

## **SALDO DE LA DEUDA TABLA DE COBERTURAS**

### **AMBITO DE COBERTURAS**

**MAPFRE | COSTA RICA** se compromete a otorgar las prestaciones asociadas a la cobertura que adelante se detalla, siempre y cuando haya sido incluida en esta póliza de conformidad con lo estipulado en las Condiciones Particulares del seguro.

### **COBERTURA BASICA A – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**

Siempre y cuando esta cobertura se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la prima correspondiente, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará al Tomador el saldo insoluto de la deuda del asegurado en caso de fallecimiento de éste por cualquier causa no excluida por esta póliza. En caso de ocurrencia de siniestro cubierto por la presente póliza, los causahabientes tendrán derecho a exigir a **MAPFRE | COSTA RICA** el pago al Tomador del importe del saldo insoluto, en los términos, condiciones y cobertura previstos en esta póliza.

El monto máximo a pagar incluye intereses corrientes, las primas correspondientes al seguro y el saldo de la deuda al momento de giro de la indemnización, pero excluye intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni el saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en la solicitud del seguro.

#### **Causales de Terminación bajo esta Cobertura**

**Esta Cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:**

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

#### **Riesgos Excluidos bajo esta cobertura**

**MAPFRE | COSTA RICA no será responsable de pago bajo esta póliza, si la muerte de cualquier Asegurado resultare a consecuencia de alguna de las siguientes exclusiones:**

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

**Deducible:** No opera deducible para esta cobertura

### **COBERTURA ADICIONAL B - Incapacidad Total y Permanente**

Siempre y cuando se encuentre incluida en las Condiciones Particulares y se haya pagado la prima correspondiente, esta cobertura ampara el riesgo del Asegurado de no poder hacer frente a las obligaciones crediticias adquiridas, entendidas éstas como el Saldo Insoluto de la Deuda, debido a Incapacidad Total y Permanente por causa de accidente o enfermedad que le haya provocado lesión

## **SALDO DE LA DEUDA TABLA DE COBERTURAS**

corporal que disminuya su capacidad orgánica o funcional, en un 67%. A tal efecto, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará en un solo tracto al Tomador, el saldo insoluto de la deuda contraída por el Asegurado.

**MAPFRE | COSTA RICA** hará efectivo el derecho que otorga esta cobertura, sujeto a las condiciones contratadas de esta póliza, una vez que el Asegurado presente la declaratoria de invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros o la Medicatura Forense del Poder Judicial.

El monto máximo a pagar incluye intereses corrientes, las primas correspondientes al seguro y el saldo de la deuda al momento de giro de la indemnización, pero excluye intereses moratorios, comisiones o cualquier otro cargo financiero que haya dejado de pagar o por pagar, ni el saldo de préstamo en exceso de la cantidad máxima establecida en la solicitud del seguro.

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

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

### **Causales de Terminación bajo esta Cobertura:**

**Esta Cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:**

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

### **Riesgos Excluidos bajo esta cobertura:**

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

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

**Deducible:** No opera deducible para esta cobertura

### **COBERTURA C ADICIONAL – DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

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

## **SALDO DE LA DEUDA**

### **TABLA DE COBERTURAS**

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

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

- a. **Empleado permanente:**  
**MAPFRE | COSTA RICA** otorgará la cobertura si es despedido con responsabilidad patronal.
- b. **Empleado copropietario:**  
**MAPFRE | COSTA RICA** otorgará la cobertura si el negocio deja de operar por quiebra o insolvencia.
- c. **Empleado bajo contrato temporal**  
Si ha estado laborando bajo un contrato temporal de plazo fijo con un mismo patrono, **MAPFRE | COSTA RICA** otorgará la cobertura si el Asegurado es despedido durante el plazo de su contrato, siempre y cuando tenga más de seis meses de laborar con dicho patrono al momento del despido.

En los 3 casos el Asegurado deberá de estar inscrito y cotizando con la CCSS como empleado.

Causales de Terminación de la Cobertura

**La ocurrencia de alguno de los siguientes eventos, provocará el cese del beneficio otorgado por esta cobertura:**

1. **Fallecimiento del Asegurado.**
2. **Declaratoria de incapacidad total y permanente del Asegurado.**
3. **El advenimiento de la edad de jubilación, según se define en el Artículo 1 – Definiciones de estas Condiciones Generales, o la jubilación efectiva del Asegurado, lo que ocurra primero.**
4. **El cambio de residencia del Asegurado a un lugar fuera del territorio de la República de Costa Rica, excepto si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.**
5. **Para todos los efectos, se excluye de la cobertura del seguro el desempleo ocurrido como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo a plazo fijo, por lo que no será amparable ningún reclamo.**

Riesgos Excluidos bajo esta cobertura:

**MAPFRE | COSTA RICA no pagará el Beneficio Mensual si el Asegurado:**

1. **No ha estado continuamente empleado con el mismo patrono, por al menos los seis meses previos al momento del Despido.**

**SALDO DE LA DEUDA**  
**TABLA DE COBERTURAS**

2. No se encuentra inscrito como empleado ante la CCSS.
3. No supera el Período de Carencia de dos (2) meses.
4. No supera el Periodo de Deducible de un (1) mes.
5. Está empleado bajo contrato y queda desempleado, como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo de plazo fijo.
6. Tiene un trabajo temporal o estacional menor a (6) meses.
7. Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, movilidad laboral o similar, renuncie, se jubile o se jubile en forma anticipada y voluntariamente.
8. Es despedido por su patrono sin responsabilidad patronal, salvo si el Asegurado apelase ante los Tribunales de Trabajo y el veredicto fuera a su favor.
9. Queda desempleado como resultado de terremoto, inundación y cualquier evento de carácter catastrófico; conmoción civil, vandalismo, actividad terrorista, guerra o cualquier evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares y similares.
10. Queda desempleado por cualquier causa de incapacidad total y permanente.
11. Los casos de suspensión del contrato de trabajo realizado conforme a los procedimientos previstos en el Código de Trabajo.
12. Es despedido, mientras se encuentre laborando fuera del territorio costarricense por más de tres meses calendario. Esta cláusula no aplicará si la causa por la cual el Asegurado deja el territorio costarricense es:
  - a. Por trabajar en una embajada o consulado costarricense.

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

**Deducible:** Es el importe equivalente a un (1) mes de la cuota mensual del crédito, a partir de la fecha de desempleo o de la finalización del preaviso en caso de existir, luego del cual, el Tomador del seguro empezará a recibir la indemnización.

**EXCLUSIONES GENERALES**

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

**SALDO DE LA DEUDA**  
**TABLA DE COBERTURAS**

1. **Condiciones o padecimientos preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro o en la solicitud de inclusión y certificado de seguro, mientras se encuentre vigente el período de disputabilidad de la póliza.**
2. **Siniestros que ocurran posterior a la fecha de cancelación de la póliza o a la fecha de exclusión de un Asegurado por parte del Tomador.**
3. **Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o infección.**
4. **Riesgo de Guerra: La muerte o lesiones de cualquier persona por causa directa o indirecta de su participación en cualquier guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil con una magnitud similar a la de levantamientos populares, daños intencionales (dentro de los límites de ciudades o poblados), levantamientos militares, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación o nacionalización o requisición por orden de cualquier gobierno público o local, cualquier acto de cualquier persona o personas que actúen en beneficio de o en conexión con cualquier organización cuyos propósitos incluyen, pero no se limitan al derrocamiento o la influencia de cualquier medio violento. Esta exclusión no aplica a cualquier persona que no participa activamente en cualquiera de los eventos que se mencionaron en el párrafo anterior. Esta excepción a la exclusión está sujeta a que los siniestros ocurran durante un período de veinticuatro (24) horas consecutivas y dentro de un radio de quince (15) kilómetros del lugar donde se desarrollan cualquiera de tales eventos, y a condición de que las muertes sobrevengan dentro de los tres meses calendario siguientes a la fecha de ocurrencia de los mismos.**
5. **Siniestros que ocurran a consecuencia de liberación abrupta de energía atómica o por radiación nuclear o contaminación radioactiva controlada o no.**
6. **Competencia como conductor o integrante de equipo en pruebas de pericia o velocidad, utilizando vehículos mecánicos o de tracción a sangre; participación en justas hípicas o pruebas análogas.**
7. **Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;**
8. **Práctica de paracaidismo; práctica o utilización de vehículos de transporte aéreo, salvo que se viaje como pasajero en líneas aéreas regulares;**
9. **Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, escalamiento de montañas, actos de acrobacia, práctica del boxeo profesional;**
10. **Desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad asociadas a las fuerzas policiales y de seguridad, tripulantes de naves fluviales, marítimas y aéreas;**
11. **Participación en empresa o acto criminal; lesión en duelo o riña, salvo el supuesto de legítima defensa;**

**SALDO DE LA DEUDA**  
**TABLA DE COBERTURAS**

12. Hechos originados por reacciones de origen nuclear y sus posibles efectos tardíos;
13. Participación en trabajos subterráneos o de minería; práctica de caza mayor o participación en expediciones destinadas a tal fin;
14. Consumo de alcohol; uso de drogas, estupefacientes o estimulantes sin prescripción médica;
15. Los siniestros causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos de carácter catastróficos.
16. A consecuencia de prestar servicios en el ejército, policía, bomberos, la marina de guerra o fuerza aérea de su país de residencia; o de cualquier país, combinación de países u organización internacional.
17. Los siniestros a consecuencia de la acción de los rayos “x” y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares o por efectos de energía nuclear de cualquier forma; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
18. Siniestros a consecuencia directa o indirecta de actos de terrorismo.

**PERÍODO DE CARENCIA**

Para la Cobertura A - Muerte por Cualquier Causa este seguro no cubre el suicido del Asegurado durante los primeros doce (12) meses de cobertura, o el fallecimiento del Asegurado durante los primeros veinticuatro (24) meses de cobertura por causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

Para la Cobertura C - Desempleo Involuntario se establece un período de dos (2) meses, a partir de la inclusión del Asegurado en esta póliza durante la cual la póliza no opera si el Asegurado queda desempleado.

**PERÍODO DE COBERTURA**

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

**REQUISITOS PARA TRAMITAR EL PROCESO INDEMNIZATORIO:**

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

**SALDO DE LA DEUDA  
TABLA DE COBERTURAS**

- a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por **MAPFRE | COSTA RICA**.
- i. Estado de cuenta con el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la muerte del Asegurado
  - ii. Fotocopia del documento de identificación el Asegurado
  - iii. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa de la muerte del Asegurado.
  - iv. Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, debe aportar:
    - a. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.
    - b. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular.

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

- a) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por **MAPFRE | COSTA RICA**.
- i. Estado de cuenta con el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la declaratoria Incapacidad Total Permanente.
  - ii. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
  - iii. Certificado médico de tal incapacidad emitido por la de la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros o Medicatura Forense del Poder Judicial.
    - a. El porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado.
    - b. Diagnóstico sobre los eventos que provocaron dicha incapacidad.
    - c. Que la misma no está sujeta a revisión.
  - iv. Si la incapacidad fue provocada por accidente, el Asegurado debe aportar copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología.

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

3.1. Requisitos para presentar el siniestro para tipo de trabajador “Empleado Permanente”:

- 1. Formulario de Declaración de Siniestro (Desempleo).
- 2. Copia de la cedula vigente del tamaño original del documento.

## SALDO DE LA DEUDA TABLA DE COBERTURAS

3. Copia de la carta de despido, la misma debe indicar: **Fecha de ingreso** y salida de la empresa, motivo de despido (Si fue despedido (a) con o sin responsabilidad laboral) y tipo de contrato (Definido o Indefinido).
  - 3.1 En caso de que la carta de despido no indique alguno de los puntos anteriores, el asegurado debe solicitar a su ex patrono una carta de servicios y presentar las dos (Carta de despido y Carta de Servicios).
  - 3.2 Si la empresa ha cambiado de razón social el asegurado debe presentar una carta emitida por la empresa firmada y sellada, indicando la continuidad laboral.
4. Estudio de Salarios Reportados en Planilla emitido por la Caja del Seguro Social, que demuestre que el asegurado ha estado cotizando de manera continua para ese patrono, durante los últimos seis (6) meses.
5. De previo y como condición para cada pago mensual, el asegurado debe presentar mensualmente el Estudio de Salarios actualizado en la Caja Costarricense del Seguro Social en donde conste su situación de desempleado. En caso de no incumplirse con este requisito MAPFRE | COSTA RICA suspenderá el pago de la indemnización hasta comprobar el periodo de desempleo.

### 3.2 Requisitos para presentar el siniestro para tipo de trabajador “Empleado Copropietario”:

1. Formulario de Declaración de Siniestro (Desempleo)
2. Copia de la cedula vigente del tamaño original del documento.
3. Copia de la carta de referencia, la misma debe indicar: **Fecha de ingreso** y salida de la empresa, participación accionaria, motivo por el cual se da la salida de la compañía, esta carta debe ser emitida por el accionista mayoritario.
  - 3.1 Si la empresa ha cambiado de razón social el asegurado debe presentar una carta emitida por la empresa firmada y sellada, indicando la continuidad laboral.
4. Personería jurídica con participación accionaria.
5. Copia de la demanda relativa al proceso de quiebra o insolvencia.
6. Estudio de Salarios Reportados en Planilla emitido por la Caja del Seguro Social, que demuestre que el asegurado ha estado cotizando de manera continua para ese patrono, durante los últimos seis (6) meses.
7. De previo y como condición para cada pago mensual, el asegurado debe presentar mensualmente el Estudio de Salarios actualizado en la Caja Costarricense del Seguro Social en donde conste su situación de desempleado. En caso de no incumplirse con este requisito MAPFRE | COSTA RICA suspenderá el pago de la indemnización hasta comprobar el periodo de desempleo.

### 3.3 Requisitos para presentar el siniestro para tipo de trabajador “Empleado bajo contrato temporal”:

1. Formulario de Declaración de Siniestro (Desempleo)
2. Copia de la cedula vigente del tamaño original del documento.
3. Copia del contrato laboral o de prestación de servicios.
4. Copia del pago de impuestos actualizado.

## SALDO DE LA DEUDA TABLA DE COBERTURAS

5. Copia de referencia, la misma debe indicar: Fecha donde se inicia la prestación de servicio y salida de la empresa, esta carta debe ser emitida por el ex patrono.
  - 5.1 Si la empresa ha cambiado de razón social el asegurado debe presentar una carta emitida por la empresa firmada y sellada, indicando la continuidad laboral.
6. Estudio de Salarios Reportados en Planilla emitido por la Caja del Seguro Social, que demuestre que el asegurado ha estado cotizando de manera continua para ese patrono, durante los últimos seis (6) meses.
7. De previo y como condición para cada pago mensual, el asegurado debe presentar mensualmente el Estudio de Salarios actualizado en la Caja Costarricense del Seguro Social en donde conste su situación de desempleado. En caso de no incumplirse con este requisito MAPFRE | COSTA RICA suspenderá el pago de la indemnización hasta comprobar el periodo de desempleo.

Requisitos que el asegurado debe presentar mensualmente para su indemnización independientemente del tipo de contrato:

- a. El asegurado debe presentar en nuestras oficinas de forma original el Estudio de Salarios Reportados en Planilla emitido por la Caja del Seguro Social, actualizado.
- b. Al momento de que la persona asegurada queda en condición de desempleada, debe haber estado empleada con el mismo patrono por al menos seis meses.
- c. El Asegurado debe dar aviso escrito del reclamo al Tomador, dentro del siguiente mes calendario de haber quedado Desempleado.
- d. El Tomador facilitará al Asegurado un formulario suplido por MAPFRE | COSTA RICA, el cual deberá ser completado y devuelto al Tomador, con toda la información solicitada en él, tan pronto tenga en su poder los requisitos señalados.
- e. En caso de no incumplirse con alguno de los requisitos antes mencionados MAPFRE | COSTA RICA suspenderá el pago de la indemnización.

### PAGO DE INDEMNIZACIONES EN LA COBERTURA C

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

Asimismo, el Beneficio Mensual no admite fraccionamiento y se tendrá derecho a él cuando se haya superado el Deducible. Los beneficios mensuales posteriores se pagarán con frecuencia mensual consecutiva a partir del primer desembolso y se prolongarán hasta alcanzar el número de beneficios mensuales pactado.

### EVENTOS RECURRENTES:

Si un Asegurado queda desempleado, es contratado por un nuevo empleador y en el transcurso de los siguientes 3 (tres) meses vuelve a quedar desempleado, **MAPFRE | COSTA RICA** considerará como parte del evento original la nueva ocurrencia para todos los efectos contractuales. Los eventos que ocurran

## **SALDO DE LA DEUDA TABLA DE COBERTURAS**

después de finalizado dicho lapso, se tendrán, para efectos contractuales, como eventos independientes; por lo tanto, todas las condiciones del contrato, incluido el periodo mínimo de 6 meses de trabajo continuo con el mismo patrono y el Deducible, se aplicarán nuevamente.

### **COMPROBACIÓN DE CONTINUIDAD DE DESEMPLEO:**

Si la condición de desempleo persiste una vez concluido el periodo considerado como deducible, el Asegurado deberá entregar a **MAPFRE | COSTA RICA** antes del pago correspondiente al primer mes, un certificado de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), donde indique que no aparece como cotizante al seguro social. El Asegurado deberá continuar presentando sucesivamente dicha certificación para cada pago del beneficio mensual pactado, siempre que se mantenga su condición de desempleo. De no hacerlo, **MAPFRE | COSTA RICA** suspenderá el pago del beneficio. **MAPFRE | COSTA RICA** tendrá la potestad de realizar las investigaciones correspondientes, que permitan comprobar fehacientemente la condición de desempleo del reclamante.

Será obligación del Asegurado notificar a la compañía o al contratante en cuando finalice su condición de Desempleo y reanude su condición de empleado.

### **SUSPENSIÓN DEL BENEFICIO MENSUAL**

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

1. El último día en que el Asegurado termine su condición de desempleado.
2. Cuando no presente la certificación de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) señalada en la sección anterior.
3. El Asegurado cumpla con el periodo de desempleo pactado en meses, según el plan de beneficios pactado.
4. El Asegurado no proporcione documentos demostrando que está buscando trabajo cuando MAPFRE | COSTA RICA así se lo solicite.
5. Si el Asegurado durante su periodo de desempleo tiene la oportunidad de realizar un trabajo temporal.

### **PLAZO PARA EL AVISO DE SINIESTRO**

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley Reguladora del contrato de Seguros, para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado deberán presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Tomador del Seguro o en las oficinas de Mapfre | Costa Rica, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por Mapfre | Costa Rica para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo.

## SALDO DE LA DEUDA TABLA DE COBERTURAS

El Tomador del Seguro colectivo, revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles a las oficinas de Mapfre | Costa Rica, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando **Mapfre | Costa Rica** revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado y al Tomador del Seguro Colectivo

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

### REQUISITOS PARA LA TRAMITACION DE UN SINIESTRO

**Para el trámite de reclamos, el Asegurado deberá presentar los siguientes documentos:**

1. Carta del Asegurado solicitando la indemnización.
2. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado. En caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identificación o del pasaporte.
3. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.
4. Para que la solicitud de indemnización sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir:
  - a. estudios clínicos
  - b. estudios radiológicos
  - c. estudios histológicos, y/o de laboratorio.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.

Será responsabilidad de **Mapfre | Costa Rica** disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

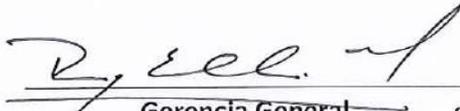
En caso de indemnización por las coberturas de esta póliza, si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima de esta póliza cuya vigencia es de un año. El Asegurado podrá realizar el pago de la prima correspondiente en ese momento o en su defecto, éste se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

**SALDO DE LA DEUDA**  
**TABLA DE COBERTURAS**

**PLAZO DE RESOLUCION DEL RECLAMO**

**MAPFRE | COSTA RICA** está obligada a brindar respuesta a todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito, entregada al interesado en la forma acordada para tal efecto, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contados a partir de que el ASEGURADO y/o el TOMADOR presenten todos los requisitos para el pago de reclamos establecidos en estas Condiciones Generales, de conformidad con el Artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley N° 8653.

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

  
Gerencia General  
MAPFRE | COSTA RICA