisiones, u omisiones que adopte el Asegurado en su libre voluntad.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 3 consultas al año en total.

k. Examen de Vista

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de un examen de vista con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que este disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 exámenes al año en total.

PLAN G

I. DEFINICIONES

A los efectos de estas condiciones se entenderá por:

ASEGURADO: Persona que ostenta el derecho a percibir las asistencias objeto de este Plan en virtud de la póliza suscrita por el tomador.

BENEFICIARIO: Persona o personas a quien el Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado reconoce el derecho a percibir las asistencias objeto de cobertura o, en su caso, a percibir la cuantía que corresponda por indemnización objeto de cobertura en la póliza contratada.

CARENCIA: Periodo a partir de la fecha de efecto de la Póliza durante el cual no se devengarán las garantías previstas en la póliza por no cubrir el riesgo la compañía durante el mismo.

EDAD DE ADHESIÓN: Edad mínima a partir de la cual el Asegurado es elegible para contratar esta póliza.

EDAD DE FINALIZACIÓN: Edad máxima del Asegurado a partir de la cual deja de tener efecto esta póliza.

ELEGIBLE: El Asegurado es elegible para la cobertura de esta Póliza si:

1. Es la primera persona nombrada en el Acuerdo Financiero.
2. Es residente permanente en Costa Rica.
3. Ha estado trabajando de forma continuada en Costa Rica durante los 6 meses previos a la Fecha de Inicio de esta Póliza y tiene un contrato laboral en vigor a la Fecha de Inicio de la Póliza si se trata de un empleado por cuenta ajena.;
4. En la Fecha de Inicio de esta Póliza, no se encuentra en estado de baja laboral por enfermedad o accidente o desempleado.
5. No está al tanto de un proceso de regulación de empleo que pueda afectarle;
6. Ha pagado la Prima.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud, entendida esta como una (dolencia, padecimiento o patología sufrida de forma súbita, que se manifiesten después del inicio del viaje), cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia de la asistencia contratada distintas de una Enfermedad Congénita, preexistente o grave según se definen seguidamente.

ENFERMEDAD CONGENITA: Es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Preexistencia es aquella enfermedad, lesión o defecto congénito y/o físico y/o mental que haya sido diagnosticada o que sea conocida por la afiliada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este plan.

EXODONCIA O EXTRACCIÓN SIMPLE EN DIENTES PERMANENTES O TEMPORALES: Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.

FECHA DE INICIO: Fecha de inicio de validez de la Póliza, que coincide con la fecha prevista de inicio de su Acuerdo Financiero, como se indica en el Certificado de Seguro.

FECHA FIN: Fecha de fin de validez de la Póliza, o el final del periodo asegurado indicado en su Certificado de Seguro

GRUPO FAMILIAR: Se considera extensivo al cónyuge y a los hijos menores de 18 años. Se reconocerán cónyuges en unión de hecho siempre que se demuestre que tienen más de 2 años de convivencia.

PAIS: Costa Rica que por defecto será el país de emisión de la póliza.

PÓLIZA: Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, y las Especiales, si procedieran, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

MAWDY: Es el encargado y responsable ante el Asegurado/Beneficiario de coordinar o proveer la ayuda material inmediata en forma de prestación de servicios que el Asegurado/Beneficiario solicite por medio de la Central de Asistencia, mediante el teléfono o al WhatsApp que MAWDY ponga al servicio del Asegurado/Beneficiario.

DEFINICIONES ESPECÍFICAS ACCIDENTE Y ENFERMEDAD: Además de las Definiciones Generales, se entenderá por:

ACCIDENTE: Lesión corporal sufrida durante el periodo de vigencia del contrato, provocada por una causa externa, violenta y repentina y no buscada por el Asegurado.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia de la póliza

MEDICO: Se refiere a un médico colegiado en Costa Rica o a cualquier otro médico aceptado por el Asegurador.

II. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA PRESTACIÓN

En virtud del presente Plan, PANAMÁ ASISTENCIA garantiza la puesta a disposición del Asegurado/Beneficiario de una ayuda material inmediata en forma de prestación de servicios como consecuencia de la ocurrencia de un evento previsto en este Plan, siempre que el mismo ocurra en territorio costarricense.

Los servicios de este plan de asistencia se prestarán, en todo caso, de acuerdo con los términos o condiciones de las pólizas emitidas por la ASEGURADORA y conforme a las garantías específicas de la misma que hayan sido efectivamente contratadas.

Los derechos otorgados bajo estas condiciones podrán utilizarse durante la vigencia del Plan contratado, las 24 horas del día y 365 días al año durante el transcurso del viaje dentro del territorio costarricense.

III. PROCEDIMIENTO DE USO

El Asegurado/Beneficiario puede hacer uso de los servicios contenidos en estas condiciones cumpliendo un periodo de 60 días naturales de espera después de la fecha de contratación.

El Asegurado/Beneficiario podrá utilizar los beneficios de estos servicios de asistencia, comunicándose con la Central de Asistencia de MAWDY mediante el teléfono o al WhatsApp que se asigne.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

Es fundamental que el Asegurado/Beneficiario acate las recomendaciones de la Central de Asistencia de MAWDY, utilizando el proveedor indicado en la llamada.

El Plan G contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

Asistencias Médicas:

Consulta Médica General o Pediatra:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con médico general o un pediatra, que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, donde podrá ser tanto en cita en consultorio como a domicilio y/o Telemedicina Virtual. Para el servicio a domicilio, previo deberá realizarse una consulta médica vía telefónica.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 4 consultas al plazo del crédito, pudiendo elegir entre los dos tipos de consulta.

Exámenes de laboratorio:

Los servicios contenidos en la presente cobertura se ofrecerán solo cuando un médico general así lo indique mediante una referencia médica, y derive de una consulta cubierta. Podrá aplicar también cuando el examen es remitido por un médico debidamente autorizado de la CCSS.

El Asegurado y su Grupo Familiar podrán conjuntamente escoger un total de 7 exámenes al plazo del crédito, dentro de los siguientes:

- ✓ Hemograma
- ✓ Coprocultivo
- ✓ Orina
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ Ultrasonido transvaginal
- ✓ Ultrasonido de cuello y tiroides
- ✓ Ultrasonido de mamas
- ✓ Ultrasonido de tejido blando (torax)
- ✓ Radiografía (rodilla, hombro, muñeca y cráneo)
- ✓ Papanicolau
- ✓ Mamografía
- ✓ Antígeno prostático
- ✓ Densitometría ósea
- ✓ Gastroscoopia

El Asegurado no tiene que pagar nada al momento de realizar los exámenes, siempre que él o su Grupo Familiar no haya superado el límite de 7 eventos al plazo del crédito.

Límite de esta cobertura: Se cubrirán hasta un máximo de 7 servicios al plazo del crédito, pudiendo elegir entre los antes mencionados, con un periodo de carencia o tiempo de espera de 90 días entre cada examen de laboratorio realizado ya sea por el asegurado o alguna persona de su Grupo Familiar.

Asistencia Médica Telefónica:

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: Podrá consultar telefónicamente sobre la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como Urgencia Médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico especialista en medicina de emergencia para determinar su clasificación.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

Los protocolos establecidos determinarán:

- Orientación médica asistencial para el manejo provisional de las urgencias médicas relativa y real, así como emergencias médicas en tiempo real.
- Coordinar traslado inmediato para la atención de las urgencias reales y emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes, en el medio de transporte necesario.
- Analizar la Urgencia Médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes en el medio de transporte necesario.
- Queda expresamente entendido que, telefónicamente, sólo se realizará orientación diagnóstica y terapéutica.
- Quedan excluidas aquellas situaciones o casos que pueden cumplir los procedimientos ordinarios que son atendidas, en forma programada, en la consulta externa o interna a un centro asistencial.

El presente servicio no conlleva ningún servicio distinto a los antes indicados ni tampoco el tratamiento del padecimiento del Asegurado o del miembro del Grupo Familiar.

Límite de esta cobertura: No tiene límite en cantidad de servicios.

Ambulancia en Caso de Emergencia:

En caso Urgencia Médica como consecuencia de una enfermedad o accidente grave que comprometa la vida del Asegurado o de un miembro de su Grupo Familiar, se coordinará el envío de una ambulancia para trasladarlo hasta el centro asistencial más cercano, con capacidad para atender dicha dolencia.

El servicio se prestará a nivel nacional, en centros urbanos que cuenten con servicios de ambulancia privados. En caso de no existir prestador o no haber disponibilidad por razones ajenas a la Central de Asistencia, se activarán los servicios de ambulancia públicos.

Exclusiones específicas de la cobertura Ambulancia en caso de emergencia

- Las asistencias que resulten por culpa grave del asegurado o del miembro del Grupo Familiar al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.
- Traslados en ambulancia para la realización de chequeos o exámenes médicos de rutina.
- Traslados para realizar tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física posterior a la primera atención de urgencia.
- Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

Límite de esta cobertura: 2 servicios al plazo del crédito, por un monto máximo de \$100 por servicio.

Consulta con Nutricionista:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta con un nutricionista que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que esté disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 3 consultas al plazo del crédito.

Consulta con Psicólogo:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en psicología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que esté disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 3 consultas al plazo del crédito.

Consulta con Fisioterapeuta:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en fisioterapia con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que esté disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 3 consultas al plazo del crédito.

Consulta con Ginecólogo:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta en ginecología con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que esté disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al plazo del crédito.

Consulta Odontológica (revisión, extracciones simples y limpieza dental):

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta odontológica con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que esté disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

La consulta abarca los siguientes servicios:

1. Realización de una limpieza dental
2. Consulta y revisión odontológica sin procedimientos asociados
3. Exodoncia o extracción simple en dientes permanentes o temporales

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 consultas al plazo del crédito.

Orientación Legal Telefónica:

A solicitud del Asegurado se le proporcionará vía telefónica a través de la Central de Asistencia las 24 horas del día durante los 365 días del año los siguientes servicios: asesoría legal vía telefónica por profesionales en las materias de derecho civil, laboral, familiar y penal. Se entiende que la asesoría es una guía telefónica de carácter informativo por lo que la Compañía y la Central de Asistencia no serán responsables de las acciones, decisiones, u omisiones que adopte el Asegurado en su libre voluntad.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 3 consultas al plazo del crédito.

Examen de Vista

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de un examen de vista con un profesional que forme parte de los Proveedores de Servicios de Asistencia, en donde se buscará el profesional que esté disponible y más cercano al domicilio del Asegurado y Grupo Familiar.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas con profesionales ajenos a la red.

Límite de esta cobertura: 2 exámenes al plazo del crédito.

PLAN H

I. DEFINICIONES

A los efectos de estas condiciones se entenderá por:

AFILIADO: Persona que ostenta el derecho a percibir las asistencias objeto de este Plan en virtud de la póliza suscrita por el tomador.

CARENCIA: Periodo a partir de la fecha de efecto de la Póliza durante el cual no se devengarán las garantías previstas en la póliza por no cubrir el riesgo la compañía durante el mismo.

EDAD DE ADHESIÓN: Edad mínima a partir de la cual el Afiliado es elegible para contratar esta póliza.

EDAD DE FINALIZACIÓN: Edad máxima del Afiliado a partir de la cual deja de tener efecto esta póliza.

ELEGIBLE: El Afiliado es elegible para la cobertura de esta Póliza si:

1. Es la primera persona nombrada en el Acuerdo Financiero.
2. Es residente permanente en Costa Rica.
3. Ha estado trabajando de forma continuada en Costa Rica durante los 6 meses previos a la Fecha de Inicio de esta Póliza y tiene un contrato laboral en vigor a la Fecha de Inicio de la Póliza si se trata de un empleado por cuenta ajena.;
4. En la Fecha de Inicio de esta Póliza, no se encuentra en estado de baja laboral por enfermedad o accidente o desempleado.
5. No está al tanto de un proceso de regulación de empleo que pueda afectarle;
6. Ha pagado la Prima.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud, entendida esta como una (dolencia, padecimiento o patología sufrida de forma súbita, que se manifiesten después del inicio del viaje), cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia de la asistencia contratada distintas de una Enfermedad Congénita, preexistente o grave según se definen seguidamente.

ENFERMEDAD CONGENITA: Es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación.

ENFERMEDAD PREXISTENTE: Preexistencia es aquella enfermedad, lesión o defecto congénito y/o físico y/o mental que haya sido diagnosticada o que sea conocida por la afiliada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este plan.

EXODONCIA O EXTRACCIÓN SIMPLE EN DIENTES PERMANENTES O TEMPORALES: Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.

FECHA DE INICIO: Fecha de inicio de validez de la Póliza, que coincide con la fecha prevista de inicio de su Acuerdo Financiero, como se indica en el Certificado de Seguro.

FECHA FIN: Fecha de fin de validez de la Póliza, o el final del periodo asegurado indicado en su Certificado de Seguro

PAIS: Costa Rica que por defecto será el país de emisión de la póliza.

PÓLIZA: Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, y las Especiales, si procedieran, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

MAWDY: Es el encargado y responsable ante el Afiliado /Beneficiario de coordinar o proveer la ayuda material inmediata en forma de prestación de servicios que el Afiliado /Beneficiario solicite por medio de la Central de Asistencia, mediante el teléfono o al WhatsApp que MAWDY ponga al servicio del Afiliado /Beneficiario.

DEFINICIONES ESPECÍFICAS ACCIDENTE Y ENFERMEDAD: Además de las Definiciones Generales, se entenderá por:

ACCIDENTE: Lesión corporal sufrida durante el periodo de vigencia del contrato, provocada por una causa externa, violenta y repentina y no buscada por el Afiliado.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia de la póliza

MEDICO: Se refiere a un médico colegiado en Costa Rica o a cualquier otro médico aceptado por el Asegurador.

II. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA PRESTACIÓN

En virtud del presente Plan, PANAMÁ ASISTENCIA garantiza la puesta a disposición del Asegurado/Beneficiario de una ayuda material inmediata en forma de prestación de servicios como consecuencia de la ocurrencia de un evento previsto en este Plan, siempre que el mismo ocurra en territorio costarricense.

Los servicios de este plan de asistencia se prestarán, en todo caso, de acuerdo con los términos o condiciones de las pólizas emitidas por la ASEGURADORA y conforme a las garantías específicas de la misma que hayan sido efectivamente contratadas.

Los derechos otorgados bajo estas condiciones podrán utilizarse durante la vigencia del Plan contratado, las 24 horas del día y 365 días al año durante el transcurso del viaje dentro del territorio costarricense.

III. PROCEDIMIENTO DE USO

El Asegurado/Beneficiario puede hacer uso de los servicios contenidos en estas condiciones cumpliendo un periodo de 60 días naturales de espera después de la fecha de contratación.

El Asegurado/Beneficiario podrá utilizar los beneficios de estos servicios de asistencia, comunicándose con la Central de Asistencia de MAWDY mediante el teléfono o al WhatsApp que se asigne.

Es fundamental que el Asegurado/Beneficiario acate las recomendaciones de la Central de Asistencia de MAWDY, utilizando el proveedor indicado en la llamada.

El Plan G contempla los siguientes servicios en beneficio del Asegurado:

Asistencias Médicas:

Telemedicina:

Este servicio incluye la coordinación de una cita mediante vídeo donde el Afiliado podrá a través de canales digitales obtener una consulta con un médico general a distancia. Será responsabilidad del Afiliado contar con el dispositivo y conexión digital idónea para conectarse a la cita en video.

La consulta será gratuita. El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas en médicos ajenos a la red

El costo de los medicamentos derivados de esta asistencia, será cubierto directamente por el afiliado.

Límite de esta cobertura: 1 consulta al plazo de 12 meses del crédito.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

Asistencia Nutricional Telefónica:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con un nutricionista que forme parte de la red de Proveedores de MAWDY, no se cubrirá medicamentos, exámenes o servicios adicionales que sean parte de la recomendación médica.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas que el afiliado contrate por su cuenta.

Límite de esta cobertura: 1 consulta al plazo de 12 meses del crédito

Asistencia Psicológica Telefónica:

Este servicio incluye la localización, gestión y coordinación de una consulta telefónica con un psicólogo que forme parte de la red de Proveedores de MAWDY, no se cubrirá medicamentos, exámenes o servicios adicionales que sean parte de la recomendación médica.

El servicio no opera bajo la modalidad de reembolso, ni se cubrirán consultas que el afiliado contrate por su cuenta.

Límite de esta cobertura: 1 consulta al plazo de 12 meses del crédito

Artículo 1. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES:

No son objeto de los servicios a que se refiere los Planes A, B, C, D, E, F, G y H las prestaciones que se ocasionen como consecuencia directa o indirecta de los siguientes supuestos:

- 1) Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado o por el miembro del Grupo Familiar, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria.
- 2) Las consecuencias de las acciones del Asegurado o del miembro del Grupo Familiar en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.
- 3) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como terremotos, desprendimientos, corrientes de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario.
- 4) Hechos derivados de terrorismo motín o tumulto popular.
- 5) Hechos o actuaciones de las fuerzas Armadas o de las Fuerzas del Orden Público o de cuerpos de seguridad.
- 6) Las guerras con o sin declaración previa y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- 7) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- 8) Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado o del miembro del Grupo Familiar en apuestas, desafíos o riñas.
- 9) Los que produzcan con ocasiones de la participación del Asegurado o del miembro del Grupo Familiar en competiciones, prácticas deportivas y pruebas preparatorias o entrenamientos.
- 10) Las prácticas de los siguientes deportes: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación,

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO FINANCIERO DE VIDA – CONTRATO TIPO

vuelo libre sin motor y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa peligrosa.

- 11) La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares, prácticas deportivas y pruebas preparatorias o entrenamientos.
- 12) La práctica de esquí y/o deportes afines, salvo que se haya pactado expresamente su cobertura.
- 13) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.
- 14) Los servicios que el Asegurado o el miembro del Grupo Familiar haya concertado por su cuenta sin previo consentimiento de la Central de Asistencia.
- 15) Las catástrofes, desastres epidémicos, pandémicos o infecciosos.
- 16) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio del país de residencia habitual, aun cuando la asistencia se haya originado en el extranjero durante la vigencia de Plan contratado.
- 17) La muerte producida por suicidio, lesiones y secuelas ocasionadas por su tentativa.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las contenidas en esta cláusula, lo cual será establecido en las Condiciones Particulares.

Artículo 2. Proceso de Reclamación:

En caso de surgir un evento cubierto o requerir un servicio cubierto por la presente póliza, el Asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono a la Central de Asistencia, mediante el teléfono 2242-2642 o al Whatsapp 6059-5458, debiendo indicar nombre del Asegurado, lugar donde se encuentra, número de teléfono y la clase de servicio que precisa. Es fundamental que el Asegurado acate las recomendaciones de la Central de Asistencia, utilizando el proveedor indicado en la llamada.

Artículo 3. Artículo supletorio

En todo lo que no esté previsto en este Addendum, se aplicarán las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales que rigen este 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 N° P14-40-A03-711 de fecha 16 de mayo del 2017.

Por  **MAPFRE** | SEGUROS COSTA RICA S.A.

Gerente General