PÓLIZA COLECTIVA DE VIDA (DOLARES)

ALLYIS TECHNOLOGY SOLUTIOS S.R.L

Lugar de Emisión: Escazú, San José
Fecha de Emisión: 01 de julio de 2023
Número de Póliza: CRVC000001128
Vigencia: 01 de julio de 2026 hasta 30 de junio de 2027
Nombre del Tomador: ALLYIS TECHNOLOGY SOLUTIOS S.R
Número de Cédula Jurídica: 3-102-773538
Modalidad: No Contributiva
Correo: josseline@allyis.com
Dirección: San José, Pavas, Central

1. PERSONAS ASEGURADAS

Para los efectos de esta póliza se entenderá como Asegurados a todos los miembros del Grupo que conforman **ALLYIS TECHNOLOGY SOLUTIOS S.R.L** que:

1.1. Sea una persona física.

1.2. Haya sido reportada por el Tomador y aceptada por la Compañía.

1.3. Por la cual se paguen las primas.

2. IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO O INTERÉS ASEGURADO

2.1. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

La indemnización respecto a cada Asegurado será por la suma que se indica a continuación:

CUADRO DE CLASIFICACION	
PLAN 1	PLAN TODO EL PERSONAL

San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

BMI - Internal

TABLA DE COBERTURAS

COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO
El presente seguro cubre la muerte por cualquier causa que pudiere ocurrir en cualquier lugar del mundo a los Asegurados, durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, de acuerdo a la vigencia de esta Póliza establecida en el Certificado de la Póliza y en las Condiciones Particulares, con excepción de lo estipulado en la Cláusula 22.- Exclusiones, y dentro de las limitaciones expresadas en esta Póliza, hasta los límites estipulados en el Certificado de la Póliza y/o en las Condiciones Particulares.

COBERTURAS ADICIONALES
Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Enfermedad Terminal
Aditamento de Adelanto de la Suma Asegurada Básica para Gastos Funerarios
Aditamento de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Incapacidad Total y Permanente
Aditamento de Muerte y/o Desmembramiento Accidental

SUMAS ASEGURADAS	
COBERTURAS	**PLAN TODO EL PERSONAL**
Cobertura Básica	$10.000
Adelanto Enfermedad Terminal	50% de la Suma Asegurada
Adelanto Gastos Funerarios	$2.000
Adelanto Incapacidad Total y Permanente	$10.000
Muerte y/o Desmembramiento Accidental	$10.000

San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

- Tabla de Porcentajes de Indemnización para el Aditamento de Muerte y/o Desmembramiento Accidental:

DESCRIPCION DE LA PÉRDIDA	% INDEMNIZACION
La vida	100%
Pérdida total e irrecuperable de la vista (ambos ojos)	100%
Pérdida total e irrecuperable de la audición de ambos oídos	100%
Pérdida total e irrecuperable del habla y la audición	100%
Pérdida total e irrecuperable de ambos brazos o ambas manos	100%
Pérdida total e irrecuperable de ambas piernas o ambos pies	100%
Pérdida total e irrecuperable de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida total e irrecuperable de una mano y un pie o de un brazo y un pie	100%
Pérdida total e irrecuperable de la visión en un ojo y una extremidad	100%
La pérdida de una extremidad	50%
Pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición	50%
Pérdida total e irrecuperable de un ojo	50%
Pérdida total e irrecuperable de un ojo u oído o de un miembro	50%
Pérdida de dedo pulgar e índice	25%
Pérdida de dedo pulgar	20%
Pérdida de dedo índice	15%
Pérdida de otros dedos de la mano	6%
Pérdida de dedo gordo del pie	6%
Pérdida de otro dedo del pie	5%

- La Compañía de Seguros no pagará el monto contratado bajo esta Póliza, si el fallecimiento del Asegurado ocurre a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), durante los primeros veinticuatro (24) meses de incluido al Asegurado en la Póliza.
- La Compañía de Seguros no pagará el monto contratado bajo esta Póliza, si el fallecimiento del Asegurado ocurre a causa de suicidio durante los primeros veinticuatro (24) meses de incluido al Asegurado en la Póliza.
- Cada nuevo Asegurado debe de presentar su respectiva “Solicitud de Inscripción”.
- La Compañía de Seguros se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier riesgo sujeto a estudio en un plazo de 30 días naturales, después de recibida la información de emisión completa por parte del Tomador.
- La Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar a los Asegurados cualquier examen médico que se considere necesario para la evaluación del riesgo en el proceso de inclusión del Propuesto Asegurado en la Póliza.
- Cualquier cambio en el censo y/o reporte de siniestros, genera una reevaluación de la propuesta por parte de la Compañía de Seguros.
- Las primas de renovación estarán sujetas a los beneficios de la Póliza, número de asegurados, estudio de siniestralidad y factores de riesgo del grupo.
- Si al momento de la renovación de la Póliza el número de Asegurados es menor al setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad de Asegurados en la fecha de emisión de la Póliza, o de la cantidad de Asegurados elegibles para el seguro, la Compañía de Seguros podrá cancelar la Póliza notificando al Tomador con al menos 30 días calendarios antes de la fecha efectiva de cancelación.

San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

- Cuando el seguro es de modalidad Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos elegibles para el seguro.
- Una vez transcurrido el periodo de veinticuatro (24) meses a partir del perfeccionamiento del contrato, salvo cuando la persona Asegurada hubiera actuado con dolo, la Compañía de Seguros no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas. También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.
- En el caso del Aditamento de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Incapacidad Total y Permanente, el Asegurado no será sujeto de cobertura si está recibiendo pensión por invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social o de alguna autoridad competente.
- Aquellos Asegurados que no ingresaren al grupo siendo elegibles al momento de la emisión de la Póliza o que no soliciten ingresar al grupo asegurable dentro de los 30 días posteriores a su fecha elegible, o que habiéndolo hecho se hayan retirado del mismo, podrán ingresar a la Póliza previa aceptación expresa de la Compañía de Seguros, la misma que tiene la facultad de negar, limitar o condicionar dicho ingreso. La Compañía de Seguros podrá evaluar el riesgo y se reserva la facultad de otorgar o no la cobertura de condiciones preexistentes, sean éstas declaradas o no. Se define Entrante Tardío a aquel Asegurado que a pesar de ser elegible no ingresó a la Póliza dentro de los primeros 30 días continuos desde la emisión de esta, sino que lo hace posteriormente.

ADMINISTRACIÓN DE PÓLIZA

Se proporcionan dos fechas efectivas a partir de las cuales se pueden emitir las Pólizas, así mismo como su fecha de corte, por lo tanto, todo movimiento debe ser reportado antes de la fecha corte para que pueda ser reflejado en la facturación:

Fecha efectiva	Fecha de corte
1° día del mes	20° de cada mes
15° día del mes	5° día de cada mes

Inclusiones y Exclusiones de Asegurados

Se realiza en máximo 10 días hábiles.

Entrega de facturación al cliente / corredor / agente

Se realiza con un plazo de 10 días hábiles al vencimiento de la factura para su revisión y aprobación.

Pago de Prima

Para el correspondiente pago de la prima, el cliente puede realizarlo directamente en nuestras oficinas, por medio de depósito o transferencia bancaria, o cheque a nombre de Best Meridian Insurance Company. El pago siempre será según la moneda en que se contrate el seguro.

San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

La cantidad pagadera al ocurrir el fallecimiento del Asegurado se abonará cuando se reciba prueba escrita, satisfactoria para la Compañía de Seguros, de la reclamación.

La prueba de reclamación incluirá:

- Certificado de defunción o fallecimiento del Asegurado en donde consta la causa de la muerte expedido por la autoridad competente en el país en donde ocurra el deceso.
- Certificado de nacimiento del Asegurado.
- Copia del documento de identidad del beneficiario y en caso de que éste sea menor de edad deberá aportarse certificación de nacimiento y copia del documento de identidad del padre, la madre sobreviviente o del tutor designado. En caso de que no se hayan designado beneficiarios deberá aportarse certificación notarial o resolución judicial de declaración de herederos.
- En caso de que no se haya designado beneficiarios deberá aportarse certificación notarial o resolución judicial de declaración de herederos.
- Prueba de la edad del Asegurado.
- Formulario Certificación de Permanencia en el Grupo Asegurado, emitido por la Compañía, completado por el Tomador.
- Formulario de Declaración del Reclamante – Reclamo por Fallecimiento, completado por el beneficiario.
- Si el Asegurado al momento de fallecimiento era empleado del Tomador, última Orden Patronal emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Cualquier otra documentación que la Compañía considere razonablemente necesaria.
- Los documentos expedidos en el extranjero deberán estar debidamente apostillados o legalizados por el consulado respectivo.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Ponemos a su disposición el correo: atencionclientecorporativo@bmicos.com para gestionar cualquier consulta que tenga relación con sus beneficios, facturación y demás temas referentes a su Póliza.

Para el ingreso de quejas y recepción de estas, se han previsto los siguientes mecanismos.

1. Teléfono directo de nuestras oficinas (+506) 2228-6069.
2. Directamente en nuestras oficinas.
3. Instancia de Atención al Consumidor de Seguros de BMI www.segurosbmicr.com

La información incluida en la base de datos suministrada para dicha cotización es considerada confidencial, conforme a lo que se establece en el artículo 6 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653, así como lo establecido en la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968.

La información sobre este producto que corresponde a Condiciones Generales, Red Médica y formularios se encuentran ingresando a la página www.segurosbmicr.com

San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com
BMI - Internal

4.2. EXCLUSIONES COBERTURA BASICA

Queda excluida la muerte del Asegurado si esta es debido a cualquiera de las siguientes causas:

a. Suicidio dentro de los dos años después de la fecha efectiva del seguro para el Asegurado, o la fecha de rehabilitación del seguro.
b. Prestar servicio en las fuerzas armadas o fuerzas de policía de cualquier país o cuerpos de bomberos.
c. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra.
d. Transportarse en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.
e. La participación del Asegurado en competencias deportivas a nivel profesional o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña. Se considera que el Asegurado es deportista a nivel profesional cuando este recibe un salario, patrocinio o compensación por la práctica del deporte.
f. Intervenir en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.
g. La participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.
h. Cualquier actividad de naturaleza ilegal o criminal, o la asociación con personas involucradas en dichas actividades.
i. Sobredosis de drogas.

Exclusión por Sida o VIH

La Compañía no pagará el monto contratado bajo esta póliza, si el fallecimiento del Asegurado ocurre a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), durante los primeros veinticuatro (24) meses de incluido al Asegurado en la Póliza.

5. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato está suscrito bajo la siguiente modalidad: No Contributiva.

6. MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN

6.1. La Compañía:

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486
*****
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069 * Tel. USA (786) 536-3651
E-mail:
segurosbmi@bmicos.com
Web: www.segurosbmicr.com

6.2. El Tomador:

Correo: josseline@allyis.com
Dirección: San José, Pavas, Central

7. TEMAS ADICIONALES

8.1. MONEDA

La moneda en la que se realiza este contrato es dólar.

"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 P14-26-A10-500 de fecha 04 de febrero de 2014".

Presidente

Firma del Representante Legal Best Meridian Insurance Company Sucursal Costa Rica	Firma Best Meridian Insurance Company	Firma el Representante Legal ALLYIS TECHNOLOGY SOLUTIOS S.R.L

San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN DÓLARES – CONTRATO TIPO

CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA 1. - COBERTURAS

a. COBERTURA BÁSICA

Sin perjuicio de las eventuales negociaciones entre las partes del presente Contrato Tipo, el presente seguro cubre la muerte por cualquier causa que pudiere ocurrir en cualquier lugar del mundo a los Asegurados, durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, de acuerdo a la vigencia de esta Póliza establecida en el Certificado de la Póliza y en las Condiciones Particulares, con excepción de lo estipulado en la Cláusula 22.- Exclusiones, y dentro de las limitaciones expresadas en esta Póliza, hasta los límites estipulados en el Certificado de la Póliza y/o en las Condiciones Particulares.

Por tratarse de un contrato tipo, la Compañía y el Tomador podrán negociar los beneficios aplicables, así como la ampliación o limitación del alcance de estos.

b. COBERTURAS ADICIONALES

Sin perjuicio de las eventuales negociaciones entre las partes del presente Contrato Tipo, son coberturas opcionales que el Tomador puede adquirir mediante el pago de la prima adicional que corresponda y estarán vigentes si aparecen en el Certificado de esta Póliza y en las Condiciones Particulares.

Por tratarse de un contrato tipo, la Compañía y el Tomador podrán negociar las coberturas adicionales, así como la ampliación, modificación o limitación del alcance de estos.
Los Aditamentos opcionales son:

1. Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Enfermedad Terminal.
2. Aditamento de Adelanto de la Suma Asegurada Básica para Gastos Funerarios.
3. Aditamento de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Incapacidad Total y Permanente.
4. Aditamento de Incapacidad Total y Permanente.
5. Aditamento de Muerte y/o Desmembramiento Accidental.
6. Aditamento de Gastos Funerarios.
7. Aditamento de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad y/o Accidente.
8. Aditamento de Desempleo.
9. Aditamento Seguro de Vida Cónyuge.
10. Aditamento Seguro de Vida Hijos.
11. Aditamento Seguro de Vida Padres.
12. Aditamento de Enfermedades Críticas.
13. Aditamento de Gastos Médicos Hospitalarios y/o Dentales a Consecuencia de Accidente.
14. Aditamento de Incapacidad Temporal – Trabajador Independiente.

Las coberturas quedan detalladas en el respectivo Aditamento.

c. COBERTURA DE SERVICIOS

Mediante el pago de la prima adicional que corresponda y sin perjuicio de las eventuales negociaciones entre las partes del presente Contrato Tipo, el Tomador puede adquirir las siguientes coberturas opcionales: planes de cobertura odontológica como: Plan Servicio Odontológico, Plan Amplio (Copago), Plan Emergencia Completa, Plan Emergencia Sin Endodoncia, Plan Emergencia Y Prevención, Plan Emergencia Y Prevención (Copago), Plan Odontalgia Con Rx, Plan Odontalgia Sin Rx, Plan Amplio Integral A, Plan Amplio Integral B, Plan Amplio Integral C, BMI Dent, Asistencia Hogar, Asistencia Salud y/o la cobertura opcional Tarjeta

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

MAS Colectivo y Tarjeta MAS Colectivo Plus. Estas estarán vigentes si aparecen en el Certificado de esta Póliza y en las Condiciones Particulares. Las coberturas quedan detalladas en el respectivo Aditamento.

Por tratarse de un Contrato Tipo, la Compañía y el Tomador podrán negociar las coberturas y servicios aplicables, así como la ampliación o limitación del alcance de estas.

CLÁUSULA 2. - BASES DEL CONTRATO

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, emite la presente Póliza con sus Condiciones Generales y Particulares, basándose en las declaraciones comprendidas en la solicitud de seguro firmada por el Tomador y en las declaraciones firmadas por los Asegurados.

Esta Póliza, la solicitud de seguro, las declaraciones individuales de salud, los Aditamentos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna condición de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente el personal autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Cualquier solicitud, notificación o evidencia exigida bajo esta póliza debe ser por escrito. Debe ser enviada o entregada a la Compañía a una persona autorizada.

La Póliza de Seguros de Vida Colectivo en Dólares – Contrato Tipo se rige mediante un contrato de Adhesión.

CLÁUSULA 3. - DEFINICIONES

Para los fines de la presente Póliza, los términos empleados en el mismo tendrán el significado que a continuación se expresa:

1. **ASEGURADO.-** Persona física que en sí misma está expuesta al riesgo, forma parte del grupo asegurado, tiene relación directa con el Tomador y está protegida bajo esta póliza por haber sido aceptada por la Compañía y por haber recibido la Compañía el pago de la prima correspondiente.
2. **CERTIFICADO DE SEGURO.-** Constancia emitida por la Compañía en la que se acredita la inclusión de uno o varios riesgos para su aseguramiento en la póliza colectiva emitida. Es el documento expedido por la Compañía a favor del Asegurado adherido a un contrato de seguro en modalidad colectiva, el cual recoge las condiciones particulares del asegurado, incluyendo las coberturas y beneficios que aplican para cada Asegurado.
3. **DOMICILIO DEL ASEGURADO.**- Dirección de residencia de los asegurados dentro de la República de Costa Rica.
4. **EDAD.-** Cualquier referencia al cumplimiento de una edad determinada se refiere a la edad del asegurado en la fecha en que la compañía emita el certificado o cuando se proceda a realizar el trámite de prórroga.
5. **ESTADO ACTIVO.-** Si el Asegurado es empleado del Tomador, significa un Asegurado empleado de tiempo completo que trabaja regularmente. El Asegurado debe desempeñar las obligaciones propias de su trabajo durante un mínimo de 40 horas a la semana. El trabajo puede ser desempeñado en las oficinas del Tomador o en cualquier lugar donde el Asegurado tenga que viajar por razón de su trabajo. Si el Asegurado no tiene relación laboral con el Tomador, significa un Asegurado quien desempeña las obligaciones propias de su trabajo de manera apropiada para tal trabajo. El Asegurado no se considera estar en estado activo cualquier día en el cual esté incapacitado totalmente.
6. **GRUPO ASEGURABLE.-** Grupo de personas físicas relacionadas con el Tomador y sobre la cual se hace la oferta de seguro colectivo.
7. **GRUPO ASEGURADO.-** Grupo de personas físicas que pertenecían al Grupo Asegurable y fueron aceptadas por la Compañía.
8. **MODALIDAD CONTRIBUTIVA.-** Llamada también con contribución; el Asegurado contribuye en todo o en parte de la prima, que

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

debe ser pagada por el Tomador a la entidad aseguradora.

9. **MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA.**- Llamada también sin contribución; el Asegurado no contribuye en nada con la prima; es el Tomador quien de sus recursos paga la prima a la entidad aseguradora.

10. **SEGURO COLECTIVO**.- Es el suscrito entre un Tomador o Tomador y la Compañía con el propósito de cubrir, mediante un solo contrato o póliza de seguro, a múltiples asegurados que tengan una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.

11. **TOMADOR.-** Persona física o jurídica que, por cuenta ajena, contrata el seguro a la Compañía. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en el Tomador la figura de beneficiario del seguro.

CLÁUSULA 4. - CERTIFICADO DE SEGURO

La Compañía de Seguros deberá proporcionarle al Asegurado un certificado de cobertura individual conteniendo una declaración referente a la protección del seguro a la que dicha persona tiene derecho.

CLÁUSULA 5. - DECLARACIÓN INCORRECTA DE EDAD Y SEXO

Si la fecha de nacimiento o el sexo del Asegurado ha sido declarado incorrectamente, la compañía cambiará cualquier cantidad pagadera bajo la póliza por la cantidad correspondiente a la prima pagada según la edad y sexo correctos.

CLÁUSULA 6. - NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador o del Asegurado, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía 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 equívoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

a. La Compañía 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 plazo de quince (15) días hábiles después de la notificación, la Compañía, dentro de los siguientes quince días (15) hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Tomador las primas no devengadas al momento de la rescisión.

c. El derecho de la Compañía de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

CLÁUSULA 7. - VIGENCIA

Esta Póliza se emite como una póliza Anual Prorrogable siempre y cuando haya pagado la prima, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo prorrogarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en esta Póliza y/o sus Aditamentos, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días naturales antes del vencimiento.

El seguro entrará en vigor el último de las fechas descritas a continuación siempre que el Asegurado esté en estado activo en esa fecha:

a. Cuando la Compañía exija evidencia de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

en que la Compañía apruebe la solicitud del propuesto asegurado.

b. Si no se requiere evidencia de asegurabilidad, el propuesto asegurado será asegurado en la fecha en que sea elegible para el seguro.

Si el Asegurado no está en estado activo en la fecha cuando el seguro hubiese entrado en vigencia, el seguro entrará en vigor en la fecha en que el Asegurado regrese al trabajo activo.

CLÁUSULA 8. - RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de esta Póliza o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega de esta Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones de la póliza o de sus modificaciones, y el Tomador deberá entregar a la Compañía esta Póliza firmada en el mismo plazo anterior de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA 9. - SUMA ASEGURADA

La suma asegurada será aquella que conste en el Certificado y en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

En caso de requerirse un aumento o disminución de cualquier suma asegurada, el Tomador deberá solicitar por escrito dicho cambio a la Compañía. La modificación regirá desde la fecha en que la Compañía reciba la mencionada solicitud, la acepte y extienda el correspondiente Aditamento o se emita un nuevo certificado.

CLÁUSULA 10. - CONTRATO TIPO

Por ser un seguro bajo modalidad de Contrato Tipo, las cláusulas que podrán ser modificadas de común acuerdo entre las Partes serán las siguientes:

1. **Cobertura básica:** se podrá negociar en su alcance, ámbito, beneficios o límites.
2. **Coberturas adicionales:** cada cobertura adicional se podrá negociar en su alcance, sus beneficios, su ámbito de cobertura, sus límites y exclusiones.
3. **Cobertura de Servicio:** se podrá negociar las coberturas y servicio con el Tomador, así como su alcance, ámbito de cobertura, beneficios, sus límites y exclusiones.
4. **Definiciones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar
5. **Registro de Asegurados y Beneficiarios:** se podrá modificar.
6. **Elegibilidad y Asegurabilidad de Asegurados:** se podrá modificar.
7. **Exclusiones:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
8. **Exclusión por sida o VIH:** se podrá modificar.
9. **Documentos necesarios en caso de Reclamo:** se podrán agregar, ampliar, eliminar o modificar.
10. **Comisión de Cobro:** se podrá agregar, ampliar o modificar.

CLÁUSULA 11. - ELEGIBILIDAD Y ASEGURABILIDAD DE ASEGURADOS

Si el Grupo Asegurable consiste de empleados del Tomador, son elegibles como Asegurados aquellos que a la vigencia de esta Póliza y/o sus Aditamentos tengan una relación laboral estable con el Tomador. También son elegibles como Asegurados:

a. Los propietarios, socios o miembros del directorio del Tomador, siempre y cuando exista autorización expresa por parte de la Compañía.

b. Las personas que con posterioridad a la fecha de vigencia de esta Póliza, se incorporen en forma laboral estable al Tomador.

Si el Grupo Asegurable no tiene relación laboral con el Tomador, y no tiene como objeto exclusivo la contratación de las coberturas provistas por ésta Póliza y/o sus Aditamentos, son elegibles como Asegurados aquellos que a la vigencia de esta Póliza y/o sus Aditamentos tengan una relación con el Tomador según las normas del grupo. También son elegibles como Asegurados,

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

las personas que con posterioridad a la fecha de vigencia de esta Póliza, se incorporen al grupo.

Aquellos Asegurados que no ingresaren al grupo siendo elegibles, o que habiéndolo hecho se hayan retirado del mismo, no podrán ingresar sino al aniversario de esta Póliza, previa aceptación expresa de la Compañía, la misma que tiene la facultad de negar, limitar o condicionar dicho ingreso.

Las personas que se protegen por este contrato deberán ser mayores a 15 años al momento de suscripción de la póliza.

CLÁUSULA 12. - EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

La Compañía se reserva el derecho de exigir a Tomador evidencia de asegurabilidad satisfactoria para la Compañía, para todos o para algunos de los Asegurados elegibles.

CLÁUSULA 13. - BENEFICIARIOS

Son las personas naturales o jurídicas designadas por el Asegurado para recibir la suma asegurada en caso de fallecimiento de éste, y deberán ser consignadas en los formularios que para el efecto provea la Compañía.

La suma asegurada será pagada en las proporciones determinadas por el Asegurado; y, si no han sido determinadas esas proporciones se entenderá que cada beneficiario tendrá una participación igual. Si un beneficiario falleciere antes que el Asegurado, el beneficio será repartido en partes iguales a los beneficiarios restantes, salvo si el Asegurado nombrare un beneficiario reemplazante. Si los beneficiarios nombrados no pudiesen recibir la indemnización o si estos hubiesen fallecido, la suma asegurada será entregada únicamente a los herederos legales así designados por juez competente.

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios por él designados, salvo que la designación sea con carácter de beneficiario irrevocable o a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto únicamente cuando la solicitud de cambio se haya realizado en los formularios que para el efecto provea la Compañía y que la misma haya sido entregada en sus oficinas. Si el cambio no hubiere llegado a ser registrado por la Compañía, en caso de fallecimiento del Asegurado, el pago se hará a los que consten como beneficiarios al momento del fallecimiento.

En cuanto a la designación de beneficiarios serán de aplicación las normas contenidas en la Ley Nº8956 Reguladora del Contrato de Seguros.

*"**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 y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguros como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiarios 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 14. - MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse bajo cualquiera de las dos modalidades:

- Contributiva, donde el grupo asegurable contribuyen con parte o con la totalidad de la prima.
- No Contributiva, el Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

CLÁUSULA 15. - PAGO DE LA PRIMA

La prima es pagadera en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Adicionalmente, el Tomador puede escoger el pago fraccionado de la prima de acuerdo con la política de la póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima como notificación

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

al Tomador del Seguro. Si el Tomador no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, o de cualquier prima, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima, debe contactar a la Compañía o a su sucursal.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

No serán aceptados los pagos en efectivo. Para que la prima sea considerada pagada, ésta debe haber sido recibida en nuestra Casa Matriz, en el domicilio de nuestra sucursal o bien en la cuenta bancaria que al efecto designe la Compañía y el Tomador debe haber recibido un recibo oficial de la Oficina Administrativa o la sucursal de la Compañía.

Los ajustes de prima originados por 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.

CLÁUSULA 16. - DESCUENTOS SOBRE LA PRIMA

La Compañía podrá realizar descuentos a la Prima de Tarifa a los Grupos Asegurables. Dichos descuentos se aplicarán acorde al volumen de Asegurados que conforman el grupo.

La Compañía podrá aplicar un descuento por volumen de asegurados de:

Nº Asegurados	Descuento Máximo por Volumen
0 – 100	Hasta 7%
101 – 200	Hasta 10%
201 – 600	Hasta 15%
601 o más	Hasta 20%

CLÁUSULA 17. - RECARGO POR FRACCIONAMIENTO DE PRIMA

Esta Póliza no tiene recargo por fraccionamiento de prima.

CLÁUSULA 18. - PERÍODO DE GRACIA

Si cualquier prima no es recibida por la Compañía antes de su fecha de vencimiento, la Compañía concederá un Período de Gracia de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento para que la prima pueda ser pagada. Si la prima no es recibida por la Compañía durante el Período de Gracia, la Póliza y todos sus beneficios caducarán, efectivos en la fecha de vencimiento de la prima. La Compañía no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras la prima no haya sido pagada.

La Rehabilitación del seguro de un Asegurado después que la cobertura ha sido terminada debido a no pagar la prima es a opción de la Compañía sujeto a sus requisitos de asegurabilidad en ese momento. La rehabilitación es efectiva cuando sea aceptada por escrito por la Compañía y firmada por un oficial de la Compañía. En caso de la compañía acepte rehabilitar una póliza que hasta ese momento se encontraba, por cualquier razón, extinta, volverán a correr los periodos de carencia cuando estos apliquen. De igual manera, cualquier beneficio hasta ese momento adquirido por la antigüedad de la póliza se extinguirá con el vencimiento de la póliza, independientemente de que la compañía acepte posteriormente su rehabilitación.

Si el Asegurado fallece durante el período de gracia, los beneficiarios serán pagados pero deduciendo cualquier pago de prima que no haya sido satisfecho.

CLÁUSULA 19. - OBLIGACIONES DEL TOMADOR

El Tomador, se encuentra obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- El Tomador es responsable de pagar puntualmente la prima, como se explica en la Cláusula "**PAGO DE LA PRIMA"**, de esta Póliza.
- El Tomador deberá suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro, exámenes médicos, y formularios de adición que apliquen, de los Asegurados.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

- Si la modalidad es Contributiva, el Tomador deberá entregar a la Compañía el consentimiento de la persona Asegurada.
- El Tomador deberá notificar a la Compañía, en un plazo de treinta (30) días naturales de haber recibido la Póliza, si alguna información es incorrecta o está incompleta.
- En caso de que la inclusión del Asegurado en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador está obligado a indicar al Asegurado si la contratación de la cobertura es obligatoria u opcional.

En caso de incumplimiento, error u omisión del Tomador de las obligaciones antes descritas, que genere una afectación a un Asegurado o a sus Beneficiarios, provocará que el Tomador se encuentre obligado a resarcir al afectado los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de que la Compañía repare la afectación en primera instancia, en cuyo caso el Tomador deberá proceder con el reintegro a la Compañía.

CLÁUSULA 20. - REGISTRO DE ASEGURADOS

El Tomador debe suministrar mensualmente a la Compañía información relacionada con los Asegurados, como modificación de coberturas, inclusión de asegurados, exclusión de asegurados, terminación del seguro, y cualquier información que se considere razonablemente necesaria, con el fin de administrar debidamente la póliza.

Este registro de Asegurados será proporcionado al Tomador previa prórroga de la Póliza para que pueda validarlo.

CLÁUSULA 21. - PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO

Si en esta Póliza participa un intermediario de seguros, es obligación del Tomador informar a los asegurados sobre tal situación y, en el caso de las sociedades corredoras de seguros, aclarar si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el Tomador, y el detalle de sus obligaciones y responsabilidades.

CLÁUSULA 22. - TERMINACIÓN DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS ADITAMENTOS

Esta Póliza y/o sus Aditamentos terminarán y la cobertura provista por esta póliza cesará en cualquiera de los siguientes casos:

1. Por vencimiento de la vigencia de esta Póliza.
2. Por decisión unilateral del Tomador, con al menos dos (2) meses de anticipación, mediante notificación escrita a la Compañía.
3. Por reducción en el cincuenta por ciento (50%) o más del número inicial de Asegurados, la Compañía notificará al Tomador con al menos treinta (30) días de anticipación.
4. 4. Por no haber pagado las primas el Tomador dentro de los plazos estipulados en la CLÁUSULA 15.- Pago de la Prima de esta Póliza y según la metodología descrita en el artículo 37 de la Ley No. 8956.

   Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente seguro después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios por él provistos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

   La Compañía comunicará a los Asegurados, con lo menos cuarenta y cinco (45) días naturales de antelación a la fecha de la terminación del contrato la decisión, a efecto de que sus intereses no se vean afectados. La comunicación se hará al medio establecido por cada Asegurado para recibir notificaciones.

La Compañía, salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada este contrato.

CLÁUSULA 23. - TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O SUS ADITAMENTOS PARA EL ASEGURADO

Esta Póliza y/o sus aditamentos terminarán y la cobertura provista por esta póliza terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos:

1. Si se desvincula del Tomador.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

2. Si a la fecha de muerte de Asegurado, este dejó de pertenecer al grupo asegurable.
3. Si se termina esta Póliza.
4. Si obra de mala fe, fraude o dolo comprobado.
5. Por encontrarse las primas impagas. Cualquier prima que se pagare después de la fecha establecida en el contrato, solo obliga a la Compañía a la devolución de la misma.

CLÁUSULA 24. - REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

a. Cuando el seguro es de modalidad No Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del cien por ciento (100%) de aquellos elegibles para el seguro.

b. Cuando el seguro es de modalidad Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos elegibles para el seguro.

En ambos casos los Asegurados no deben ser menos de diez (10).

CLÁUSULA 25. - EXCLUSIONES

Queda excluida la muerte del Asegurado si esta es debido a cualquiera de las siguientes causas:

a. Suicidio dentro de los dos años después de la fecha efectiva del seguro para el Asegurado, o la fecha de rehabilitación del seguro;

b. Prestar servicio en las fuerzas armadas o fuerzas de policía de cualquier país o cuerpos de bomberos.

c. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, , o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra.

d. Transportarse en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.

e. La participación del Asegurado en competencias deportivas a nivel profesional o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña. Se considera que el Asegurado es deportista a nivel profesional cuando este recibe un salario, patrocinio o compensación por la práctica del deporte.

f. Intervenir en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.

g. La participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.

h. Cualquier actividad de naturaleza ilegal o criminal, o la asociación con personas involucradas en dichas actividades.

i. Sobredosis de drogas.

CLÁUSULA 26. - EXCLUSIÓN POR SIDA O VIH

La Compañía no pagará el monto contratado bajo esta póliza, si el fallecimiento del Asegurado ocurre a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), durante los primeros veinticuatro (24) meses de incluido al Asegurado en la Póliza.

CLÁUSULA 27. - PRÓRROGA

El presente seguro se considera prorrogado por otra anualidad, con las nuevas condiciones negociadas por las partes, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente dentro de los términos establecidos en la Póliza y la Compañía haya consentido la prórroga. El

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

Tomador deberá por escrito manifestar la continuación del seguro por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

CLÁUSULA 28. - MODIFICACIÓN DE LAS PRIMAS

La Compañía tiene el derecho de modificar las primas a cobrar: 1) en cualquier aniversario de la póliza; 2) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que las primas que entonces se cobren, hayan estado vigentes por doce 12 meses, y siempre que la Compañía notifique al Tomador y a los asegurados por lo menos con treinta y un (31) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento, con el fin de que estos manifieste su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo.

Las primas se determinan de acuerdo a los siguientes factores:

a) Resultados o experiencia de los últimos doce (12) meses y reclamos presentados en los últimos doce (12) meses en relación con el plan de seguros: Se revisan las primas actuales a través de un estudio sobre la siniestralidad registrada en los últimos doce 12 meses.
Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 400%

b) Modificaciones o incrementos en los beneficios de la póliza: Se analizan los cambios en la cobertura y beneficios solicitados por el Tomador.
Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 400%

c) Aumento en los costos de administración: Se analiza el comportamiento del gasto administrativo de la Póliza y del Plan de seguro en general para determinar si se requiere un ajuste en este recargo.
Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 20%

d) Cambio de edad de cualquier Asegurado: Se realizará un análisis colectivo de las características demográficas de los asegurados.
Impacto potencial en las tarifas: De 0% a 20%

En la prórroga, la Compañía tiene el derecho de modificar las primas si el número de asegurados cambia respecto al número al cual fue suscrita la póliza.

CLÁUSULA 29. - NOTIFICACIÓN Y EVIDENCIA DE RECLAMO

El Tomador del seguro o el beneficiario deberá comunicar a la Compañía, por escrito el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer. El beneficiario de la Póliza estará a lo dispuesto en la Cláusula 27 Prescripción.

La Compañía o el agente autorizado por la Compañía se reserva el derecho de exigir al beneficiario o a su representante legal a suministrar a costo propio, todos los documentos originales razonablemente exigidos en relación al reclamo y ordenar al doctor, hospital, etc. que ha tratado al Asegurado que proporcione tal información a la Compañía, y también cualquier información relacionada a la previa historia clínica del Asegurado cuando sea exigida.

La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver con la finalidad de comprobar la identidad del mismo, con gastos a cargo de la Compañía.

CLÁUSULA 30. - DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE RECLAMO

La cantidad pagadera al ocurrir el fallecimiento del Asegurado se abonará cuando se reciba prueba escrita, satisfactoria para la Compañía, de la reclamación.

La prueba de reclamación incluirá:

1. Certificado de defunción o fallecimiento del Asegurado en donde consta la causa de la muerte expedido por la autoridad competente en el país en donde ocurra el deceso.
2. Certificado de nacimiento del Asegurado.
3. Copia del documento de identidad del beneficiario y en caso de que éste sea menor de edad deberá aportarse certificación de nacimiento y copia del documento de identidad del padre, la madre sobreviviente o del tutor designado.
4. En caso de que no se haya designado beneficiarios deberá aportarse certificación notarial o resolución judicial de declaración de herederos.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

5. El certificado emitido al Asegurado.
6. Formulario Certificación de Permanencia en el Grupo Asegurado, emitido por la Compañía, completado por el Tomador.
7. Formulario de Declaración del Reclamante – Reclamo por Fallecimiento, completado por el beneficiario.
8. Si el Asegurado al momento de fallecimiento era empleado del Tomador, última Orden Patronal emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social.
9. Cualquier otra documentación que la Compañía considere razonablemente necesaria.

Los documentos expedidos en el extranjero deberán estar debidamente apostillados o legalizados por el consulado respectivo.

La prueba de reclamación debe someterse a la Compañía dentro de los noventa (90) días naturales siguientes al fallecimiento del Asegurado. Una vez recibida su reclamación el Asegurado recibirá una contestación de la Compañía en un plazo no superior a treinta (30) días naturales. En caso de aceptarse su reclamación la Compañía pagará la indemnización en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales.

El incumplimiento de los plazos establecidos en la póliza de seguros por parte del Tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria no conllevará efecto adverso alguno a sus intereses económicos derivados de su solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión administrativa. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera ocurrido dolo o culpa grave.

CLÁUSULA 31. - PRESCRIPCIÓN

Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los cuatro (4) años, iniciándose dicho término desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo ejercita.

CLÁUSULA 32. - CESIÓN DE LA PÓLIZA

Los beneficios otorgados bajo esta Póliza son intransferibles.

CLÁUSULA 33. - JURISDICCIÓN Y ASUNTOS LEGALES

Serán competentes para ventilar cualquier disputa en relación con este contrato los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. No obstante, previo acuerdo, las partes del presente contrato así como cualquier otro tercero relevante podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta póliza. La Compañía y el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes pague sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el español, aunque se le haya proporcionado al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

CLÁUSULA 34. - MONEDA Y LUGAR DE PAGO

Las primas y los beneficios a que hubiere lugar, serán pagadas en la misma moneda en que se hayan establecido los límites asegurados para las diferentes coberturas de esta Póliza.

Para el cálculo de los beneficios de aquellos reclamos en otra moneda diferente a la moneda de suscripción, se tomará el tipo de cambio para la venta vigente a la fecha efectiva de pago de los beneficios.

Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte América, a menos que se indique lo contrario.

Las cantidades pagadas a la Compañía podrán abonarse en la casa matriz o en la sucursal.

CLÁUSULA 35. - DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley Nº 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Nº 8956, Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la información del Asegurado y el beneficiario que haya sido suministrado a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad y confidencialidad.

CLÁUSULA 36. - PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no participará en las utilidades ni en el superávit ganado de la Compañía, a menos que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza previo acuerdo con el Tomador. De acordarse la participación de utilidades, se podrá pactar con el Tomador el pago de la participación mediante un desembolso directo a éste, o mediante el abono a la prima a pagar en la prórrogan. Si la Póliza es en modalidad contributiva, se podrá pactar también el abono a la prima en la prórroga o el desembolso directo al Tomador y a los asegurados, en este último caso, la Aseguradora se encargará de distribuir la participación de las utilidades entre todos los asegurados, en la misma proporción en que los mismos contribuyeron al pago, tal y como se establece en el Artículo 6 inciso b del Reglamento de Seguros Colectivos (SUGESE 05-13).

De acordarse la participación de utilidades, la misma se calculará de la siguiente manera: Las primas cobradas anuales del grupo menos los siniestros incurridos (siniestros pagados, más siniestros pendientes, más siniestros incurridos pero no reportados), menos los gatos administrativos de la Aseguradora, al resultado obtenido se le restarán los saldos negativos de ejercicios anteriores (si los hubiera), este resultado final se le aplicará el porcentaje pactado con el Tomador como Participación de Utilidades.

Si existen utilidades, la Compañía pagará al Tomador el porcentaje de participación según se haya pactado en las Condiciones Particulares.

Si la póliza es prorrogada y existen pérdidas, el Tomador deberá pagar a la Compañía la totalidad de esa pérdida en un período de hasta tres años, siempre que la póliza se prorrogue.

Si la póliza no es prorrogada y existen utilidades, la Compañía pagará al Tomador el porcentaje de participación según se haya pactado en las Condiciones Particulares.

Si la póliza no es prorrogada y existen pérdidas, el Tomador deberá pagar a la Compañía la totalidad de esa pérdida.

CLÁUSULA 37. - COMISIÓN DE COBRO

Esta póliza no establece comisión por cobro de prima al Tomador o a terceros, a menos que se pacte en contrario y se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso que se establezca alguna comisión en Condiciones Particulares, dicha comisión, pago o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Tomador del seguro o al intermediario, contempla el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de la Póliza, aún los indirectos como los costos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

CLÁUSULA 38. - MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Cualquier cambio a las condiciones de esta Póliza, acordado entre el Tomador y la Compañía, debe constar por escrito en idioma español y debe estar firmado por ambas partes. Los cambios que se realicen deberán ser comunicados al Asegurado a la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en la cláusula de COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES y la Compañía informará a los Asegurados sobre las modificaciones acordadas con el Tomador al menos treinta (30) días naturales antes de la entrada en vigencia de la modificación.

CLÁUSULA 39. - DOMICILIO PARA NOTIFICA-CIONES AL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS

El Asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

CLÁUSULA 40. - PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Tomador del seguro, el Asegurado y el beneficiario se obligan con la Compañía, a través

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

del presente contrato, a manifestar información u otro documento que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales de ley la Nº 8204.

CLÁUSULA 41. - COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Los datos específicos de las partes y terceros relevantes distintos a la Compañía constaran en el Certificado de Seguros y/o en la Solicitud de Seguros.

A su vez, los asegurados y miembros del grupo asegurable, podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

Teléfonos: **CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20**

Correo electrónico: soportepremiercr@bmicos.com

Sitio web: www.segurosbmicr.com

CLÁUSULA 42. - NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley N° 8956, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley N° 7472, la normativa dictada por la Superintendencia General de Seguros, el Código de Comercio, el Código Civil y cualquier otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.

"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(los) registro(s) número P14-26-A10-500 de fecha 04 de febrero de 2014."

Firma Presidente

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24,
Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Firma Representante Legal

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI,
calle paralela a la Ruta 27
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com
** Web: www.segurosbmicr.com

SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN DÓLARES
BENEFICIO DE ADELANTO DE LA SUMA ASEGURADA POR ENFERDAD TERMINAL

Beneficio

Si la póliza ha estado vigente por lo menos un año estando en vida el Asegurado, pagaremos por adelantado al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento, indicado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguros (excluyendo aditamentos), si se satisfacen las condiciones enumeradas abajo.

Si hubiese un beneficiario designado con carácter irrevocable, exigiremos constancia de su consentimiento antes de efectuar cualquier pago.

El Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Enfermedad Terminal bajo esta póliza se pagará independientemente de las pólizas que nuestra Compañía haya emitido para el mismo Asegurado y que incluyan este Aditamento. En el caso de haber más de una póliza que incluya este Aditamento, al monto del Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Enfermedad Terminal que corresponda bajo esta póliza se le restará el monto pagado por el mismo beneficio bajo las otras pólizas o Aditamentos emitidos por la Compañía.

Siempre que la póliza esté vigente, al fallecimiento del Asegurado, después del pago del Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Enfermedad Terminal, el beneficiario recibirá el saldo del beneficio correspondiente por concepto de fallecimiento que provee la póliza, si lo hubiere.

Condiciones

El derecho a recibir cualquier pago bajo este Aditamento está sujeto a las siguientes condiciones:

1. que la póliza esté en vigor y no en el período de gracia;
2. que la solicitud de pago sea presentada en nuestra Casa Matriz o en la sucursal, en forma de reclamación por escrito;
3. que sean aportadas por el Asegurado las declaraciones, dictámenes médicos y la correspondiente documentación de respaldo del médico tratante del Asegurado, indicando que por la naturaleza y gravedad de la condición del Asegurado, éste se considera como un Paciente en Fase Terminal; según la definición incluida en el presente Aditamento.
4. que recibamos una cesión en la que se reconozca a la Compañía como cesionarios en una cantidad igual a la del pago del Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Enfermedad Terminal por concepto de fallecimiento. El resto de los beneficios por concepto de fallecimiento serán pagaderos al beneficiario designado después de ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

Examen médico

Nos reservamos el derecho de solicitar que, a costa de la Compañía, el Asegurado sea examinado por uno o más médicos designados por la Compañía, a fin de verificar el diagnóstico. También nos reservamos el derecho de requerir que el Asegurado nos proporcione toda la documentación médica referente a la condición en que se basa la reclamación bajo esta cláusula.

Definiciones

Médico: se entenderá por una persona con formación universitaria en ciencias médicas debidamente colegiada y activa en el COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS de COSTA RICA. El médico no puede ser el Asegurado, ni tampoco puede ser una persona emparentada con el Asegurado ni que usualmente resida en el hogar o vivienda del Asegurado.

Paciente en Fase Terminal: según indica la Ley 7756, Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal, en su Artículo 3, se considerarán en fase terminal los pacientes cuya expectativa de vida es igual o menor a seis meses.

Este Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Enfermedad Terminal, terminará en la fecha en que ocurra la primera de las siguientes situaciones:

1. caducidad, liquidación o terminación de esta póliza;

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web: www.segurosbmicr.com

2. el pago del Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Enfermedad Terminal.

El beneficio que provee este Aditamento no conlleva pago de primas.

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 P14-26-A10-500 de fecha 04 de febrero de 2014.

Firma Presidente	Firma Representante Legal	Firma Tomador
BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY **8950 S.W. 74 Court, Piso 24,** **Miami, FL 33156** **Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *** **e-mail: bmi@bmicos.com**	**Sucursal** **San Rafael de Escazú, Edificio BMI,** **calle paralela a la Ruta 27** **San José, Costa Rica** **Tel. CR (506) 2228-6069** E-mail: postventacr@bmicos.com ** Web: www.segurosbmicr.com	

SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN DÓLARES – CONTRATO TIPO
ADITAMENTO DE ADELANTO DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA PARA GASTOS FUNERARIOS

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo en Dólares – Contrato Tipo por solicitud expresa del Tomador en la Solicitud de Seguro y sin costo adicional, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones:

CLÁUSULA 1. - BENEFICIO

Si la Póliza y este Aditamento están vigentes al momento del fallecimiento del Asegurado por cualquier causa cubierta por esta Póliza, se otorgará un adelanto de la Suma Asegurada Básica por fallecimiento hasta por el monto indicado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de esta Póliza, para cubrir los gastos funerarios.

Siempre que la póliza esté vigente, al fallecimiento del Asegurado, después del pago de este Aditamento, el beneficiario recibirá el saldo del beneficio correspondiente por concepto de fallecimiento que provee la póliza, si lo hubiere.

La indemnización será pagada a los beneficiarios designados por el Asegurado. El pago de este Aditamento no implica la aceptación del reclamo de la cobertura básica por fallecimiento por parte de la Compañía.

Los beneficios contemplados están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

La contratación del presente Aditamento imposibilita la contratación del Aditamento de Gastos Funerarios, por lo que no se podrá contratar ambos a la misma vez.

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, este Aditamento no cubre la muerte resultante de o causada directa o indirectamente por:

a. **Suicidio, tentativa de suicidio o lesión autoinfligida o accidente deliberado, esté o no en uso de sus facultades mentales.**
b. **Homicidio o su tentativa.**
c. **Enfermedad mental de cualquier tipo.**
d. **Lesiones a consecuencia del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.**
e. **Participación en delitos o infracciones a las leyes o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.**
f. **Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier Aditamento que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.**
g. **Servicio activo en las fuerzas armadas, policía, empresas de seguridad o cuerpos de bomberos.**
h. **Transporte en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.**
i. **Accidentes en que el Asegurado se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas o motonetas.**
j. **Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo. Motos,**

karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.

k. Intervención en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.

l. Participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.

m. Accidentes sufridos por el Asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos "x", o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente Aditamento.

CLÁUSULA 3. - TERMINACIÓN DE ESTE ADITAMENTO

Este Aditamento terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Por decisión unilateral del Tomador y/o Asegurado, en cualquier tiempo mediante notificación escrita a la Compañía.
2. Por terminación de la Póliza.
3. Por encontrarse las primas impagas, lo que ocurra primero.
4. Por la contratación por parte del Tomador para el Grupo Asegurado del Aditamento de Gastos Funerarios.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente Aditamento, después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza o de sus Aditamentos quedan sin modificación.

"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(los) registro(s) número P14-26-A10-500 de fecha 04 de febrero de 2014."

Firma Presidente	Firma Representante Legal	Firma Tomador
BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY **8950 S.W. 74 Court, Piso 24,** **Miami, FL 33156** **Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *** **e-mail: bmi@bmicos.com**	**Sucursal** **San Rafael de Escazú, Edificio BMI,** **calle paralela a la Ruta 27** **San José, Costa Rica** **Tel. CR (506) 2228-6069** E-mail: postventacr@bmicos.com ** Web: www.segurosbmicr.com	

SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN DÓLARES – CONTRATO TIPO
ADITAMENTO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo en Dólares - Contrato Tipo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - BENEFICIO

El beneficio contenido en el presente Aditamento será aplicable toda vez que un asegurado quede imposibilitado de manera total, permanente e irreversible para ejercer las ocupaciones o empleos para los cuales esté razonablemente calificado, por causa atribuible a una enfermedad o accidente grave.

La Compañía le pagará la Suma Asegurada definida para este Aditamento en las Condiciones Particulares y en el Certificado de esta Póliza, en un sólo pago o en cuatro (4) pagos trimestrales, a elección del Asegurado, a partir de los noventa (90) días de comprobada la incapacidad total y permanente.

La contratación del presente aditamento imposibilita la contratación del Aditamento de Adelanto de la Suma Asegurada Básica por Incapacidad Total y Permanente, por lo que no se podrá contratar ambos a la misma vez.

CLÁUSULA 2. - EXTENSIÓN DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

Si durante la vigencia de este Aditamento, ocurriese lo expresado en la Cláusula 1 de este Aditamento, el Tomador quedará liberado de continuar pagando las primas en la cobertura básica de muerte por cualquier causa, correspondientes al Asegurado incapacitado, durante doce (12) meses continuos e inmediatos de haberse producido la incapacidad y, si falleciere dentro de dicho período de doce (12) meses, se entregará a los beneficiarios el monto del seguro que les corresponda, siempre y cuando este Aditamento y la Póliza estén vigentes.

Transcurrido este período de doce (12) meses, el Asegurado quedará excluido automáticamente de la Póliza y todos sus Aditamentos.

CLÁUSULA 3. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, este Aditamento no cubre la incapacidad resultante de o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

a. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión autoinfligida o accidente deliberado, esté o no en uso de sus facultades mentales.
b. Homicidio o su tentativa.
c. Enfermedad mental de cualquier tipo.
d. Lesiones a consecuencia del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.
e. Participación en delitos o infracciones a las leyes o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
f. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier Aditamento que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.
g. Servicio activo en las fuerzas armadas, policía, empresas de seguridad o cuerpos de bomberos.

h. **Transporte en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.**
i. **Accidentes en que el Asegurado se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas o motonetas.**
j. **Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo. Motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.**
k. **Intervención en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.**
l. **Participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.**
m. **Accidentes sufridos por el Asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos "x", o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente Aditamento.**

Será también una causal de exclusión de este Aditamento, y por lo tanto no calificará para recibir el beneficio, si al momento en que acontece la Incapacidad Total y Permanente el Asegurado no se encontraba ejerciendo activamente las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentre razonablemente calificado a base de su educación, instrucción, entrenamiento o experiencia. Esto incluye pero no se limita a pensión por vejez, retiro voluntario o jubilación.

CLÁUSULA 4. - DEFINICIONES

INCAPACIDAD: Para efectos del presente Aditamento se entiende por Incapacidad cuando el Asegurado a causa de enfermedad o accidente queda imposibilitado de manera total, permanente e irreversible para ejercer todas y cada una de las ocupaciones o empleos remunerables para los cuales esté razonablemente calificado a base de su educación, instrucción, entrenamiento o experiencia.

ACCIDENTE: Salvo las exclusiones estipuladas en el presente contrato, se entiende por accidente, aquel suceso exterior, imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de este anexo, que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas, lesiones e indemnizaciones amparadas en el mismo.

LESIÓN: Es el daño o detrimento corporal que cause pérdida, inutilidad o funcionamiento anormal de un miembro, órgano o tejido, que incapacite para trabajar, producido como consecuencia de un accidente.

ENFERMEDAD: Dolencias o desórdenes funcionales que requieren tratamiento autorizado por un médico.

CLÁUSULA 5. - REVISIÓN MÉDICA

La Compañía podrá someter a exámenes médicos al Asegurado tantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago del beneficio con el fin de comprobar que la incapacidad continua.

CLÁUSULA 6. - DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTROS

La Compañía pagará el beneficio bajo este Aditamento una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

1. Aviso de siniestro,
2. Copia de cédula,
3. Historia clínica del Asegurado,
4. Certificado del médico tratante, detallando causas, fechas y tiempo de la incapacidad.
5. Informe del médico auditor designado por la Compañía certificando la incapacidad.
6. Última Orden Patronal emitida por la Caja Costarricense de Seguro Social, o Contrato de Servicios Profesionales vigente, o última declaración presentada del Impuesto de Renta.
7. Constancia de Incapacidad Total y Permanente emitida por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), o Certificado Médico emitido por un profesional autorizado por la compañía que indique el nivel de incapacidad.

CLÁUSULA 7. - TERMINACIÓN DE ESTE ADITAMENTO

Este Aditamento terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Por decisión unilateral del Tomador y/o Asegurado, en cualquier tiempo mediante notificación escrita a la Compañía.
2. Por terminación de la Póliza.
3. Por el pago del beneficio otorgado por este Aditamento.
4. Por encontrarse las primas impagas, lo que ocurra primero.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente Aditamento, después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza o de sus Aditamentos quedan sin modificación.

"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(los) registro(s) número P14-26-A10-500 de fecha 04 de febrero de 2014."

Firma Presidente	Firma Representante Legal	Firma Tomador
BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY **8950 S.W. 74 Court, Piso 24,** **Miami, FL 33156** **Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *** **e-mail: bmi@bmicos.com**	**Sucursal** **San Rafael de Escazú, Edificio BMI,** **calle paralela a la Ruta 27** **San José, Costa Rica** **Tel. CR (506) 2228-6069** E-mail: postventacr@bmicos.com ** Web: www.segurosbmicr.com	

SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN DÓLARES – CONTRATO TIPO
ADITAMENTO DE MUERTE Y/O DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo en Dólares – Contrato Tipo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

CLÁUSULA 1. - BENEFICIO

La Compañía pagará por concepto del beneficio otorgado por el presente Aditamento, la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de la Póliza hasta el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza si el Asegurado, mientras esté amparado bajo este Aditamento, sufriere lesiones corporales resultantes de un accidente (suceso imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado) y si dentro de noventa (90) días de ocurridas dichas lesiones y como consecuencia directa de las mismas falleciere o sufriere la pérdida de los miembros detallados en el cuadro de coberturas y porcentajes de las Condiciones Particulares de la Póliza.

La ocurrencia de cualquier pérdida específica por la cual haya de pagarse el cien por ciento (100%) de la indemnización bajo este Aditamento, causará la terminación de toda cobertura bajo este Aditamento. Si sufriere más de una pérdida a causa de un mismo accidente, la cantidad a pagarse no excederá del cien por ciento (100%) de la suma asegurada expresado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Si sobreviene la muerte después de haberse pagado cualquiera de las indemnizaciones antes mencionadas, dicha suma se considerará como parte de la indemnización por la pérdida de la vida y la Compañía solo estará obligada a pagar la diferencia hasta completar el cien por ciento (100%) de la suma asegurada expresada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 2. - DOBLE INDEMNIZACIÓN

El beneficio pagadero por el presente Aditamento será el doble, si la muerte accidental del Asegurado ocurren bajo las siguientes condiciones:

a) Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o

b) Mientras el Asegurado se encuentre dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores de minas); o

c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier edificio público en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio.

CLÁUSULA 3. - EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, este Aditamento no cubre ninguna pérdida resultante de, o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

a. **Homicidio o su tentativa.**
b. **Lesiones a consecuencia del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.**
c. **Participación en delitos o infracciones a las leyes o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.**
d. **Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra.**
e. **Servicio activo en las fuerzas armadas, policía, empresas de seguridad o cuerpo de bomberos.**

f. **Transporte en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros, o vuelo comercial en el que forme parte de la tripulación.**
g. **Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo. Motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.**
h. **Intervención en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.**
i. **Suicidio, tentativa de suicidio o lesión autoinfligida o accidente deliberado, esté o no en uso de sus facultades mentales.**
j. **Participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.**

CLÁUSULA 4. - REVISIÓN MÉDICA

La Compañía podrá someter a exámenes médicos al Asegurado cuantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago del beneficio.

CLÁUSULA 5. - DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía pagará el beneficio bajo este Aditamento una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

Muerte Accidental:

1. Todos los documentos requeridos en la Póliza para la cobertura básica de muerte por cualquier causa;
2. Informe médico legal original;
3. Acta original de levantamiento del cadáver; y,
4. Parte policial original.

Desmembramiento Accidental:

1. Informe del médico tratante que indique pormenores de la lesión que causa dicha desmembramiento,
2. Copia autentificada de la(s) Historia(s) Clínica(s) completa(s).

CLÁUSULA 6. - TERMINACIÓN DE ESTE ADITAMENTO

Este Aditamento terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Por decisión unilateral del Tomador y/o Asegurado en cualquier tiempo, mediante notificación escrita a la Compañía.
2. Por terminación de la Póliza.
3. Por el pago del beneficio otorgado por este Aditamento.
4. Por encontrarse las primas impagas, lo que ocurra primero.

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente Aditamento, después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza o de sus Aditamentos quedan sin modificación.

"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(los) registro(s) número P14-26-A10-500 de fecha 04 de febrero de 2014."

Firma Presidente | Firma Representante Legal | Firma Tomador

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24,
Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI,
calle paralela a la Ruta 27
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com
** Web: www.segurosbmicr.com

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
Sucursal: San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: segurosbmi@bmicos.com Web:www.segurosbmicr.com
Casa Matriz: 8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156. Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
E-mail: bmi@bmicos.com