



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
SECCIÓN A. DEFINICIONES	4
CLÁUSULA I. DEFINICIONES	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA POLIZA	7
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	7
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA.....	7
CLÁUSULA III. ALCANCE TERRITORIAL	7
CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA.....	7
CLÁUSULA V. COBERTURAS	7
CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES.....	11
CLÁUSULA VII. RIESGOS NO AMPARADOS POR LA PÓLIZA, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS.....	12
CLÁUSULA VIII. AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE	13
SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	13
CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS	13
CLÁUSULA X. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS	14
CLÁUSULA XI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO.....	14
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO	14
CLÁUSULA XII. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL.....	14
CLÁUSULA XII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO	15
CLÁUSULA XIII. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	16
CLÁUSULA XIV. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	17
CLÁUSULA XV. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	17
CLÁUSULA XVI. COOPERACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO	18
CLÁUSULA XVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE.....	18
CLÁUSULA XVIII. OTROS SEGUROS	19
SECCIÓN F. PRIMAS.....	19
CLÁUSULA XIX. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	19
CLÁUSULA XX. PAGO DE PRIMAS.....	19
CLÁUSULA XXI. PERÍODO DE GRACIA	21
SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN:.....	21
CLÁUSULA XXII. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN:	21
SECCIÓN H. RECARGOS Y DESCUENTOS:	21



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXIII. RECARGOS Y DESCUENTOS	21
CLÁUSULA XXIV DESCUENTOS O RECARGOS POR SINIESTRALIDAD	22
CLÁUSULA XXV DESCUENTOS O RECARGOS COMERCIALES	23
SECCIÓN I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	24
CLÁUSULA XXVI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO.....	24
CLÁUSULA XXVII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.	26
CLÁUSULA XXVIII. PAGO DE INDEMNIZACIONES.....	29
CLÁUSULA XXIX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES.....	29
CLÁUSULA XXX. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	30
SECCIÓN J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	30
CLÁUSULA XXXI. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	30
CLÁUSULA XXXII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA	31
CLÁUSULA XXXIII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	31
CLÁUSULA XXXIV. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.....	32
SECCIÓN K. CONDICIONES VARIAS.....	33
CLÁUSULA XXXV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	33
CLÁUSULA XXXVI. EDADES DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA.....	34
CLÁUSULA XXXVII. CERTIFICADOS DEL SEGURO	34
CLÁUSULA XXXVIII. DOMICILIO CONTRACTUAL	34
CLÁUSULA XXXIX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	35
CLÁUSULA XL. COMISIÓN DE COBRO	35
CLÁUSULA XLI. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.....	35
CLÁUSULA XLII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	36
CLÁUSULA XLIII. SUBROGACIÓN.....	36
CLÁUSULA XLIV. PRESCRIPCIÓN.....	36
CLÁUSULA XLV. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	36
SECCIÓN L. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS	37
CLÁUSULA XLVI. LEGISLACIÓN APLICABLE	37
CLÁUSULA XLVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	37
SECCIÓN M. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	37
CLAUSÚLA XLVIII COMUNICACIONES	37
SECCIÓN N. LEYENDA DE REGISTRO.....	38
CLÁUSULA XLIX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS.....	38



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, titular de la cédula jurídica **400000-1902-22**, en adelante denominado **INSTITUTO**, se compromete con el **ASEGURADO** a la expedición de la presente póliza, de conformidad con las Condiciones Particulares y Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas por el **ASEGURADO Y/O TOMADOR** en la solicitud que origina este contrato, la cual es parte integral del mismo.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este acto, declaro el compromiso contractual del **INSTITUTO** de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

Firma del representante legal

**Instituto Nacional de Seguros
Cédula Jurídica 400000-1902-22**



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza.

1. **ACCIDENTE:** Suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
2. **ACTIVIDAD:** Es un acontecimiento que se encuentra programado, el cual puede ser de índole social, artístico o deportivo.
3. **ASEGURADO:** Toda persona protegida por esta póliza que:
 - a. Sea una persona física, o
 - b. Haya sido reportada por el Tomador del seguro y aceptada por el Instituto.
4. **ASEGURADOS DEPENDIENTES:** Se consideran dependientes del Asegurado y asegurables las siguientes personas:
 - a. El cónyuge o conviviente del Asegurado.
 - b. Los hijos del Asegurado Directo siempre que sean solteros, que a la fecha del accidente dependan económicamente del Asegurado y sean estudiantes a tiempo completo. Adicionalmente deben cumplir con lo estipulado en la cláusula Edades de Contratación y de Cobertura.
5. **ASEGURADOR:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada el Tomador y/o Asegurado del Seguro y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
6. **BENEFICIARIO:** Persona física en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el asegurador.
7. **CLIENTE ESTRATÉGICO O CLIENTE CLAVE:** Es aquel que sea calificado como tal en cada segmento o subsegmento de conformidad con el Modelo de Negocios por Segmentos o que haya sido definido por la Administración Superior del Instituto o por aquellas dependencias designadas por ésta, por cumplir con una o varias de las siguientes características:
 - a. Alto volumen de primas
 - b. Potencial comercial de la cuenta
 - c. Importancia estratégica del negocio o imagen comercial
 - d. Vinculación con grupos económicos, clientes o potenciales clientes.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

8. **COASEGURO:** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado, en adición al deducible en los casos en los que aplique.
9. **CONVIVIENTE:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
10. **COSTO DE SERVICIOS MÉDICOS:** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor afiliado de servicios médicos que cobra a personas que presenten enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares. Este costo determinará el monto máximo a indemnizar por un servicio u honorario médico.
11. **DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Generales de la póliza, rebajable de la indemnización bajo las coberturas correspondientes. Representa la participación económica en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que se afecten en un reclamo.
12. **DEPORTE:** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.
13. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
14. **FALANGE:** Los huesos pequeños que forman parte de cada dedo de la mano o del pie.
15. **FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CATASTRÓFICO:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza violenta y destructiva, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
16. **GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos erogados por el Asegurado que resulten de la ocurrencia de un evento amparable por esta póliza y que sean indispensables en el diagnóstico o tratamiento de las lesiones provocadas en el accidente.
17. **GASTOS OPERATIVOS:** Están compuestos por la sumatoria de los siguientes rubros: costos de administración, costos de distribución, reserva de contingencias, utilidad y comisión de cobro si la hubiere.
18. **GRUPO ASEGURABLE:** Es el grupo sobre el que se hace una oferta de seguro colectivo, conformado por personas físicas vinculadas en una relación jurídica con el Tomador de seguro.
19. **GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas aseguradas unidas por un determinado vínculo, previa e independientemente a la contratación de esta póliza.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

- 20. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:** Se entiende aquella situación en que se encuentra el trabajador que, por causa de un accidente, está imposibilitado con carácter temporal para el trabajo por medio del cual genera ingresos.
- 21. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Es la que cumpla con las siguientes condiciones:
- Se produzca como consecuencia de un accidente ocurrido después de la fecha de inclusión en esta póliza, y
 - Que el Asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiendo el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual por medio de la cual genera ingresos.
- 22. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión en esta póliza. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica o funcional de menos del sesenta y siete por ciento (67%).
- 23. PÉRDIDA TOTAL:** Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- 24. PERÍODO DE GRACIA:** Es una extensión del período de pago de la prima posterior a la fecha de vencimiento anotada durante el cual puede ser pagada sin el cobro de intereses y recargos y en el cual se mantienen los derechos del Asegurado.
- 25. PRIMA:** Suma que debe pagar el Tomador y/o Asegurado al Asegurador como contraprestación al amparo que éste otorga mediante el Contrato de Seguro.
- 26. RED DE SERVICIOS DE SALUD:** Son las instalaciones físicas, propias del Instituto Nacional de Seguros, acondicionadas para la atención de los asegurados mediante la prestación de diferentes servicios de salud.
- 27. SALARIO:** Retribución que el patrono paga al trabajador en virtud del contrato de trabajo. Para efectos de este seguro se entiende como el salario bruto.
- 28. SINIESTRO:** Acontecimiento inesperado y ajeno a la voluntad del Asegurado del que derivan daños indemnizables por la póliza.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

29. TOMADOR DEL SEGURO: Persona jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA POLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza: La propuesta de seguro aceptada por el Tomador del seguro y/o Asegurado, la solicitud del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, así como los adenda.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. ALCANCE TERRITORIAL

La cobertura de esta póliza se extiende a todos los países del mundo.

CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada respecto a cada Asegurado será la que se indique en las Condiciones Particulares, previa aceptación del Instituto, sobre la cual se ha efectuado el pago de la prima.

El Tomador del seguro y/o Asegurado escoge la suma asegurada y ésta permanece invariable durante toda la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA V. COBERTURAS

Esta póliza ampara los accidentes que sufra el Asegurado durante las veinticuatro (24) horas del día. Excepto que se contrate la modalidad Corto Plazo o Cobertura Actividad horas definidas, en la cual el Asegurado únicamente tendrá cobertura en la fecha y horas indicadas por el Tomador del Seguro.

1. Coberturas Básicas

- a. **Muerte Accidental:** El Instituto pagará la suma asegurada cuando el Asegurado fallezca por causas accidentales.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

En caso de indemnización, si hay primas pendientes, del monto a pagar se deducirá el monto correspondiente para completar la prima anual.

2. Coberturas Adicionales

Las coberturas adicionales podrán ser contratadas a elección del Tomador del seguro y/o Asegurado y deben indicarse en las Condiciones Particulares:

- a. **Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente:** El Instituto pagará, en un solo tracto, la suma correspondiente al porcentaje de incapacidad permanente basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones. El monto asegurado por esta cobertura podrá ser una suma igual o hasta el doble de la suma asegurada en la cobertura de Muerte Accidental.

Toda indemnización con cargo a estas coberturas se registrará por la siguiente tabla, de acuerdo con el porcentaje de incapacidad permanente que se le haya determinado médicamente al Asegurado.

Tabla de Indemnizaciones

PÉRDIDA	PORCENTAJE
1. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE	
Estado absoluto e incurable de deficiencia mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente	100%
2. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE	
a. Cabeza:	
Sordera total o incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión normal de ambos ojos	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Extirpación de la mandíbula inferior	50%

b. Miembros Superiores	Derecho Porcentaje	Izquierdo Porcentaje
Pérdida total del miembro superior derecho o izquierdo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Fractura o lesiones múltiples de la mano (rigidez total)	45%	36%
Rigidez del hombro en posición no utilizable	30%	24%
Rigidez del codo en posición no utilizable	25%	20%
Rigidez del codo en posición utilizable	20%	16%
Rigidez de la muñeca en posición no utilizable	20%	16%
Rigidez de la muñeca en posición utilizable	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 el meñique	8%	6%

c. Miembros inferiores	Porcentaje
Pérdida total del miembro inferior derecho o izquierdo	55%
Pérdida total de un pie	40%
Cicatrización anormal de la fractura de un fémur	35%
Cicatrización anormal de la fractura de una rótula	30%
Fracturas o lesiones múltiples de un pie (rigidez total)	20%
Rigidez de la cadera en posición no utilizable	40%
Rigidez de la cadera en posición utilizable	20%
Rigidez de la rodilla en posición no utilizable	30%
Rigidez de la rodilla en posición utilizable	15%
Rigidez del tobillo (garganta de pie) en posición no utilizable	15%
Rigidez del tobillo en posición utilizable	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos cinco centímetros	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de tres centímetros	8%
Pérdida total de dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otros dedos del pie	4%

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

1. Combinación de incapacidades

Por pérdida de varios miembros u órganos se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del cien por ciento (100%) de la capacidad total orgánica o funcional.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

2. Lesiones no previstas

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

3. Zurdos

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

- b. Incapacidad Temporal por Accidente:** El Instituto indemnizará por la Incapacidad Temporal por Accidente que sufra el Asegurado, por una suma equivalente al ochenta por ciento (80%) del salario o ingreso reportado al momento de la emisión, que deberá demostrar mediante la presentación de una constancia salarial o certificado de ingresos.

La indemnización por incapacidad temporal se calculará con base en el salario reportado al momento de la emisión. Si éste es mayor que el salario consignado en la constancia de salario presentada al momento de la indemnización, será éste último el que se tomará como base para la indemnización. En este caso se realizará la devolución de la diferencia de primas que corresponda en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del momento del pago de la indemnización.

Si la persona es asegurada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o Riesgos del Trabajo el límite máximo de esta cobertura será el veinte por ciento (20%) del salario mensual.

Esta cobertura operará como complemento de los demás subsidios por Incapacidad Temporal que reciba el Asegurado, de manera que el monto total a percibir por el Asegurado, tomando en cuenta todos los posibles subsidios, en ninguna forma puede superar el cien por ciento (100%) del ingreso económico mensual por el Asegurado.

La suma a pagar por esta cobertura se reconocerá hasta por un período máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días naturales, o hasta que se evidencia que el asegurado percibe el 100% del subsidio con respecto al salario reportado.

Esta cobertura no puede ser adquirida por los asegurados dependientes.

- c. Gastos Médicos por Accidente:** La suma máxima a asegurar en esta cobertura será el equivalente a un diez por ciento (10%) del monto asegurado de la cobertura de Muerte



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Accidental a la fecha de emisión y se indicará en las Condiciones Particulares de esta póliza.

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto suscrito en la Solicitud, el Instituto cubrirá los gastos médicos al costo de servicios médicos, incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente cubierto por esta póliza, ocurrido durante el período de vigencia de este seguro, de conformidad con la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos por accidente.

El Asegurado o el beneficiario podrán hacer uso de las coberturas antes enumeradas, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año, contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo siempre que el accidente haya ocurrido dentro de la vigencia del contrato.

El Instituto pagará los gastos médicos derivados de un accidente cubierto por esta póliza, por un período máximo de dos (2) años, contados a partir de la fecha del primer gasto o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero, independientemente de que el plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado.

CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES

1. **Para todas las coberturas:**
 - a. **Actos de guerra, invasión, guerra civil, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares.**
 - b. **La fusión o fisión nuclear.**
 - c. **Fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.**
 - d. **Consumación o tentativa de suicidio u homicidio, participación del Asegurado o sus beneficiarios en delitos, duelos y riñas. Queda exceptuada la legítima defensa.**
 - e. **Enfermedad.**
 - f. **Los accidentes causados o sufridos por el Asegurado mientras se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas enervantes, estimulantes o narcóticas. Se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad, según se define en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse**



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

por medios científicos tales como pero no limitados a análisis de sangre, aliento u orina, así como las anotaciones que realicen los médicos tratantes al momento de brindar la atención médica.

- g. Accidentes causados por el Asegurado mientras conduce, debido a la infracción de leyes y reglamentos de Tránsito obligatorios.
 - h. Accidentes causados por el Asegurado mientras conduce sin contar con la licencia habilitante respectiva.
 - i. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.
 - j. Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo
 - k. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta tercer grado), consanguinidad (hasta tercer grado) o comercial como, pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.
2. Para la cobertura de Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente e Incapacidad Temporal:
- a. El Asegurado no se encuentra laborando de forma permanente y recibiendo remuneración a cambio de su trabajo.
3. Para la cobertura de Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente:
- a. Impedimentos físicos derivados de un accidente cubierto por esta póliza, donde el porcentaje que se determine de incapacidad, sea menor al 4%.

CLÁUSULA VII. RIESGOS NO AMPARADOS POR LA PÓLIZA, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS

Salvo que se indique en las Condiciones Particulares, el Instituto no ampara por concepto de accidente, las lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje:

- 1. En aeronaves no destinadas ni autorizadas para el servicio de transporte regular de pasajeros.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

2. Como piloto o pasajero de medios de transporte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
3. En bicimotos, motocicletas, motonetas, triciclos y cuadríciclos.

En este caso el Instituto evaluará las características del riesgo y definirá la procedencia técnico comercial de ampararlo.

CLÁUSULA VIII. AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente del evento, por una alteración del estado de salud sin relación con la edad del Asegurado o de un defecto físico, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera tenido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de suscribir el seguro o durante su vigencia.

En caso de que algún beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro beneficiario o beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado el monto pagadero bajo esa póliza se entregará en una sola suma a los causahabientes del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

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.

CLÁUSULA X. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado Directo puede cambiar de beneficiario en cualquier momento. El cambio de beneficiario debe efectuarse por escrito y es válido sólo si fue recibido por el Instituto, quien hará efectivo el cambio a partir de la fecha en que recibe la solicitud de cambio y lo registrará en la póliza.

El pago hecho por el Instituto a una persona beneficiaria, antes de haber sido informado de la sustitución o revocación, lo libera de las obligaciones correspondientes.

En los casos en que el Asegurado ha designado a más de un beneficiario sin especificar la distribución respectiva entre ellos, el Instituto realizará la distribución en partes iguales. Si alguno de los beneficiarios designados fallece antes que el Asegurado y no es debidamente sustituido, la proporción del monto correspondiente será distribuido en partes iguales entre los otros beneficiarios registrados en la póliza. Si no fueron designados beneficiarios o no sobrevive ningún beneficiario al momento del fallecimiento del Asegurado, el pago correspondiente será efectuado a los herederos legales del Asegurado según se establezca en el respectivo proceso sucesorio.

CLÁUSULA XI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

El Beneficiario que cause la muerte del Asegurado por dolo perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a ese Beneficiario.

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XII. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

Para indemnizar con cargo a la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente, el Asegurado deberá estar laborando activamente al momento del siniestro.

Asimismo, para la cobertura de Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente los asegurados mayores de 65 años deberán estar laborando activamente al momento del siniestro.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

Cuando la póliza se elija con la forma de aseguramiento Corto Plazo (Cobertura a Actividad 24 Horas o Cobertura actividad horas definidas) o Anual–Prima Provisional de Depósito en la modalidad colectiva, el Tomador de seguro deberá reportar previamente al evento cubierto, los Asegurados que hacen uso de la póliza, con la siguiente información:

- a. Nombre y dos apellidos
- b. Fecha de nacimiento y edad
- c. Número de cédula o pasaporte
- d. La indicación si la persona es Zurdo o no
- e. Nombre de beneficiarios y parentesco
- f. Duración del evento (No. de días), fecha de inicio y término del evento,
- g. En el caso de la modalidad Actividad 24 horas y/o Actividad horas definidas, deberá informar además la hora de inicio y finalización de cada uno de los eventos.

De no cumplirse con el envío del listado definitivo antes del inicio del evento, la prima se dará por totalmente devengada y no será amparada ninguna reclamación.

Asimismo, con el fin de mantener actualizados los registros de los asegurados, el Tomador del seguro en el caso de la modalidad colectiva, deberá entregar de forma mensual lo siguiente:

1. Un reporte de las variaciones registradas, dicho informe deberá presentarlo dentro de los primeros diez (10) días naturales de la fecha de renovación siguiente ya sea mensual, trimestral, semestral o anual. El reporte de variaciones contendrá la siguiente información:
 - a) **Inclusiones:** Nombre completo de los solicitantes, tipo y número de identificación, estado civil, escolaridad, ocupación, fecha de nacimiento, nacionalidad, género, dirección exacta, Apartado, teléfono (s), lugar de residencia, ingreso mensual aproximado, sitio web, dirección electrónica, cuenta cliente y su respectivo banco emisor, nombre del patrono, teléfono del patrono y fax del patrono fecha de ingreso al grupo asegurado, fecha de ingreso al seguro, suma asegurada solicitada para cada uno de ellos y pruebas de asegurabilidad si fueren requeridas por el Instituto.
 - b) **Exclusiones:** Nombre completo, número de identificación, número de certificado, suma asegurada.
 - c) **Cambios de monto:** Nombre completo, número de identificación, número de certificado, monto anterior y nuevo monto.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Las variaciones de pólizas, independientemente de su forma de pago, reportadas luego del período indicado, entrarán en vigor a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que fueron reportadas al Instituto.

En caso de que la inclusión del Asegurado requiera de la aceptación del riesgo, se tomará como fecha de inclusión la indicada por el aceptador del riesgo, para lo cual se calculará el ajuste correspondiente, excepto para las pólizas con forma de pago mensual para las cuales se tomará como fecha de inclusión del Asegurado, la fecha de renovación mensual siguiente a la fecha de aceptación.

2. Deberá recopilar la información para los trámites de reclamos de los asegurados.
3. En caso de que el Tomador y el Instituto decidan modificar o terminar el contrato, deberán establecer los mecanismos de comunicación al Asegurado de tal decisión, con al menos un mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, a efectos de que sus intereses no se vean afectados.
4. Migración de pólizas colectivas:
Cuando el tomador de un seguro colectivo decida unilateralmente cambiar el intermediario de seguros que administra la póliza colectiva contributiva, o su póliza colectiva contributiva por una nueva suscrita por un asegurador distinto o por el mismo asegurador, deberá comunicar a cada asegurado, con al menos un mes de anticipación a la fecha efectiva del cambio, según las disposiciones establecidas en el Reglamento sobre Seguros Colectivos.

Todos los reportes a presentar ante el Instituto mencionados anteriormente, deberán ser entregados por los medios electrónicos definidos y con la estructura de datos suministrada por el Instituto.

CLÁUSULA XIII. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud y/o declaraciones falsas en que deliberadamente incurra el Tomador y/o Asegurado o el Beneficiario, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la emisión del seguro o en la ocurrencia del siniestro.

Para los casos en que dicha omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida en la que se haya efectuado el pago de prima, el Instituto devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en la Cláusula de Cancelación Anticipada de la póliza.

Si la omisión o inexactitud no es intencional se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo treinta y dos (32).



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XIV. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Habiendo sido establecida la prima de acuerdo con las características de riesgo declaradas por el Tomador del seguro y/o Asegurado, éste deberá comunicar al Instituto los cambios o las agravaciones, aun cuando fueran temporales, que pudieren afectar la base de contratación, dentro de los diez (10) días hábiles de antelación a la fecha en que se inicie la agravación del riesgo, si éstos dependen de la voluntad del Asegurado. Si los cambios o agravaciones no dependen de la voluntad del Asegurado, éste deberá notificarlos al Instituto dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al momento en que tuvo o debió tener conocimiento de éstos.

El Instituto contará con un plazo de treinta (30) días naturales para pronunciarse sobre las condiciones para la continuación de la póliza y podrá rescindir el contrato, proponer la modificación o aceptar la variación sin mayor requerimiento. En caso de rescisión devolverá la prima pagada no devengada una vez deducidos los gastos administrativos en un plazo de diez (10) días hábiles.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra más peligrosa que la declarada en esta póliza y posteriormente al cambio de ocupación sufriera lesiones mientras esté ejecutando algún acto propio de la nueva ocupación, la indemnización será la que corresponda a las coberturas que hubiera podido comprar con la prima pagada y para la clasificación del nuevo riesgo.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra calificada como no asegurable la póliza quedará rescindida de pleno derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado su ocupación y se devolverán las primas pagadas no devengadas a partir del cambio mencionado, en un plazo de diez (10) días hábiles.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra de menor riesgo que la declarada en esta póliza, el Instituto reducirá la prima estipulada, según la tarifa correspondiente y devolverá en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del momento en que se notifique esta circunstancia o se tenga conocimiento de ella, el exceso de prima pagada y no devengada.

CLÁUSULA XV. REGISTRO DE ASEGURADOS

El Instituto llevará un registro en la modalidad colectiva, que incluirá los siguientes datos:

1. Para el Tomador del seguro: nombre o razón social, número de personería jurídica, actividad económica, dirección exacta, apartado, teléfono (s), fax, sitio web, dirección electrónica, número de cuenta cliente con su respectivo banco emisor y la cantidad de empleados.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

2. Para cada uno de los Asegurados: nombre, edad, género, número de identificación, estado civil, escolaridad, fecha de nacimiento, nacionalidad, lugar de residencia, suma asegurada de cada uno, dirección exacta, apartado, teléfono (s), fax, ingreso mensual aproximado, sitio web, dirección electrónica, nombre del patrono, teléfono del patrono y (fax del patrono, fecha en que entran en vigor los seguros, fecha de terminación de los seguros y números de los certificados individuales.
3. En la fecha de renovación anual del contrato, el Instituto entregará al Tomador del seguro un reporte completo de asegurados indicando para cada uno: Nombre completo del Asegurado, número de identificación, género, número de certificado y suma asegurada individual; así como la suma asegurada total a fin de mantener actualizada la nómina de asegurados. El Tomador del seguro deberá revisar dicho listado y validar la información aportada, caso contrario deberá solicitar las modificaciones respectivas.

CLÁUSULA XVI. COOPERACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, el Asegurado o Beneficiario queda obligado a cooperar con el Instituto, aportando las pruebas que posea y participando en las diligencias en que se requiera su participación personal, con el fin de establecer la verdad real de los hechos y circunstancias que causaron el siniestro y determinar la cuantía de la indemnización.

Este deber de cooperación deberá ser necesario, razonable, proporcional y posible de cumplir por parte del Asegurado o Beneficiario.

Cuando sea necesaria su cooperación, el Instituto notificará al Asegurado o Beneficiario en el domicilio contractual estipulado en la póliza, con la indicación expresa de lo requerido.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que impida al Instituto constatar las circunstancias en que ocurrió el siniestro y determinar la pérdida, liberará a este de su obligación de indemnizar.

CLÁUSULA XVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

El Asegurado y/o Tomador se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplir con la Política Conozca a su Cliente, asimismo se compromete a realizar la actualización de los documentos, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XVIII. OTROS SEGUROS

Cuando existan otros seguros contratados con el Instituto que amparen el mismo riesgo, esta póliza operará en exceso de las coberturas otorgadas por esos seguros, ya sean obligatorios o voluntarios. Esta disposición no aplica para la cobertura de Muerte Accidental.

En caso de que el otro seguro sea contratado con una aseguradora diferente al Instituto, la indemnización será el resultado de distribuir los gastos incurridos, proporcionalmente al monto asegurado en su póliza, en relación con el monto total asegurado por todos los seguros.

El Asegurado o el Beneficiario deberá declarar al momento del siniestro sobre la existencia de otras pólizas que amparen el mismo riesgo, así como también detalle de dichas pólizas que contengan al menos la siguiente información: Compañía Aseguradora, Número de Contrato, Línea de Seguro, Vigencia y Monto Asegurado.

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA XIX. PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima que se establece para esta póliza se detalla en las Condiciones Particulares y se determinará con base en las ocupaciones de los asegurados y el riesgo que representan.

El Tomador del Seguro podrá escoger entre tarifas por grupos etarios o tarifas niveladas para todo el grupo.

La prima pagada de un período una vez transcurrido o vencido éste, se dará por totalmente devengada.

CLÁUSULA XX. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, que podrá acreditarse también de manera fraccionada según la frecuencia escogida, a saber: mensual, trimestral o semestral, considerando el recargo correspondiente por fraccionamiento y de acuerdo con las primas vigentes a la fecha de emisión, renovación o prórroga tácita o expresa de esta póliza.

Si el Asegurado Directo y/o Tomador del seguro selecciona una forma de pago diferente de la anual deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, según se detalla en el cuadro adjunto y en las Condiciones Particulares.

Forma de Pago	Porcentaje de Recargo	Forma de Cálculo de la Prima
---------------	-----------------------	------------------------------



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Mensual	7%	Prima anual * 0.0892
Trimestral	6%	Prima anual * 0.2650
Semestral	4%	Prima anual * 0.5200

Para las pólizas que se emiten por períodos menores a un año (corto plazo) su prima se calcula como una proporción de la prima anual, de acuerdo con la cantidad de días de cobertura elegidos por el Tomador del seguro y/o Asegurado.

En el caso de los contratos colectivos se ofrece la opción de Prima Provisional de Depósito, en la cual el Instituto define una prima provisional que será liquidada al final del período, tomando en cuenta el monto asegurado solicitado por el Tomador del Seguro y el número de personas estimado a asegurar. La prima provisional queda sujeta al ajuste correspondiente al concluir la vigencia de la póliza.

El Tomador del seguro debe presentar mensualmente por escrito al Instituto, los reportes de los asegurados debidamente firmados por él o su representante legal. Estos reportes deberán ser entregados dentro de los primeros veinte (20) días naturales del mes siguiente.

La prima definitiva del seguro será la resultante de multiplicar el monto asegurado real cubierto por la tarifa establecida y el número de personas efectivamente aseguradas de acuerdo con las Condiciones Particulares de esta póliza.

Al final del período se realiza el proceso de liquidación que consiste en una comparación de primas de acuerdo con el número de personas estimadas a asegurarse con el dato real de personas aseguradas.

Si la prima definitiva fuera menor a la provisional, se devuelve el exceso en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

Si la prima definitiva fuera mayor a la provisional, el Asegurado deberá pagar la diferencia al Instituto.

Para ambas modalidades, los pagos de primas se podrán realizar en las Sedes o Puntos de Venta del Instituto. Estos pagos deberán realizarse al Instituto en efectivo, tarjeta de crédito o débito, depósito bancario o transferencia bancaria. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción.

La prima deberá pagarse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato, la fecha acordada de pago en los casos de pago fraccionado, el inicio de la vigencia de una prórroga o renovación del seguro, según corresponda.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, el INSTITUTO quedará facultado para dar por terminado el contrato de seguros, de conformidad con lo establecido en el artículo 37, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En caso de indemnización por muerte accidental del Asegurado, del monto a pagar se deducirá el pago correspondiente para completar la prima anual, independientemente de la forma de pago elegida.

CLÁUSULA XXI. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto brindará un período de gracia de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, para el pago de la prima cuando la forma de pago elegida por el Tomador del seguro y/o Asegurado sea mensual, trimestral o semestral.

Si la forma de pago de prima elegida por el Tomador del seguro y/o Asegurado es anual, se establece un período de gracia de veinte (20) días hábiles, siguientes al vencimiento del seguro.

Si durante el período de gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto pagará la indemnización correspondiente, de la que deducirá el importe por la prima pendiente de pago para completar la prima anual.

Los pagos de primas se harán en cualquier Sede del Instituto. No se considerará como efectuado el pago de la prima a menos que conste en el recibo oficial expedido por el Instituto.

SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN:

CLÁUSULA XXII. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN:

Cuando se dé una prórroga o renovación, se podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares, mediante un estudio tarifario, el cual contempla la siniestralidad del período y la composición del grupo asegurado, las modificaciones, serán informadas con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

SECCIÓN H. RECARGOS Y DESCUENTOS:

CLÁUSULA XXIII. RECARGOS Y DESCUENTOS

Tanto en la emisión del seguro como en las renovaciones o prórrogas se podrán establecer recargos o descuentos a la prima, los mismos dependerán de las características del grupo a



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

asegurar. Estas variables se indicarán en las Condiciones Particulares de este contrato y serán negociadas previamente con el Asegurado y/o Tomador.

Asimismo, se aplicará de acuerdo con la modalidad elegida, lo siguiente:

1. Para la modalidad individual, no hay aplicación de porcentajes.
2. Para la modalidad colectiva, se aplicará la siguiente tabla:

Tabla de descuentos por volumen de aseguramiento		
Rango de asegurados		% Descuento
Desde	Hasta	
1	10	0%
11	30	2,5%
Más de 31		5%

CLÁUSULA XXIV DESCUENTOS O RECARGOS POR SINIESTRALIDAD

El Instituto podrá aplicar descuentos o recargos sobre la prima de acuerdo a la siniestralidad que presente la póliza, éstos se definirán en la renovación anual de esta y se deberán comunicar al Tomador del Seguro con al menos treinta (30) días naturales de antelación.

Para obtener el descuento o recargo, se calculará la razón de siniestralidad, que es el resultado de dividir los montos por concepto de siniestros incurridos (siniestros pagados más siniestros pendientes) entre la prima totalmente devengada, de acuerdo con el resultado obtenido se aplicará un porcentaje a la prima, según el siguiente detalle:

Modalidad Colectiva

Descuentos por siniestralidad	
Porcentaje Siniestralidad	Descuento
De 0% a 15%	20%
Más de 15% a 40%	10%
Más de 40%	0%

Recargos por siniestralidad	
Porcentaje Siniestralidad	Descuento
Hasta 45%	0%
Más de 45% a 60%	15%
Más de 60% a 75%	30%



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Más de 75% a 100%	50%
Más de 100%	70%

Modalidad Individual

Descuentos por siniestralidad	
Porcentaje Siniestralidad	Descuento
De 0% a 15%	8%
Más de 15% a 30%	4%
Más de 30%	0%

Recargos por siniestralidad	
Porcentaje Siniestralidad	Descuento
Hasta 45%	0%
Más de 45% a 60%	4%
Más de 60% a 75%	8%
Más de 75% a 100%	14%
Más de 100%	20%

Los descuentos podrán aplicarse a partir de la tercera renovación de la póliza. En el caso de las pólizas que presenten una siniestralidad adversa, se realizará la aplicación de recargos a partir de la siguiente renovación.

Para los contratos individuales se considerarán los siniestros incurridos a partir del segundo evento, cuando sólo se presente un evento durante el período de estudio, no se aplicará ningún descuento o recargo a la prima.

El período de análisis para la razón de siniestralidad corresponde a años completos, donde el mínimo puede ser dos años y hasta un máximo de cinco años, tomando la totalidad de datos existentes.

Adicionalmente se podrá aplicar estos recargos y descuentos desde la emisión a negocios que provengan de otras aseguradoras siempre y cuando aporten información sobre la siniestralidad del contrato de períodos anteriores.

CLÁUSULA XXV DESCUENTOS O RECARGOS COMERCIALES



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

El Instituto podrá establecer recargos o descuentos a la prima por razones comerciales o por las características propias del riesgo a asegurar dentro de los parámetros técnicos establecidos para este producto.

SECCIÓN I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXVI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Para gozar de la cobertura de esta póliza, el Tomador del seguro y/o Asegurado o Beneficiario cuenta con noventa (90) días naturales posteriores a la fecha del accidente para la presentación de los requisitos que se enumeran de seguido.

Dicho plazo podrá ampliarse por el Instituto siempre que el Tomador del seguro y/o Asegurado o Beneficiario demuestre la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la información médica del Asegurado el trámite del reclamo será realizado por él directamente, sin intervención del Tomador del seguro.

En toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción del Instituto y por cuenta del reclamante la ocurrencia del siniestro; así como la erogación de los gastos. Para ello, deberá aportar los siguientes requisitos:

1. Cobertura de Gastos Médicos

- a. El formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado o el certificado del médico tratante, con el diagnóstico y la evolución en tiempo (días).
- b. Facturas canceladas de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo
- c. Recetas de medicamentos, prescripciones y resultados de exámenes de laboratorio, radiológicos u otro examen para diagnóstico.
- d. El Asegurado o su representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.
- e. Adicionalmente, para los accidentes que sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas se debe presentar copia del Expediente Médico del Asegurado confeccionado y firmado por el médico tratante.

2. Cobertura de Fallecimiento por Accidente

- a. Carta del Beneficiario solicitando la indemnización.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

- b. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- c. Fotocopia de ambos lados del documento de identificación, tanto del beneficiario como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d. Copia del expediente judicial certificado que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre. Si el deceso ocurre en el extranjero este documento debe entregarse debidamente apostillado.
- e. El Beneficiario debe firmar la boleta de autorización para revisión o reproducción física de los expedientes clínicos o administrativos de la CCSS, Clínica de Medicina Legal, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Seguros u otros Centros o Clínicas donde el Asegurado fue atendido.
- f. Si el fallecimiento se presenta fuera de Costa Rica, debe aportar, además: la Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir). Este documento debe entregarse debidamente consularizado.
- g. En caso de fallecimiento de un asegurado dependiente, se debe presentar documento extendido por el Registro Civil en el que se demuestre el nexo familiar del fallecido con el Asegurado (cónyuge o hijos). En caso de fallecimiento del conviviente, el Asegurado deberá aportar una declaración jurada ante Notario Público, en la que declare la convivencia con la persona fallecida conforme la definición existente en las condiciones generales de la póliza y el tiempo de convivir.

3. Cobertura de Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente

- a. Carta del Asegurado solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia del documento de identificación (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- c. Diagnóstico médico en el que se determine que, por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental por el accidente, el Asegurado perdiera el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual y se indique que la incapacidad se otorga NO SUJETA A REVISION, el diagnóstico y la fecha exacta de la valoración médica que dispuso la incapacidad.
- d. Aportar los documentos probatorios de que se encontraba laborando permanentemente cuando se le otorgó la declaratoria médica de la incapacidad total y permanente, puede ser cualquiera de los siguientes:
 - Copia de la declaración anual del Impuesto de la Renta.
 - Copia del contrato de servicios.
 - Certificación expedida por el patrono.

El Asegurado o el representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

4. Cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente

- a. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
- b. Certificado de incapacidad extendido por el ente que lo incapacita (Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) o Instituto Nacional de Seguros.
- c. El Asegurado o el representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.
- d. Copia de las ordenes patronales de los últimos seis (6) meses o certificación extendida por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.).
- e. Constancia de salario o, en caso de tener ingresos propios, una constancia del contador público autorizado que indique el ingreso de los últimos seis (6) meses.

El Asegurado tendrá derecho a apelar las resoluciones ante el Instituto dentro del plazo de prescripción señalado en este contrato.

CLÁUSULA XXVII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Los gastos médicos por accidente se indemnizarán de la siguiente manera:

A. Utilización de servicios por libre elección médica

El Asegurado cuenta con libre elección médica, por lo que puede optar por recibir atención en el hospital o clínica de su preferencia.

Los gastos en que éste incurra serán indemnizados por el Instituto de acuerdo con el costo de servicios médicos, sujeto a las siguientes condiciones:

a. Deducible y coaseguro

- i. Primero se aplica un deducible del diez por ciento (10%) al total de los gastos con un mínimo de ₡20.000,00 (veinte mil colones) o \$40 (cuarenta dólares) según la moneda elegida por el asegurado.
- ii. Posteriormente se aplica, un coaseguro del veinte por ciento (20%) en los gastos presentados por concepto de hospitalización y cirugía que requieran asistente y/o anestesista.

- b. Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente se indemnizarán de acuerdo con las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica vigentes en el momento del accidente.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

- c. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionados con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:
- i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio, hospital o clínica más cercano o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura, se autoriza una segunda atención. En este caso se aplicará solamente el diez por ciento (10%) de deducible.
 - ii. No se pagarán más de dos (2) consultas por accidente. Si la segunda consulta no es por fractura, se aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
 - iii. El número de sesiones de rehabilitación se limita a diez (10) por accidente, máximo veinte (20) por año póliza, indistintamente del número de eventos presentados por el Asegurado. Cuando en un mismo evento se requieran más de diez (10) sesiones, deberá solicitarse de previa autorización al Instituto, quien se reservará el derecho de valorar al Asegurado, antes de brindar su consentimiento hasta el límite de veinte (20) sesiones indicado. A todas las terapias se le aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
 - iv. Para el pago de los inmovilizadores y estabilizadores u otros implementos ortopédicos se aplicará, al costo de servicios médicos, un deducible del diez por ciento (10%) y un coaseguro del cuarenta por ciento (40%).
 - v. Se consideran dentro de las especialidades de medicina del deporte y ortopedia los problemas relacionados con músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, bursas, meniscos y cartílagos.

B. Utilización de la Red de Servicios de Salud del INS

El Asegurado puede optar por recibir atención médica en la Red de Servicios de Salud, para lo cual se procederá de la siguiente manera:

- a. Para la atención del Asegurado, éste debe presentar una orden de atención médica extendida por alguna Sede del Instituto, sujeto a las siguientes condiciones:
 - i. No se limita la cantidad de consultas.
 - ii. No se aplicará deducible ni coaseguro.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

- b. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionadas con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:
- i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio o clínica más cercana o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura se autoriza una segunda atención.
 - ii. El tratamiento subsecuente podrá realizarse en la Red de Servicios de Salud o mediante libre elección médica del Asegurado.
 - iii. Los beneficios se aplicarán de la siguiente manera, siempre y cuando el monto asegurado lo permita:
 1. No se limita la cantidad de sesiones de rehabilitación.
 2. Hospital del Trauma, previa valoración y prescripción médica, suministrará los inmovilizadores y estabilizadores, tales como: rodilleras, tobilleras, muñequeras, coderas, fajas lumbares, musleras, soportes de cadera u otros implementos ortopédicos.
 3. Traslado desde fuera del Gran Área Metropolitana, al Hospital del Trauma. Se le pagarán viáticos por los siguientes conceptos:
 - a) Por transporte automotor, los cuales serán reconocidos de acuerdo con las tarifas autorizadas por el Ministerio de Obras Públicas y Transporte (M.O.P.T).
 - b) Por gastos de alimentación y/u hospedaje, reconocidos conforme a los límites anuales establecidos para el régimen de Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores.

Si el paciente es menor de edad, se cubrirán además los gastos de un acompañante.

No se reconocerán viáticos si el traslado es dentro del Gran Área Metropolitana.

Dichos rubros serán deducidos de la cobertura de Gastos Médicos, sin la aplicación del deducible y coaseguro.

4. El Instituto pagará los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren necesarios para diagnosticar y tratar las lesiones sufridas en un accidente.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Indiferentemente si el asegurado opta por la libre elección médica o por la Red de Servicios de Salud del INS, el límite de la cobertura está sujeta al monto asegurado para Gastos Médicos.

CLÁUSULA XXVIII. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Indemnizaciones de Gastos Médicos e Incapacidad Temporal o Permanente:
 - a. Las indemnizaciones previstas en esta póliza serán pagadas en su totalidad al Asegurado o a su representante legal según corresponda, tan pronto como el Instituto haya recibido y aprobado la evidencia del hecho y la causa del accidente.
 - b. El Asegurado autoriza expresamente al Instituto, para consultar, recopilar y obtener copia de toda la información contenida en sus expedientes en centros hospitalarios, clínico o consultorio, ya sea en Costa Rica o en cualquier parte del mundo.

Asimismo, se someterá a las revisiones médicas requeridas para el pago el reclamo.

- c. El Instituto sólo pagará los honorarios de médicos legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, y los gastos de internación efectuados en clínicas, centros médicos u hospitales legalmente autorizados.
- d. La indemnización por incapacidad temporal se calculará con base en el salario reportado al momento de la emisión. Si éste es mayor que el salario consignado en la constancia de salario presentada al momento de la indemnización será éste último el que se tomará como base para la indemnización. En este caso se realizará la devolución de la diferencia de primas que corresponda en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del momento del pago de la indemnización.

2. Indemnizaciones por Muerte Accidental

La indemnización por fallecimiento del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en las condiciones particulares.

CLÁUSULA XXIX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

El Instituto brindará respuesta mediante resolución motivada y escrita dentro de los treinta (30) días naturales contados a partir de la presentación de la reclamación que realice el Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario.

El Instituto efectuará el pago cuando corresponda en un plazo máximo de treinta (30) días naturales.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Para informar sobre el siniestro o para consultar por el pago de la indemnización el Asegurado o el beneficiario se pueden comunicar al teléfono 800 - TeleINS (8008353467), enviar un correo electrónico a la dirección contactenos@ins-cr.com.

CLÁUSULA XXX. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

- 1. Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo, el Instituto comunicará por escrito la decisión al Asegurado, a la última dirección conocida por éste.
- 2. Apelación:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo dentro del plazo establecido en la Cláusula Prescripción, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.
- 3. Solicitud de revisión del monto indemnizado:** En caso de que el Asegurado no esté de acuerdo con el costo de servicio médico de un gasto incurrido y que haya sido indemnizado por el Instituto, podrá solicitar por escrito una revisión del reclamo. El Instituto estará en la obligación de analizar los costos indemnizados y determinar si corresponden al costo de servicios médicos.

SECCIÓN J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XXXI. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Este seguro ofrece dos formas diferentes de aseguramiento a elección del Asegurado y/o Tomador:

- 1. Anual Renovable:** vigencia por un año, renovable por períodos iguales si el Tomador del seguro y/o Asegurado no manifestare su opinión en contrario y pague la prima de renovación correspondiente.
- 2. Corto Plazo:** vigencia menor a un año. En la vigencia de corto plazo se ofrecen dos modalidades:
 - a. Cobertura Actividad 24 horas:** Esta modalidad se ofrece para aquellas actividades que se realizan en un periodo de tiempo establecido en la cual no hay interrupción de días, es decir la actividad se realiza días continuos. Y se dará cobertura a los accidentes que sufra el Asegurado durante las veinticuatro (24) horas del día.
 - b. Cobertura actividad horas definidas:** Esta modalidad se ofrece para aquellas actividades que se realizan en un periodo establecido en la cual actividad se puede realizar en días continuos o no continuos. Se dará cobertura únicamente el tiempo de



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

duración de cada uno de los eventos definido por el Tomador del Seguro en la solicitud de seguro.

La vigencia de la póliza iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado en el caso de los contratos colectivos, la cual permanecerá vigente mientras esté incorporado a la póliza.

No obstante, puede ser prorrogable tácitamente y/o renovable e indefinidamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes, exprese por escrito lo contrario con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento, o bien elija la opción de corto plazo.

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA XXXII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA

Con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento de la vigencia anual, el Instituto informará al Asegurado y/o Tomador del seguro las modificaciones a las condiciones o tarifas de esta póliza que se incorporarán a partir de la siguiente renovación anual, las cuales se incluirán vía addendum. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la siguiente vigencia.

El Asegurado y/o Tomador del seguro también podrá solicitar las siguientes modificaciones en las condiciones de la póliza:

1. Cambio en la forma de pago.
2. Aumento o disminución de monto asegurado
3. Inclusión o exclusión de las coberturas adicionales.
4. Ajuste de vigencia anual del seguro.

Estas modificaciones deben solicitarse por escrito al Instituto con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación en la próxima vigencia de la póliza.

CLÁUSULA XXXIII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza terminará para cada uno de los Asegurados cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del Tomador del Seguro solicitando la exclusión del Asegurado.
2. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta del Tomador del seguro y/o Asegurado de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Omisión y/o Inexactitud de esta póliza y el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

3. Para la modalidad colectiva, cuando el grupo asegurado cuente con menos de diez (10) personas.
4. Los hijos del Asegurado cumplan la edad de veinticinco (25) años.
5. Por falta de pago de primas de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

CLÁUSULA XXXIV. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Si el Asegurado y/o Tomador decide no mantener el seguro, deberá comunicarlo por escrito al Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación.

En tal caso el Instituto cancelará el contrato en la fecha señalada expresamente por el Asegurado y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

Cuando la cancelación se produzca antes de finalizar la vigencia de la póliza, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en la siguiente Tabla de Cancelación, para lo cual deberá reembolsar al Asegurado Directo y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos presentados durante la vigencia.

Modalidad Colectiva

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	42%
Más de 5 días naturales hasta 35 días naturales	48%
Más de 35 hasta 65 días naturales	54%
Más de 65 hasta 95 días naturales	61%
Más de 95 hasta 125 días naturales	67%
Más de 125 hasta 155 días naturales	72%
Más de 155 hasta 185 días naturales	77%
Más de 185 hasta 215 días naturales	82%
Más de 215 hasta 245 días naturales	86%
Más de 245 hasta 275 días naturales	90%
Más de 275 hasta 305 días naturales	94%
Más de 305 hasta 335 días naturales	97%
Más de 335 hasta 365 días naturales	100%

Modalidad Individual o grupo familiar



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	47%
Más de 5 días naturales hasta 35 días naturales	53%
Más de 35 hasta 65 días naturales	59%
Más de 65 hasta 95 días naturales	64%
Más de 95 hasta 125 días naturales	70%
Más de 125 hasta 155 días naturales	75%
Más de 155 hasta 185 días naturales	79%
Más de 185 hasta 215 días naturales	84%
Más de 215 hasta 245 días naturales	88%
Más de 245 hasta 275 días naturales	91%
Más de 275 hasta 305 días naturales	94%
Más de 305 hasta 335 días naturales	97%
Más de 335 hasta 365 días naturales	100%

Para la modalidad Corto Plazo si el Asegurado y/o Tomador solicita la cancelación antes del inicio de la vigencia del contrato, se reembolsará al Tomador la prima no devengada a prorrata deduciendo el gasto administrativo. Si la solicitud es posterior a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza la prima se dará por devengada.

Cuando corresponda la devolución de la prima, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

SECCIÓN K. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

1. Individual
2. Colectivo:
 - a) **Contributiva**
Los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
 - b) **No Contributiva**
El Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

La modalidad contratada se definirá en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XXXVI. EDADES DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

1. Edades de contratación

Asegurado	Rango de Edad
Para el Asegurado	0 años en adelante
Para el cónyuge o conviviente del Asegurado	15 años en adelante
Para los hijos del Asegurado:	
Muerte accidental	De 0 años a 21 años
Incapacidad total y/o parcial permanente por accidente	De 14 años a 21 años
Gastos médicos por accidente	Desde 0 años a 21 años

2. Edades de cobertura

Para el Asegurado y el cónyuge o conviviente no existe límite de cobertura.

Para los hijos dependientes la edad máxima de protección es de veinticinco (25) años.

En caso de pólizas colectivas de corto plazo y prima provisional de depósito, la edad de contratación será a partir de los 0 (cero) años; no obstante, no se ofrece la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente a los asegurados entre cero (0) y catorce (14) años.

CLÁUSULA XXXVII. CERTIFICADOS DEL SEGURO

El Instituto confeccionará los certificados de cada Asegurado, los cuales se entregarán al Intermediario de seguros para su distribución.

Cuando se trate de pólizas de corto plazo en las que se asegura la totalidad de personas que participan en actividades masivas, que no puedan ser identificadas de previo a la emisión del seguro, el Instituto no entregará certificados.

CLÁUSULA XXXVIII. DOMICILIO CONTRACTUAL



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

El domicilio contractual, es la dirección anotada por el Tomador del seguro y/o Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto. Tratándose de los Asegurados corresponde a la dirección reportada por el Tomador para cada uno de ellos.

CLÁUSULA XXXIX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

CLÁUSULA XL. COMISIÓN DE COBRO

Para la Modalidad Contributiva en Contratos Colectivos., por la recaudación de las primas el Instituto reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLÁUSULA XLI. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Al finalizar cada año póliza y en caso de que se generen utilidades en la administración de este seguro por experiencia siniestral favorable, el Instituto podrá reconocer un porcentaje por participación de utilidades a los Clientes Estratégicos o Clientes Claves asegurados, que tengan suscrita la modalidad Colectiva No Contributiva, mediante pago en efectivo o rebajo en las primas del siguiente período, según se indique en la Cláusula Participación de Utilidades de las Condiciones Particulares.

La participación no se otorga si el seguro se apega a la Ley de Asociaciones Cooperativas y creación del INFOCOOP No.4179.

Esta liquidación se calculará al final del año póliza respectivo, de la siguiente forma:

- a. Del total de las primas ganadas anuales (primas brutas menos devoluciones sobre primas), se deducirán los gastos operativos y las sumas pagadas por concepto de siniestros incurridos durante el año y los siniestros incurridos pendientes de pago, el remanente si lo hubiere, será la utilidad a repartir.

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



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

- b. 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 el Instituto efectuar los ajustes técnicos correspondientes para garantizar suficiencia de prima por el riesgo que el negocio representa.
- c. Si existiera un reclamo pagado o una devolución de primas, que no se contempla en el cálculo del período liquidado que le corresponde, el Instituto podrá incluirlo en la liquidación del período siguiente.
- d. 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.

CLÁUSULA XLII. 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 del seguro y/o 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.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador del seguro y/o Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

En caso de que el Tomador del seguro y/o Asegurado no desee continuar con la póliza el Instituto devolverá la prima pagada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA XLIII. SUBROGACIÓN

El Asegurado cederá al Instituto sus derechos, privilegios y acciones de cobro contra terceros responsables del siniestro, hasta la suma indemnizada. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto atribuible al Beneficiario, el Instituto podrá requerirle el reintegro de la suma indemnizada.

CLÁUSULA XLIV. PRESCRIPCIÓN

Los derechos derivados de este contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

CLÁUSULA XLV. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre el Asegurado y/o Tomador y el Instituto, se efectuarán en la moneda en que se haya pactado el seguro.

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue adquirida la póliza, el Tomador del seguro podrá pagar según el tipo de cambio vigente del día de pago, en el Banco o institución en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.

SECCIÓN L. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XLVI. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta Póliza, se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus Reglamentos, el Código de Comercio y el Código Civil.

CLÁUSULA XLVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto y el Asegurado, los lesionados y/o los beneficiarios, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de esta Póliza podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

SECCIÓN M. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLAUSÚLA XLVIII COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta Póliza, serán remitidas por el Instituto directamente al Asegurado y/o Tomador, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien, enviarlos por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado y/o Tomador en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO CONDICIONES GENERALES

El Asegurado y/o Tomador, deberá reportar por escrito al Instituto el cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección reportada.

SECCIÓN N. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XLIX. 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 número P16-33-A01-059 **V7 de fecha 17 de noviembre del 2020.**