Texto

Descripción generada automáticamente con confianza media

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES FAMILIAR**

**CONDICIONES GENERALES**

1. **INTRODUCCION**

Las presentes constituyen las Condiciones Generales de la póliza **SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES FAMILIAR**, que se regirá por las siguientes **cláusulas.**

**SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A.,** cédula jurídica 3-101-678807, debidamente representada por su Gerente con facultades suficientes para este acto, hace constar que en caso de que se produzca un evento cubierto por la presente póliza, se obliga a dar cumplimiento conforme con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de esta póliza.

CODIGO DE PRODUCTO:

FECHA DE REGISTRO:

Firmado por **SEGUROS LAFISE**

Manuel A. Salazar Padilla

Gerente

**INDICE**

1. **INTRODUCCION…………………………………………………………………………………………….1**
2. **DEFINCIONES………………………………………………………………………………………………3**
3. **BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTOS DE LA PÓLIZA …………………………………….…5**
4. **AMBITO DE COBERTURA-RIESGOS CUBIERTOS Y BENEFICIO MÁXIMO………………….….5**

**Edades de contratación…………………………………………………………………………….…5**

**Coberturas……………………………………………………………………………………………….6**

**Muerte Accidental……………………………………………………………………………………...6**

**Incapacidad Permanente por accidente……………………………………………………...…….6**

**Gastos Médicos por accidente………………………………………………………………..……..8**

**Cobertura adicional opcional …………………………………………………………………..……9**

**Montos Máximos a Indemnizar………………………………………………………………………9**

1. **EXCLUSIONES-RIESGOS NO CUBIERTOS ………………………………………………………….10**
2. **DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS …………………………………………………….11**
3. **OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO ……………..…………… 12**
4. **PAGO DE LA PRIMA……………………………………………………………………………………..13**
5. **PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO………………………………………………………..15**
6. **VIGENCIA. POSIBILIDAD DE PRORROGAS Y RENOVACIONES…………………………..…….18**
7. **CONDICIONES VARIAS…………………………………………………………………………………..20**
8. **INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS ………………………………………………..25**
9. **COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES…………………………………………………………. 25**
10. **DEFINICIONES**

Para los efectos de esta Póliza las siguientes frases, palabras, términos, deben entenderse de la forma siguiente:

**ACCIDENTE:** Es la ocurrencia de un suceso externo, imprevisto, involuntario, repentino y fortuito. Para efectos de esta póliza, por extensión se asimilan a la noción de accidente, los siguientes riesgos:

1. La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción.
2. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas y alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
3. El carbunclo o tétano de origen traumático.
4. La rabia.
5. Las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos.
6. Los accidentes sufridos por médicos cirujanos y otras personas que como principales o auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, veterinario, cuando tales accidentes produjeran infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

**ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA**: Se define como cada año subsiguiente a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, que se indica en las Condiciones Particulares.

**ASEGURADO ADICIONAL O DEPENDIENTE:** Es una persona dependiente del Asegurado por consanguinidad, afinidad o afecto que puede ser incluida en el Póliza. Para efectos de esta póliza se consideran Dependientes del Asegurado:

1. El cónyuge legal del Asegurado, o conviviente en unión de hecho pública, notoria, única y estable por más de tres años, entre personas con aptitud legal para contraer matrimonio.
2. Hijos o hijas, hijastros (as) (hijos del cónyuge del Asegurado), Hijos (as) legalmente adoptados, hijos (as) de crianza (hijo no biológico o adoptado viviendo desde la infancia en una relación normal paterno o materno filial con el Asegurado), siempre que sean solteros y antes de cumplir 18 años y hasta los 21 si son solteros y dependientes económicamente de sus padres.

Los hijos (as) del Asegurado podrán incluirse en la póliza a partir de su nacimiento, los hijos (as) adoptivos a partir de la firmeza de la resolución.

**CONDICIONES PREEXISTENTES:** Se refiere a cualquier condición por accidente del Asegurado relacionada con las coberturas de esta póliza que:

* 1. Existía en la fecha en que se haya perfeccionado el presente contrato, y que se encontraba presente en la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza o antes.

1. Por las cuales el Asegurado tuvo consultas, recibió tratamiento médico o quirúrgico, aviso o diagnóstico, o por las que hubiera incurrido en gastos médicos con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura bajo esta Póliza.

Toda condición Preexistente conocida por el asegurado debe ser revelada en la solicitud de seguro. Cualquier condición preexistente no revelada y conocida por el asegurado, puede dar como resultado el rechazo de un reclamo. El Asegurado se compromete a suscribir el formulario “**Autorización para Consulta de Expedientes”**. El Asegurado está obligado a someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por la Compañía, a fin de determinar o no una preexistencia, los costos serán a cargo de esta última. Corresponderá a la Compañía la carga de la prueba en caso de que alegue preexistencia.

**COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Es el costo u honorario que cobra un proveedor de servicios médicos, el cual no excede el costo o tarifa que usualmente facturan la mayoría de los proveedores del mercado costarricense o del país en que ocurra el evento cubierto, por el mismo o similar suministro, procedimiento o servicio, proporcionado a personas que han tenido accidentes que por su naturaleza son considerados similares.

**FUERZA MAYOR**: La fuerza mayor es la circunstancia exterior al obligado, imprevisible o inevitable que afecta el cumplimiento de sus deberes.

**LESIÓN POR ACCIDENTE:** Son los daños corporales traumáticos que pueden ser determinados médicamente de una manera cierta, sufridos por el Asegurado a causa de un accidente y no producto directa e independientemente de cualquier otra causa.

**LA COMPAÑÍA:** Se refiere a **SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A.**

**SOLICITUD DE SEGURO:** Es el formulario firmado por el interesado, que forma parte de esta Póliza, mediante el que se solicita cobertura bajo esta póliza.

**TOMADOR Y/O ASEGURADO/ASEGURADO PRINCIPAL:** Es la persona que suscribe la solicitud de seguro, y a nombre de quien se emite la póliza.

1. **BASES DEL CONTRATO y DOCUMENTOS DE LA POLIZA**

# La presente Póliza se emite de acuerdo con la información ofrecida en la Solicitud de Seguro. La documentación válida que conforma la presente póliza y para fijar los derechos y obligaciones, es la siguiente: la solicitud del seguro firmada por el tomador o la persona asegurada, la propuesta de seguros aceptada por el tomador o la persona asegurada, según corresponda, la declaración de salud o cuestionarios de salud, las pruebas de asegurabilidad que hubiere requerido la Compañía para cada Asegurado, las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y adenda que se llegaren a agregar a la póliza. Prevalecerán las condiciones especiales y particulares sobre las generales.

# AMBITO DE COBERTURA - RIESGOS CUBIERTOS Y BENEFICIO MÁXIMO.

Este seguro cubre la indemnización por muerte accidental y la incapacidad temporal permanente, así como los gastos médicos por accidente del Tomador o Asegurado, del Asegurado Adicional o Dependientes Asegurados, según los términos definidos en cada cobertura y conforme al monto máximo asegurado, por accidentes acaecidos en todos los países del mundo.

El presente seguro cubre los accidentes que pudieran ocurrir al asegurado:

1. En el ejercicio de la profesión declarada.
2. En su vida particular.
3. Mientras estuviese circulando o viajando a pie, a caballo, o en bicicleta sin motor.
4. Mientras estuviese haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo en aeronaves que pertenezcan a una línea comercial y cuyo viaje esté sujeto a itinerario fijo, o de automóviles particulares, propios o ajenos, conduciéndolos o no.
5. Mientras practica como aficionado los siguientes deportes: atletismo, baloncesto, bolos, ciclismo, equitación, excursiones a montañas por carreteras o senderos, gimnasia, golf, handball, natación, patinaje, ping-pong, pesca a menos de cinco (5) kilómetros de la costa, tenis, volley-ball, water-polo, fútbol y béisbol.

**EDADES DE CONTRATACIÓN**

Podrán contratar esta póliza:

* Los Padres, (incluyendo cónyuge y conviviente) de 18 años en adelante.
* Los Hijos o hijas, hijastros (as) (hijos del cónyuge del Asegurado), Hijos (as) legalmente adoptados, hijos (as) de crianza: de 3 meses a 18 años y hasta los 21 si son solteros y dependientes económicamente de sus padres.

**COBERTURAS**

Estarán cubiertos únicamente, los riesgos que en forma expresa se indican en las siguientes coberturas, siempre que la causa directa y única del siniestro fuere un accidente amparado por la Póliza.

**COBERTURA BASICA:**

**1.- MUERTE ACCIDENTAL.**

Cuando a causa de un accidente se produzca la muerte inmediata del asegurado, o que una lesión corporal provocada por dicho accidente causare la muerte de éste dentro del ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios designados en esta póliza, con deducción de las cantidades que se hubieren abonado por Incapacidad Permanente Parcial en caso de que se hubiese presentado esta condición.

**2.- INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE.**

La Compañía pagará el total de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, si a consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado, dentro de los Trescientos Sesenta y Cinco (365) días contados a partir de la fecha del accidente, éste quedare con una Incapacidad Permanente Total o Parcial, salvo los casos en que el grado de incapacidad no pueda ser determinado por encontrarse aún en tratamientos de las lesiones sufridas o en recuperación de cirugías por consecuencia directa de dicho accidente, en cuyo caso se pagará al asegurado en el momento en que pueda determinarse por el médico su grado de incapacidad a partir de los trescientos sesenta y cinco días indicados.

Si durante el período de pago de la indemnización, por incapacidad parcial permanente, ocurriere el fallecimiento del asegurado o su incapacidad total permanente y procediere el pago de la indemnización que corresponda a cualquiera de estos beneficios, la Compañía

pagará el monto correspondiente a la suma asegurada, deduciendo las cantidades que se hubieren abonado por incapacidad parcial permanente.

Los beneficios por incapacidad se pagarán de acuerdo con la suma correspondiente basándose en la siguiente Tabla:

**TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O PARCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INCAPACIDAD TOTAL** | | | |
| Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitieran al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. | | 100% | |
| Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente. | | 100% | |
| Pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos. | | 100% | |
| **INCAPACIDAD PARCIAL** | | | |
| **CABEZA** | | | |
| Sordera total e incurable de los dos oídos. | | | | 50% |
| Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal. | | | | 40% |
| Sordera total e incurable de un oído | | | | 15% |
| Ablación de la mandíbula inferior. | | | | 50% |
| **MIEMBROS SUPERIORES** | **DERECHO** | | **IZQUIERDO** | |
| Pérdida total de un brazo. | 65% | | 52% | |
| Pérdida total de una mano. | 60% | | 48% | |
| Fractura no consolidada de una mano (Pseudoartrosis total) | 45% | | 36% | |
| Anquilosis del hombro en posición no funcional. | 30% | | 24% | |
| Anquilosis del codo en posición no funcional. | 25% | | 20% | |
| Anquilosis del codo en posición funcional | 20% | | 16% | |
| Anquilosis de la muñeca en posición no funcional. | 20% | | 16% | |
| Anquilosis de la muñeca en posición funcional. | 15% | | 12% | |
| Pérdida total del pulgar. | 18% | | 14% | |
| Pérdida total del índice. | 14% | | 11% | |
| Pérdida total del dedo medio. | 9% | | 7% | |
| Pérdida total del anular o meñique | 8% | | 6% | |
| **MIEMBROS INFERIORES (Derecho o Izquierdo)** | | | | |
| Pérdida total de una pierna | | | | 55% |
| Pérdida total de un pie | | | | 40% |
| Fractura no consolidada de un muslo (Pseudoartrosis total). | | | | 35% |
| Fractura no consolidada de una rótula (Pseudoartrosis total). | | | | 30% |
| Fractura no consolidada de un pie (Pseudoartrosis total). | | | | 20% |
| Anquilosis de la cadera en posición no funcional. | | | | 40% |
| Anquilosis de la cadera en posición funcional. | | | | 20% |
| Anquilosis de la rodilla en posición no funcional. | | | | 30% |
| Anquilosis de la rodilla en posición funcional. | | | | 15% |
| Anquilosis del empeine (Garganta del Pie) en posición no funcional. | | | | 15% |
| Anquilosis del empeine en posición funcional. | | | | 8% |
| Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cm. | | | | 15% |
| Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cm. | | | | 8% |
| Pérdida total del dedo de un pie. | | | | 8% |
| Pérdida total de otro dedo del pie. | | | | 4% |

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

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

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

**Por la pérdida de varios miembros u órgano,** se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% (cien por ciento) de la suma asegurada para incapacidad permanente. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente el 100% (cien por ciento) la suma asegurada.

**Lesiones no previstas**. La indemnización de lesiones que no estén comprendidas en la Tabla de Indemnización por Incapacidad que constituyeren una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

**Caso de los asegurados zurdos.** En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijadas para la pérdida de los miembros superiores.

**3.- GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE.**

Se reconocerán los gastos médicos incurridos por el Asegurado, debido a un accidente conforme ha sido definido en esta póliza, ocurrido durante el período de vigencia de ésta, conforme a los costos razonables y acostumbrados por evento y hasta el monto máximo indicado en la cláusula Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

El Asegurado tendrá libertad para elegir los profesionales médicos, clínicas u hospital para recibir los servicios que requiera producto de un accidente cubierto por esta póliza. El reembolso de los gastos en que incurra será realizado de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado según definido en esta póliza y sujeto a las siguientes condiciones:

1. Si las lesiones sufridas por el asegurado a causa de un accidente requiriesen asistencia médica, la Compañía reembolsará los honorarios médicos, exámenes auxiliares de diagnóstico (radiológicos, de imágenes, laboratorio, etc), gastos farmacéuticos, ingresos hospitalarios médicos o quirúrgicos, que fueren necesarios, razonables, usuales y acostumbrados dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente, o hasta el total de la suma asegurada para esta cobertura establecida en las Condiciones Particulares, lo que acontezca primero.
2. Si se tratare de un accidente de tránsito o de un accidente laboral, que resulten cubiertos por el Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores o el Régimen de Riesgos del Trabajo, esta cobertura de Gastos Médicos operará en exceso de los beneficios que otorguen ambos regímenes al Asegurado.

**COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL**

**ACCIDENTES EN MOTOCICLETA**

Previa solicitud del Asegurado y aceptación de SEGUROS LAFISE, esta póliza podrá amparar la muerte accidental o sus consecuencias como Incapacidad Permanente Parcial o Total y/o lesiones que provoquen Gastos Médicos, cuando el accidente se dé en actividades de viajar en Motocicleta (Moto); cancelando adicionalmente el costo correspondiente a la prima de riesgo; en caso contrario, los accidentes en motocicleta (Moto) no estarán amparados/cubiertos por esta póliza.

**MONTOS MÁXIMOS A INDEMNIZAR**

**MUERTE ACCIDENTAL (Cobertura principal)**

* **En caso de muerte del Asegurado, cónyuge y conviviente, con independencia de quién sea el asegurado principal, se pagará la suma asegurada que será igual para ambos en caso de fallecimiento.**
* **En caso de muerte de los Hijos: Por cada hijo se tendrá como suma asegurada para efectos de la indemnización el 25% de la suma asegurada para el asegurado principal.**

**INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE:**

* **Padres: El límite máximo de cobertura será igual a la suma establecida para la cobertura por muerte accidental.**
* **Hijos: El límite máximo de cobertura será igual al 25% de la suma asegurada para el asegurado principal.**

Para efecto de indemnización la suma asegurada será el límite máximo, y el monto a indemnizar dependerá de la aplicación del porcentaje que corresponda al tipo de incapacidad establecido en la Tabla de Indemnizaciones por Incapacidad Permanente Total o Parcial antes referida.

**REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE:**

El monto máximo que se indemnizará por reembolso por la cobertura de Gastos Médicos será de hasta un veinte por ciento (20%) del monto de la suma asegurada, para la Cobertura de Muerte Accidental del asegurado afectado. En esta cobertura la suma asegurada aplica por evento.

* **Para Padres**: **Corresponde al 20% de su suma asegurada de la cobertura por Muerte Accidental.**
* **Hijos: La suma asegurada será un 20% del monto asegurado en la cobertura por Muerte Accidental.**

1. **EXCLUSIONES**

**Queda excluida de esta póliza la muerte del asegurado o las lesiones que sufra, si se deben directa o indirectamente, total o parcialmente a las siguientes condiciones, situación y riesgos:**

1. **Acciones u operaciones militares de guerra (declarada o no ), invasión, actos de enemigos, extranjeros, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, sedición, conspiración militar, terrorismo, tumultos populares relacionados o no en cualquier forma con motivos políticos, huelgas, asonada, motín, golpe militar, usurpación o intento de usurpación de poder, sabotaje, detención por o bajo la orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, alteraciones del orden público o local y delitos contra la Constitución Política del Estado. En todos estos casos se aplicará la exclusión, sea que el asegurado participe o no en tales hechos.**
2. **Energía nuclear o atómica, radiación ionizante o combustión nuclear.**
3. **Servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o de guerra. En caso de que el asegurado entrare en tal servicio, la Compañía a solicitud del asegurado, devolverá la prima a prorrata que corresponda por cualquier periodo en que preste dicho servicio durante la vigencia de la póliza.**
4. **Actos provocados intencionalmente por el asegurado, tales como suicidio, tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo por el asegurado o que la causaren él o los beneficiarios (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) cualquiera que sea el estado mental del asegurado o beneficiarios.**
5. **Participación del asegurado en delitos, duelos, riñas, y vendettas. No quedan comprendidos en esta exclusión los actos de legítima defensa comprobada ante las autoridades judiciales.**
6. **La muerte o lesiones causados por accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos, sonambulismo, sincopes u otra enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la póliza.**
7. **Estar intoxicado o bajo los efectos de cualquier droga, alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente, excepto que hayan sido por prescripción médica. Esto incluye la conducción de un vehículo de motor mientras se esté intoxicado.**
8. **Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador, asegurado o beneficiario.**
9. **Actos notoriamente peligrosos, salvo tentativa de salvamento de vida o bienes.**
10. **Muerte o lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona.**
11. **Enfermedades o padecimientos corporales o mentales, de cualquier naturaleza, aun cuando la enfermedad o padecimiento tenga su origen en un accidente que sea la causa precipitante. También se excluyen las consecuencias de exámenes, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de cualquier clase y las infecciones bacterianas excepto las resultantes de lesiones corporales externas y accidentes cubiertos por esta póliza.**
12. **Practica como profesional o aficionado de deportes peligrosos o de alto riesgo, aunque sea en forma aficionada u ocasional entre los que se señalan de manera no limitativa los siguientes: esgrima, hockey de campo, polo, caza, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, manejo de canoas, remos, esquí acuático, rugby, rodeo, y pesca a más de cinco (5) kilómetros de la costa. Participa como conductor o pasajero en automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia a velocidad.**

1. **Viaje en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, sea en cualquier aeronave en vuelo no regular, tales como aviones privados y aerotaxis.**
2. **Viajar como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave**.
3. **Conducir o ser pasajero de una motocicleta, a menos que se cuente con la Cobertura Adicional de ACCIDENTES EN MOTOCICLETA.**
4. **Conducir o ser pasajero de un vehículo todo terreno conocido como cuadraciclo.**
5. **DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS**

## **BENEFICIARIO:**

El beneficiario es la persona o personas designadas por el Asegurado para recibir el monto del seguro cuando ocurre su muerte.

**CAMBIO DE BENEFICIARIO:**

En cualquier momento el Asegurado puede solicitar el cambio de beneficiario por escrito a la Compañía. El cambio no tendrá efecto hasta que sea aprobado por la Compañía.

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

**Ha de tomarse en cuenta que 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.**

**VII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

Sin perjuicio de otras que se establezcan en esta póliza, son obligaciones:

## **Del Tomador**

1. Pagar la prima dentro de los plazos establecidos, sea que contrate por cuenta propia o ajena, y
2. Cumplir con las obligaciones de esta póliza, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada.

## **Del Asegurado Principal, Adicional, Dependientes**

1. Pagar la prima del asegurado principal, los asegurados adicionales, dependientes que se incluyan en la póliza, dentro de los plazos establecidos en esta póliza.
2. Someterse a los exámenes médicos, tantas veces como sea razonable desde el punto de vista médico mientras una reclamación se encuentre pendiente
3. En caso de siniestro, cumplir con los requerimientos como se dispone en el Procedimiento en caso de Siniestro de esta Póliza.

**Del Beneficiario:**

1. Presentar el reclamo por Muerte accidental del Asegurado.
2. Presentar los requisitos indicados en la presente póliza.

**INFORMACIÓN MÉDICA.**

El Tomador y/o Asegurado, los Asegurados Adicionales y Dependientes deberán autorizar a **SEGUROS LAFISE,** para que pueda obtener todos los informes médicos necesarios, a fin de determinar los beneficios a que tienen derecho por esta póliza. Esta es una condición para que **SEGUROS LAFISE** pueda proveer cobertura, y una condición continua permanente para que se puedan pagar beneficios de esta póliza. El Asegurado debe autorizar expresamente a las siguientes entidades para que faciliten su historial y su información médica a nuestra Compañía:

a) Cualquier Médico que haya diagnosticado, atendido, tratado recomendado o prestado servicios profesionales a un Asegurado; y

b) Cualquier Hospital en el cual un Asegurado haya sido tratado o diagnosticado.

c) La autorización deberá ser para que proporcionen a **SEGUROS LAFISE** toda y cualquier información relacionada con servicios, cuidados o facilidades cubiertas en cualquier momento en esta Póliza, hasta donde sea requerido por una situación particular y permitida por las leyes pertinentes, e igualmente debe autorizar expresamente a **SEGUROS LAFISE** a obtener de cualquier otra Compañía Aseguradora o servicio o plan de beneficios, la información que consideremos necesaria a fin de determinar nuestras obligaciones bajo esta Póliza.

**LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.**

El Tomador y/o Asegurado, los Asegurados Adicionales y Dependientes en esta póliza, así como los beneficiarios, se comprometen con **SEGUROS LAFISE**, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado “Solicitud-Conozca a su cliente”; asimismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando **SEGUROS LAFISE,** solicite colaboración para tal efecto.

1. **PAGO DE LA PRIMA.**

**PRIMAS.**

El asegurado principal y los asegurados dependientes que se incluyan en esta póliza, deben pagar una prima por cada uno. Las primas por la cobertura de esta Póliza deberán ser pagadas por el plazo de un año de vigencia del seguro.

**PAGO DE PRIMAS**.

El pago puntual de las primas es responsabilidad del Asegurado dentro de los plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales.

La prima inicial deberá pagarse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al inicio de la vigencia de la póliza y las primas futuras deberán pagarse según se indica en las Condiciones Generales.

Para todo efecto contractual, se tendrá como domicilio de pago a las oficinas de **SEGUROS LAFISE** u otro lugar dispuesto por éste, para tal efecto. Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en el domicilio de **SEGUROS LAFISE** u otro lugar dispuesto por ésta.

Los ajustes de prima originados en modificaciones a esta póliza deberán cancelarse en un plazo máximo de diez (10) días naturales contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. Si la modificación origina devolución de prima, la compañía deberá efectuarla en un plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la solicitud.

Si se presenta un reclamo bajo las coberturas suscritas, **SEGUROS LAFISE** podrá rebajar de la indemnización las primas que faltan para completar la prima del período póliza.

Cuando el reclamo implique el pago total del monto asegurado, la póliza quedará cancelada en forma automática y del pago indemnizatorio se deducirá la prima que faltare para complementar el año correspondiente, o en su defecto, el Tomador y/o Asegurado, podrá realizar el pago de la prima en ese momento.

**PERIODO DE GRACIA.**

En el caso de las pólizas con forma de pago anual, el periodo de gracia, para el pago de las primas posteriores a la prima inicial es de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento del plazo de la vigencia. En los casos de pago fraccionado el plazo para el pago de la prima es de diez (10) días hábiles a partir del vencimiento.

**AJUSTES ANUALES DE PRIMAS**.

La Compañía podrá modificar las primas de los diversos planes de Sumas Aseguradas en cualquier prórroga contractual de la Póliza; siempre que la notifique al Asegurado por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

 El posible ajuste estará en función de la experiencia de la siniestralidad presentada por la cartera de pólizas del presente producto durante su último año.

 Específicamente el porcentaje de ajuste anual de las primas corresponderá al ajuste técnico requerido para llevar el Índice de siniestralidad real presentada por la cartera de pólizas del presente producto durante su “Ultimo Año”, a un   Índice de siniestralidad esperada de un 60% de las primas.

El Índice de Siniestralidad se calculará mediante la siguiente fórmula:

Índice de Siniestralidad = (Siniestros pagados en el “Último Año” + Siniestros Informados Pendientes de Pago) / Primas suscritas en el “Último Año” netas de cualquier devolución, anulación e impuestos aplicables.

Ajuste de Primas por cambio en el Grupo de Edad.

En razón de que los eventos asociados a las coberturas del presente seguro (Muerte, Incapacidad Permanente, Gastos Médicos, por accidente) incrementan su nivel de riesgo con el incremento de edad del asegurado; se aplicará un ajuste en las primas conforme al siguiente cuadro, al pasar el Asegurado Principal de un Grupo de Edad a otro Grupo de Edad.

|  |  |
| --- | --- |
| **% DE INCREMENTO DE LAS PRIMAS AL CAMBIAR EL ASEGURADO PRINCIPAL DE GRUPO DE EDAD** | |
| **Grupo de Edad** | **% de Incremento** |
| 18 - 64 | -- |
| 65 - 69 | 164,0% |
| 70 - 74 | 117,5% |
| 75 Y + | 12,1% |

**FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.**

El pago de la prima es anual, sin embargo, el asegurado puede optar por facilidad de pago fraccionado, en cuyo efecto los siguientes factores se multiplicarán por la Prima Anual para determinar las primas de pago fraccionado:

* Factor para determinar primas mensuales: 0.09;
* Factor para determinar primas trimestrales: 0.27;
* Factor para determinar primas semestrales: 0.54.

**RECARGOS POR MODIFICACION DEL RIESGO**

Se establecerán las siguientes cinco Categorías de Clases de Riesgo, según Profesión, Ocupación o Actividad del Asegurado, y en función de la clase de riesgo a que pertenezca el asegurado, se establecerán los siguientes FACTORES DE RECARGO, según clase y tipo de riesgo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Riesgo** | **Tipo de Riesgo** | **Recargo** |
| **Clase 1.-** | Oficinas, tiendas, despachos, dibujantes, bibliotecas, etc. | Será la Clase Base y no tendrá recargo. |
| **Clase 2.-** | Cobradores, vendedores, inspectores, ingenieros, choferes particulares, etc. | Las primas de esta Clase tendrán un recargo del 30% sobre las primas de Clase 1. |
| **Clase 3.-** | Fontaneros, hojalateros, pintores, ayudantes de producción, etc. | Las primas de esta Clase tendrán un recargo del 60% sobre las primas de Clase 1. |
| **Clase 4.-** | Albañiles, mecánicos, carpinteros, torneros, policías, taxistas, choferes de vehículos pesados, etc. | Las primas de esta Clase tendrán un recargo del 120% sobre las primas de Clase 1. |
| **Clase 5.-** | Trabajadores de altura (limpiadores de ventanas en edificios de más de un piso), actividades extremas de algo riesgo. | Las primas de esta Clase tendrán un recargo del 240% sobre las primas de Clase 1. |

1. **PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

**PLAZO PARA DAR AVISO**.

En caso de ocurrir un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurado deberá notificarlo inmediatamente llamando al teléfono de Asistencia de Seguros LAFISE línea gratuita 2528-7515 o por escrito dentro de los primeros cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de ocurrido el accidente, salvo casos de fuerza mayor. Deberá avisarse a **SEGUROS LAFISE** indicando fecha, hora, lugar, y circunstancias del accidente, y, además, nombres y domicilios de los testigos del hecho si los hubiere y si han intervenido o no las autoridades judiciales o administrativas.

Si el accidente causó la muerte del Asegurado, el aviso deberá presentarse dentro un plazo de setenta y dos (72) horas.

**PRUEBA DEL ACCIDENTE**.

El Asegurado deberá aportar a **SEGUROS LAFISE**, la documentación emitida por el médico tratante expresando la causa y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento adecuado a la lesión causada por el accidente, así como constancia del avance del tratamiento con la frecuencia que el médico determine o la auditoría médica de la Compañía así lo requiera.

**REQUISITOS PARA LA PRESENTACION DE RECLAMOS**.

1. **Por Muerte Accidental.**

**SEGUROS LAFISE** pagará la indemnización correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el o los Beneficiarios designados en la póliza presentar los siguientes requisitos:

1. El Certificado de Defunción Oficial emitido por el Registro Civil o Registro equivalente si la muerte se produce fuera de Costa Rica, que indique las causas del fallecimiento en este caso debidamente apostillado.
2. Formulario de Reclamación por Muerte firmado por el beneficiario.
3. Fotocopias certificadas de los documentos de identificación del Asegurado fallecido y su (sus) beneficiarios.
4. Epicrisis Médica, Constancia o Resumen Clínico del Hospital, Clínica o Médico donde fue atendido el Asegurado.
5. En caso de que la muerte fuese a causa de un accidente de Tránsito u otro tipo de accidente con participación de las autoridades judiciales, deberá aportarse copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
6. Autorización para consulta de expedientes y trámite de reclamaciones por muerte, debidamente completado y firmado.
7. **Por Incapacidad total y permanente por accidente.**
8. Formulario de Reclamación que debe ser presentado dentro de los primeros cinco (5) días siguientes a partir de la ocurrencia del accidente.
9. Copia de cédula del documento de identificación del Asegurado.
10. Presentar historial clínico, epicrisis médica y certificados emitidos por el médico tratante en la especialidad que corresponda y que determinen la incapacidad resultante del accidente.
11. La auditoría médica de **SEGUROS LAFISE** realizará una revisión, valoración y confirmación de la incapacidad resultante del accidente.

Al presentar el reclamo por incapacidad, El Asegurado deberá  adjuntar las pruebas médicas de su condición de salud que respalden su reclamación, (Resumen Clínico, Epicrisis Médica, Exámenes, Diagnósticos), no obstante, **SEGUROS LAFISE** tendrá derecho a comprobar en este periodo por su cuenta la existencia de la Incapacidad Permanente Total o Parcial, a través de un médico acreditado por la autoridad competente para realizar este tipo de evaluaciones que dictamine y certifique el grado de incapacidad del Asegurado.

Asimismo, en caso de que se determine que la documentación aportada por el Asegurado presenta inconsistencias, con respecto a la valoración que haga el médico de **SEGUROS LAFISE**, esta última podrá requerir una segunda valoración médica o a la documentación aportada que permita aclarar la diferencia.

En caso de discrepancia, el Asegurado podrá apelar dicho dictamen presentando otra valoración de un médico acreditado por la autoridad competente para realizar este tipo de evaluaciones, y con quien no tenga ningún tipo de relación de consanguinidad o afinidad con el Asegurado.

1. **Por Gastos Médicos.**
2. Formulario de Reclamación debidamente completado, firmado por el Asegurado y por el médico tratante.
3. Copia del documento de identificación del Asegurado.
4. Epicrisis Médica o Constancia del Hospital, Clínica o Médico donde fue atendido el Asegurado.
5. Facturas originales por los gastos médicos incurridos correspondientes al tratamiento o servicio médico recibido por el Asegurado. Las fotocopias no serán aceptadas para el trámite del reclamo.
6. Recetas, indicaciones y prescripciones médicas expedidas por el médico tratante.
7. Resultado de los exámenes médicos prescritos y practicados.
8. En caso de que se trate de un accidente de Tránsito u otro tipo de accidente con participación de las autoridades judiciales, deberá aportarse copia del expediente judicial, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
9. La auditoría médica de la Compañía realizará una revisión y valoración de la documentación aportada.

**PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS.**

**SEGUROS LAFISE** 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 (30) días naturales, contado a partir de la fecha en que reciba toda la información necesaria para determinar su responsabilidad por esta Póliza.

**PAGO DE LA INDEMNIZACION**.

Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

1. La indemnización, en caso de muerte se pagará en la forma dispuesta por el Asegurado a las personas designadas como beneficiarias en esta póliza, o, en su defecto, a los herederos legales del Asegurado.
2. En caso de incapacidad permanente, la indemnización será pagada una vez que el asegurado accidentado se le hubiere dado de alta definitiva y dentro de los diez (10) días hábiles haya presentado los certificados emitidos por el médico tratante en la especialidad que corresponda que acreditaren la incapacidad resultante y los demás requisitos dispuestos en esta Póliza.
3. Para los gastos médicos, una vez completados los requisitos solicitados y que sean debidamente verificados**. SEGUROS LAFISE** se reserva el derecho de exigir la devolución de cualquier suma pagada por este concepto, en caso de que se compruebe que los gastos médicos reembolsados, hubiesen sido recuperados por el asegurado bajo otros derechos con relación a este mismo riesgo.

**SEGUROS LAFISE** deducirá de la indemnización correspondiente, a las coberturas de muerte o incapacidad total y permanente, las primas pendientes que correspondan para completar la prima anual total.

**AGRAVACION DE LAS CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE.**

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de dicho accidente o por un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiere producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de esta.

**ACCIONES DE REVISION POR RECHAZO DEL RECLAMO.**

Cuando procediere el rechazo del reclamo, **SEGUROS LAFISE** comunicará por escrito al Asegurado dicha resolución, indicándole con claridad los motivos del rechazo del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado.

Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre la resolución de rechazo del reclamo, podrá enviar por escrito una solicitud de revisión a **SEGUROS LAFISE** junto con toda la información relevante y pruebas que estime necesarias para el análisis del caso en particular, dentro del plazo de 10 (diez) días hábiles. **SEGUROS LAFISE** notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el Asegurado podrá emprender contra **SEGUROS LAFISE** las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con la legislación costarricense.

El Asegurado podrá asimismo solicitar revisión de los montos de indemnización que haya fijado **SEGUROS LAFISE** con base en los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados. **SEGUROS LAFISE** estará obligada a revisar y a determinar si efectivamente corresponden a dichos costos.

# VIGENCIA. POSIBILIDAD DE PRORROGAS Y RENOVACIONES

# VIGENCIA Y PLAN DE SEGURO.

# El presente es un seguro individual o familiar de accidentes anual prorrogable. El seguro solo cubrirá los reclamos que presente el asegurado a SEGUROS LAFISE dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante dicho periodo de vigencia.

# INICIO DE VIGENCIA.

# Una vez sometida la Solicitud Seguro debidamente cumplimentada a SEGUROS LAFISE, la fecha de inicio de la cobertura será efectiva cuando la solicitud sea aceptada, o a partir de la aprobación de las Pruebas de asegurabilidad, dentro del plazo máximo de treinta (30) días naturales a partir de que se cumplan los requerimientos. Las coberturas entrarán en vigor una vez que haya sido aceptado el riesgo y la prima pagada dentro del plazo establecido en la presente póliza.

Esta disposición será también aplicable a todos sus Dependientes que sean incluidos en esta esta Póliza.

**CANCELACION, RESCISION O NULIDAD RELATIVA O ABSOLUTA DE LA POLIZA.** La cobertura de seguros bajo esta Póliza terminará:

1. Si ha terminado el Periodo de Gracia sin que la prima correspondiente haya sido pagada; debiendo notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.
2. En los casos de omisión o inexactitud no intencionales en la declaración del riesgo, cuando la compañía demuestre que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado procederá a rescindir el contrato dentro del plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.
3. En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales, Ley No. 8204 (Reforma integral de la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas), **SEGUROS LAFISE,** se reserva el derecho de cancelar la póliza en caso de que los obligados a hacerlo incumplan con esta obligación, en cualquier momento de la vigencia del contrato, devolviendo la prima no devengada y calculada a corto plazo, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles contado a partir de la fecha de cancelación.

**TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA.**

Durante la vigencia del contrato el Asegurado podrá darlo por terminado en forma anticipada, sin responsabilidad, avisando a **SEGUROS LAFISE** con al menos un mes de anticipación. La terminación anticipada del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

En cualquier caso, el asegurador tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al asegurado la prima no devengada, de acuerdo con la siguiente Tabla:

|  |  |
| --- | --- |
| **LA TABLA DE PRIMA A CORTO PLAZO QUE SE APLICARÁ SERÁ LA SIGUIENTE:** | |
| **PERÍODO DE COBERTURA** | **PORCENTAJE DE LA PRIMA** |
| Un mes o menos | ***20%*** |
| Más de 1 mes y hasta 1 1/2 | ***25%*** |
| Más de 1 1/2 meses y hasta 2 meses | ***30%*** |
| Más de 2 meses y hasta 3 meses | ***40%*** |
| Más de 3 meses y hasta 4 meses | ***50%*** |
| Más de 4 meses y hasta 5 meses | ***60%*** |
| Más de 5 meses y hasta 6 meses | ***70%*** |
| Más de 6 meses y hasta 7 meses | ***75%*** |
| Más de 7 meses y hasta 8 meses | ***80%*** |
| Más de 8 meses y hasta 9 meses | ***85%*** |
| Más de 9 meses y hasta 10 meses | ***90%*** |
| Más de 10 meses y hasta 11 meses | ***95%*** |
| Más de 11 meses y hasta 12 meses | ***100%*** |

Si **SEGUROS LAFISE** hubiere pagado cualquier reclamo por esta Póliza, la prima se dará por devengada en su totalidad.

**REHABILITACION DE LA POLIZA.**

Si esta Póliza ha terminado su vigencia por falta de pago de las primas debidas, **SEGUROS LAFISE** podrá considerar su rehabilitación, únicamente después de haber recibido las Pruebas de Asegurabilidad que determine y el Pago de la Prima. La Póliza rehabilitada cubrirá únicamente pérdidas por accidentes que hayan ocurrido después de la fecha en que esta Póliza haya sido Rehabilitada. Tales pérdidas estarán sujetas a las limitaciones en cuanto a Condiciones Preexistentes.

**PRORROGAS y RENOVACIONES.**

Esta Póliza es prorrogable en forma automática. Podrá ser renovable por acuerdo de las partes.

1. **CONDICIONES VARIAS**

**EXAMEN MEDICO POR LA COMPAÑÍA**.

**SEGUROS LAFISE** se reserva el derecho de examinar al accidentado por un médico que designará al afecto, cuantas veces considere necesario, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección del hospital en que se encuentre internado el asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. Asimismo, **SEGUROS LAFISE** se reserva el derecho, en caso de incapacidad del asegurado, de verificar dicho estado, siempre que lo considere conveniente, y, el asegurado se obliga a someterse a los exámenes requeridos para este fin. La negativa o falta de colaboración del Asegurado o de sus familiares o beneficiarios, podrá determinar la declinatoria del reclamo por parte de **SEGUROS LAFISE.**

**DERECHO DE AUTOPSIA.**

Donde no fuere prohibido por la ley, **SEGUROS LAFISE** tiene el derecho de solicitar que se efectúe una Autopsia a un Asegurado que muera mientras este cubierto por esta Póliza. El costo de la autopsia será a cargo de la Compañía.

**MODIFICACIONES A LA PÓLIZA.**

Corresponde a **SEGUROS LAFISE** el derecho de adicionar o modificar cualquier parte de esta Póliza. Cualquier modificación, incluyendo cualquier aumento o reducción en la prima, tendrá efecto únicamente en una fecha de Aniversario de la Póliza y entrará en vigencia treinta (30) días naturales siguientes a la notificación que sobre tales cambios haya sido enviada al Asegurado, a la dirección señalada por éste en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato, por medio de Anexo o Endoso firmado por un funcionario autorizado de la Compañía. Ningún agente o corredor de seguros tiene facultades para modificar la Póliza o para descartar cualquiera de sus términos.

**RECTIFICACION DE LA POLIZA.**

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. Sin embargo, el Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) 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 este plazo caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar rectificación de la póliza. Si el Asegurado no desea continuar con el seguro y las primas hubieren sido pagadas, la Compañía las devolverá en un plazo de treinta (30) días naturales de acuerdo con la cláusula TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZAde las presentes Condiciones Generales.

**MODIFICACION DEL RIESGO.**

Considerando que laprima es fijada de acuerdo con las características del riesgo declarado por el asegurado, éste deberá comunicar a **SEGUROS LAFISE** , dentro de ocho días hábiles, los cambios o agravaciones, aunque fueren temporales, que pudieren afectar la base de contratación. Específicamente el asegurado deberá declarar:

1. Los cambios de profesión u ocupación.
2. La práctica de deportes u otras actividades peligrosas que no hubieren sido declaradas en la solicitud del seguro.

**SEGUROS LAFISE** dentro de los siguientes ocho (8) días hábiles, contados a partir de la fecha en que recibió dicha comunicación del asegurado, se pronunciará sobre las condiciones para la confirmación del seguro o las condiciones para su adecuación, sin perjuicio de decidir su rescisión si el nuevo riesgo se determina no asegurable. En caso de que el Asegurado no acepte las nuevas condiciones propuestas por **SEGUROS LAFISE** o bien se haya determinado su rescisión, se devolverá al asegurado el importe de la prima no devengada.

Si la **SEGUROS LAFISE** no hubiere recibido la comunicación a que se refiere esta cláusula, y el asegurado sufriere un accidente mientras esté ejecutando algún acto propio de la nueva ocupación o profesión o practicando deporte o actividades no declaradas, **SEGUROS LAFISE** podrá reducir la indemnización en forma proporcional a la prima que debió haberse cobrado. En caso de que se demuestre que las nuevas condiciones hubieran impedido el aseguramiento, quedará liberada de su obligación y restituirá las primas no devengadas. Cuando el Asegurado omita la notificación con dolo o culpa grave, **SEGUROS LAFISE** podrá retener la prima no devengada y quedará liberado de su obligación.

**EDAD DEL ASEGURADO.**

Si la edad del asegurado declarada en la solicitud no fuere correcta, **SEGUROS LAFISE** ajustará la prima a pagar de acuerdo con la edad verdadera y el Asegurado queda obligado a pagar la diferencia, en caso de no hacerlo **SEGUROS LAFISE** podrá reducir la indemnización en forma proporcional a la prima que debió haberse cobrado. Si el ajuste de la prima resultare a favor del asegurado, se procederá a la devolución de la prima correspondiente dentro del plazo de diez días hábiles a partir de la fecha en que se ejecute el ajuste a la edad correcta del asegurado.

**DECLARACIONES EN LA SOLICITUD.**

Esta Póliza se emite tomando en consideración que las respuestas dadas a todas las preguntas de la solicitud son veraces y completas. Es entendido que los cuestionarios de salud deberán ser completados y firmados por cada persona que desea ser cubierta por el seguro, salvo que se trate de personas menores de edad, en cuyo caso las declaraciones sobre su salud deberán ser firmadas por alguno de sus padres o representante legal.

Si existiere omisión o inexactitud no intencionales de parte de las Personas Aseguradas se procederá de la siguiente manera:

1. El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince (15) días naturales después de su notificación, el asegurador podrá, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.
2. Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado, podrá rescindir el contrato, en el término de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.
3. El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

**RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACION DEL RIESGO.**

La reticencia o falsedad intencional por parte del asegurado, sobre hechos o circunstancias que de ser conocidos por **SEGUROS LAFISE** hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equivoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. **SEGUROS LAFISE** podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

**ACCIONES FRAUDULENTAS.**

Todo reclamo que resultare simulado, inexacto o fraudulento en que se demuestre que el asegurado declaró con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir las obligaciones de **SEGUROS LAFISE**, será motivo para rechazar todo derecho a la indemnización por esta póliza. En este caso las primas pagadas se darán por totalmente devengadas sin perjuicio de las acciones legales que pudieren corresponder. **SEGUROS LAFISE** quedará liberada de su obligación si la persona asegurada provoca el siniestro con dolo o culpa grave

**PAGOS INDEBIDOS.**

Si **SEGUROS LAFISE** por error de hecho o de derecho, incurriere en un pago indebido o en exceso, tendrá derecho a recuperar lo pagado o el exceso según corresponda, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

**MONEDA.**

La presente póliza puede ser emitida en dólares de los Estados Unidos o en colones costarricenses y los pagos por indemnización serán girados en la moneda contratada.No obstante, para efectos del pago de primas o indemnizaciones por pérdidas, el pago se podrá efectuar en moneda nacional (colones) utilizando como referencia el tipo de cambio de venta del Banco Central de Costa Rica vigente al día en que se realice el pago.

Para la cobertura referente a gastos médicos, que no sean en dólares (U. S. A.) se utilizará como referencia el tipo de cambio de venta del Banco Central de Costa Rica, correspondiente a la fecha en que la pérdida totalmente documentada fue pagada por el Asegurado al proveedor del servicio.

**SUBROGACION.**

Cuando **SEGUROS LAFISE** pague una indemnización se subrogará, de pleno derecho y hasta el monto de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro. En este caso el tercero podrá oponer al asegurador las mismas excepciones que pudieren hacer valer contra el asegurado. El asegurador no podrá valerse de la subrogación en perjuicio del asegurado. Esta prohibición se extenderá a aquellas personas que las partes acuerden expresamente, así como aquellas con quienes el asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo o culpa grave.

La subrogación no aplicará en los seguros de personas con excepción de aquellos en que los pagos realizados por el asegurador tengan un carácter indemnizatorio.

Cada Asegurado acuerda colaborar para obtener el reintegro y se compromete a no entorpecer los derechos de recuperación, mediante una transacción o cualquier otra forma. No se podrá entrar en ningún Acuerdo, compromiso o cesión de derechos sin previo consentimiento por escrito de la Compañía. La Compañía tiene la opción de tomar cualquier acción apropiada para proteger sus derechos, incluyendo una acción judicial.

**PRESCRIPCION.**

Todos los derechos derivados de esta póliza prescribirán en un plazo de cuatro (4) años, que se contarán a partir del momento en que tales derechos sean exigibles por la parte que los reclama.

**TRIBUNAL CON JURISDICCION.**

Cualquier demanda respecto a disputas que conciernan a este contrato deben ser presentados ante los Tribunales de la República de Costa Rica.

**LEGISLACION APLICABLE.**

El presente contrato de seguro se rige por la legislación de la República de Costa Rica. En lo que no esté previsto en sus estipulaciones por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros No. 8956, el Código Civil y el Código de Comercio.

**CESION**.

Esta póliza es intransferible. La cobertura y los beneficios no pueden ser cedidos. **SEGUROS LAFISE** no asume responsabilidad en cuanto a la facilidad o al efecto de cualquier cesión.

**CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION**.

La información que sea suministrada por las personas Aseguradas a la Compañía con ocasión de esta Póliza estará protegida por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo autorización por escrito de cada uno de los Asegurados en contrario, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos. Quedan a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente. Queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

**OTROS SEGUROS.**

Dado que no es el propósito que el Asegurado reciba Beneficios mayores al costo de los gastos médicos incurridos, el monto de los beneficios pagaderos por gastos médicos tomará en consideración cualquier otra cobertura de salud individual o grupal. Los beneficios bajo esta Póliza serán coordinados con los Beneficios de cualquier otra Póliza de gastos médicos que pueda tener el Asegurado.

En caso de que existan otros seguros para las personas aseguradas en esta Póliza con otras aseguradoras, que cubran los mismos riesgos, sobre un mismo interés y que coincida en un determinado periodo de tiempo, serán reembolsados al Asegurado por nuestra Compañía, los gastos proporcionales entre todos los seguros sin exceder el cien por ciento (100%) de la totalidad de éstos. En este supuesto de existencia de otros seguros, no serán cubiertos por la presente póliza: a) Los coaseguros, y copagos a cargo del asegurado en la (s) póliza (s) con otras aseguradoras, b) los gastos que se encuentran excluidos en esta póliza, c) los costos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados.

**El pago de indemnización por muerte accidental e incapacidad parcial permanente se pagará en su totalidad de conformidad con las estipulaciones de la Póliza.**

1. **INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato pueden ser resueltas en sede administrativa según el procedimiento indicado en el aparte de **PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.**

Asimismo, si ambas partes así lo acuerdan podrán acudir a resolver sus controversias a los medios alternos de solución de conflictos, establecidos en la Ley sobre Resolución Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social No. 7727 de 9 de diciembre de 1997, o bien acudir a la vía judicial.

1. **COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES**

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por **SEGUROS LAFISE** directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien la enviará por correo ordinario a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato: un lugar y/o apartado postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio que permita y garantice la seguridad del acto de comunicación.

El Asegurado deberá reportar a **SEGUROS LAFISE** por escrito o a través del intermediario autorizado todo cambio de dirección o domicilio, de lo contrario se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, o dirección de correo electrónico, apartado postal, fax o el medio que haya sido proporcionado por el Asegurado.

Los asegurados pueden dirigir sus comunicaciones al domicilio de **SEGUROS LAFISE** a la siguiente Dirección: San José, San Pedro, 125 metros Este de la Rotonda de San Pedro, frente a Funeraria Montesacro, Correo electrónico [servicioseguros@lafise.com](mailto:servicioseguros@lafise.com) **teléfono: (506)2246-2574, línea gratuita 2528-7515.**

En caso de que alguno no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, Notificaciones Judiciales, de 4 de diciembre de 2008, y demás legislación aplicable.

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, incido d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número …………….de fecha ………………..**