



**Best Meridian Insurance Company**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN COLONES**  
**ADITAMENTO DE DESEMPLEO**

Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza.

## **COMPROMISO DE LA ASEGURADORA**

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-R-408-2010 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada "La Compañía", otorga el presente Aditamento que será adherido a la PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO EN COLONES, 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.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente Aditamento.

Este Aditamento forma parte de la póliza si: 1) Se indica en el Certificado de Seguro; 2) Se indica en las Condiciones Particulares; y 3) Se ha solicitado por escrito. Los beneficios contemplados en este Aditamento están sujetos al pago de prima adicional y a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

**Si el contenido de este Aditamento o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar su rectificación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega al Tomador de un ejemplar firmado por la Compañía. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones. El Tomador deberá devolver a la Compañía este Aditamento debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.**

**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO EN COLONES**

## CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Adicional a las definiciones indicadas en las Condiciones Generales, para los efectos de este Aditamento, las palabras, términos y frases que a continuación se indican, tendrán el significado siguiente:

- 1.1. DESEMPLEADO.-** Condición de la persona que no mantiene una Relación Laboral, careciendo de empleo y por lo tanto de salario. Empleo se entiende como aquella condición laboral donde existe prestación de un servicio, subordinación y remuneración económica. En caso de ser un Empleado Propietario o Empleado Copropietario de la empresa para la cual labora, además de cumplir la condición anterior, la empresa debe estar en proceso de liquidación por la demanda civil de alguna persona, que no sea a su vez copropietario de la empresa.
- 1.2. DESEMPLEO INVOLUNTARIO.-** Significa la pérdida involuntaria del empleo de la persona Asegurada como consecuencia del despido por parte del Empleador, por alguna causa que no se encuentre específicamente excluida en este Aditamento.
- 1.3. EMPLEADO BAJO CONTRATO:** Es la persona que está empleada bajo un contrato laboral de plazo fijo por al menos seis (6) meses, el cual está realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 1.4. EMPLEADO COPROPIETARIO:** Es un empleado que es dueño de más del diez por ciento (10%) de la empresa y al cual le están realizando los pagos pertinentes por impuestos y cuotas a la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 1.5. EMPLEADO PERMANENTE.-** Es la persona física que desempeña un trabajo que a cambio recibe una remuneración de un Patrono bajo una relación laboral. Para efectos de la presente Póliza, para que se considere que existe una relación laboral con dicho Patrono, debe cotizar durante toda esa relación como Empleado ante la Caja Costarricense de Seguro Social, tiene que haber suscrito un contrato de trabajo por tiempo indefinido con su patrono, y debe haber estado trabajando para el mismo patrono por un término mayor a seis (6) meses con una intensidad horaria no menor a treinta (30) horas semanales.
- 1.6. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.-** Se entenderá como tal la incapacidad total temporal

que sufra el Asegurado por causa de un accidente y/o enfermedad que le impida el desempeño de su trabajo habitual, pero existe la posibilidad de recuperación y de volver a encontrarse en condición de retomar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes y siempre y cuando sea necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mayor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito y siempre y cuando le impida al Asegurado trabajar por completo. La lesión o enfermedad que genere la invalidez, debe ser certificada por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión. Adicionalmente la Incapacidad Total Temporal debe haberse producido como consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrida durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado, y ser clínicamente determinable. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada en periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982, y de manera particular, respecto de los porcentajes de incapacidad establecidos en el Artículo 224 de la misma.

- 1.7. PATRONO.-** Persona física o jurídica debidamente inscrita ante la CCSS como tal, que legalmente puede contratar en Costa Rica a personas físicas bajo una Relación Laboral.
- 1.8. RELACIÓN LABORAL.-** La relación laboral es aquella que se establece entre el trabajo y el capital en el proceso productivo y que conlleva los elementos de subordinación y pago de un salario.
- 1.9. TRABAJADOR INDEPENDIENTE.-** Persona física que por sí misma y de forma independiente lleva a cabo actividades lucrativas, ya sean profesionales o no, la cual debe de estar cotizando ante la Caja Costarricense de Seguro Social. Se entiende que es la persona que no tiene relación laboral con un Patrono, y ejecuta sus actividades profesionales o su oficio de forma independiente. Para efectos de esta Póliza, la situación de Trabajador Independiente y Empleado Permanente son excluyentes entre sí.

## CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

El presente Aditamento se adiciona a esta Póliza la cual cuenta con sus Condiciones Generales y Particulares, la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud de Seguro del Asegurado, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, este Aditamento, los Aditamentos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía (cuando apliquen) 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.

Las Condiciones Particulares de la Póliza, prevalecerán sobre las Condiciones Generales y sobre este Aditamento, así como sobre el Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

## CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

### 3.1. RIESGOS CUBIERTOS

Por medio de este Aditamento y con el pago de prima adicional, en caso de que el Asegurado este en la categoría de Empleado Permanente y quede Desempleado, debido a una situación de Desempleo Involuntario, la Compañía pagará de forma mensual al Beneficiario designado en la Solicitud de Seguro el monto indicado en el Certificado de Seguro y por el período máximo indicado el mismo Certificado. En caso de que un Asegurado que cumpla la condición de Trabajador Independiente, Empleado Bajo Contrato o Empleado Copropietario sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, la Compañía pagará de forma mensual al Beneficiario designado en la Solicitud de Seguro el monto indicado en el Certificado de Seguro y por el período máximo indicado el mismo Certificado.

Las Partes entienden que el presente Aditamento es parte de la Póliza, la cual se mantendrá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía el pago de la prima adicional, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada convenida por las Partes no se haya agotado.

### 3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

## COBERTURA EN CASO DE DESEMPLEO

### Empleados Permanentes

En caso que el Asegurado sufra una situación de Desempleo Involuntario, y que como resultado del Desempleo Involuntario pierda la totalidad de sus ingresos, la Compañía pagará de forma mensual al Beneficiario designado en la Solicitud de Seguro el monto indicado en el Certificado de Seguro y por el período máximo indicado en el mismo certificado, siempre y cuando el Asegurado se encuentre en dicha condición de Desempleo Involuntario.

**La obligación de la Compañía de llevar a cabo los correspondientes pagos mensuales al Beneficiario inicia una vez que se hayan cumplido treinta (30) días naturales, posteriores a la fecha en que se haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario del Asegurado.**

El pago que realice la Compañía está limitado al monto mensual indicado en el Certificado de Seguro y por el período máximo indicado en el mismo certificado.

Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario deberá dar aviso inmediato a la Compañía del cambio en su situación laboral, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago mensual correspondiente.

En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Desempleo Involuntario y no le notifique dicho cambio a la Compañía, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere conveniente, la devolución de los pagos mensuales que realizo al Beneficiario sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha Cobertura.

En caso de que se cumpla el período máximo de cobertura indicado en el Certificado de Seguro, la Compañía dejará de realizar los pagos mensuales al Beneficiario, independientemente de que el Asegurado haya o no recuperado su empleo.

Esta cobertura opera solamente para trabajadores dependientes de un contrato de trabajo a término indefinido, sujeto a los términos y condiciones de la Póliza de Seguro.

### Trabajadores Independientes

En caso que el Asegurado en su condición de Trabajador Independiente, Empleado Bajo Contrato, o Empleado Copropietario sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal, impidiéndole ejercer su trabajo u ocupación habitual, la Compañía pagará de forma mensual al Beneficiario designado en la Solicitud de Seguro el monto indicado en el Certificado de Seguro y por el período máximo indicado en el mismo certificado, siempre y cuando el

Asegurado se encuentre en dicha condición de Incapacidad Total Temporal.

La obligación de la Compañía de llevar a cabo los correspondientes pagos al Beneficiario inicia una vez que se hayan cumplido treinta (30) días naturales, posteriores a la fecha en que se haya iniciado la situación de Incapacidad Total Temporal.

El pago que realice la Compañía está limitado al monto mensual indicado en el Certificado de Seguro y por el período máximo indicado en el mismo Certificado.

Una vez que el Asegurado tenga conocimiento de la terminación de su Incapacidad Total Temporal, deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio en su estado de salud, y simultáneamente la Compañía suspenderá el pago mensual correspondiente.

En caso que el Asegurado haya tenido conocimiento de la terminación de su Incapacidad Total Temporal y no le notifique a la Compañía el cambio en su estado de salud, ésta podrá reclamar al Asegurado, por la vía que considere conveniente, la devolución de los pagos mensuales que realizó al Beneficiario sin estar el Asegurado en condición de recibir dicha Cobertura.

El Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal son condiciones excluyentes entre sí, por lo cual un Asegurado no podrá ser amparado bajo ambas condiciones a la misma vez.

El Desempleo Involuntario aplicará únicamente para Asegurados que sean Empleados Permanentes, mientras que la Incapacidad Total Temporal aplicará únicamente para Trabajadores Independientes, Empleados Bajo Contrato, o Empleados Copropietarios.

Se establece un periodo de sesenta (60) días naturales, a partir de la inclusión del Asegurado en este Contrato, durante el cual el Seguro no opera, si el Asegurado queda Desempleado o sufre una Incapacidad Total Temporal.

Para efectos de esta cobertura, el Siniestro será el Desempleo Involuntario de la Relación Laboral del Asegurado o la Incapacidad Total Temporal para los Trabajadores Independientes, Empleados Bajo Contrato, o Empleados Copropietarios.

### 3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Adicionalmente a las Exclusiones Generales indicadas en las Condiciones Generales, para este Aditamento, no aplicará la cobertura indicada en los siguientes casos:

Para la situación de Desempleo Involuntario:

1. Entra en situación de Desempleo Involuntario en consecuencia de un despido sin responsabilidad patronal, por alguno de los supuestos a los que se refiere la ley laboral de Costa Rica. En caso que el Asegurado apele o inicie un proceso judicial en contra del Patrono y sea necesaria una sentencia judicial, se deberá presentar copia certificada de la misma.
2. Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie dentro del periodo de espera especificado en esta cobertura. Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea renovación inmediata y continua de un seguro anterior.
3. Fallecimiento del Asegurado.
4. Renuncia o pierde voluntariamente su trabajo.
5. Es despedido por participar activamente en paros, disputas laborales o huelgas ilegales o realice cualquier tipo de acto ilegal en contra del patrono.
6. La terminación de un contrato de trabajo de obra o tiempo determinado firmado o convenido por el Asegurado con el patrono.
7. Si el Desempleo Involuntario es producto de la jubilación, retiro obligatorio o voluntario o ingreso al régimen de pensión del Asegurado.
8. Cuando el Asegurado haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza de algún programa por parte de su empleador para reducir la plantilla laboral o iniciar despidos, que de manera específica o general, incluyan el área de trabajo del Asegurado.
9. Si el Desempleo Involuntario es producto de condiciones o enfermedades mentales del Asegurado.
10. Pérdida de empleo del Asegurado, notificada por el patrono previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza.
11. Cuando el Asegurado no está realizando ninguna actividad remunerativa.
12. Cuando el Asegurado deje de residir en Costa Rica y no cotice para el sistema de Seguro Social (C.C.S.S.).
13. Quedan excluidos los Trabajadores Independientes, Empleados Bajo Contrato, o Empleados Copropietarios.

Para la situación de Incapacidad Total Temporal por accidente y/o enfermedad:

14. Accidentes por participar en acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil,

- insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
15. Fallecimiento del Asegurado.
  16. Padecimientos preexistentes.
  17. Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
  18. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar en estado alcohólico o por el uso de estimulantes; excepto si fue prescrito por un médico.
  19. Accidentes originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre prescripción médica.
  20. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
  21. Incapacidad Total Temporal como consecuencia de la participación activa del Asegurado en acto delictivo o al margen de la ley.
  22. Incapacidad Total Temporal como consecuencia de la práctica de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
  23. Incapacidad Total Temporal como consecuencia de la prestación de servicio activo del Asegurado en fuerzas de policía, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo. Esta exclusión no aplicará si el Asegurado no se encuentra en el ejercicio activo de sus labores, fuera de servicio, o en su periodo de vacaciones o descanso.
  24. Salvo pacto en contrario, este Aditamento no cubre accidentes que se originen por participar en actividades como: a) aviación privada o militar, cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas; b) pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
  25. Incapacidad Total Temporal como consecuencia de la participación del Asegurado en competencias o entrenamientos de velocidad, conducción de motocicletas y vehículos de motor, lanchas u otro tipo de vehículos acuáticos de motor, justas hípicas, troteo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve.
  26. Las afecciones, reposo o licencia a causa del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, cualquier enfermedad producida con motivo de un embarazo iniciado durante la vigencia de la Póliza, salvo que sean consecuencia de un accidente.
  27. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
  28. La parte de cualquier reclamo o gasto que es pagado o reembolsado por un programa de seguro social o cualquier otro programa patrocinado por el gobierno.
  29. Cuando el Asegurado no está realizando ninguna actividad remunerativa.
  30. Cuando el Asegurado reciba el pago de una cobertura de incapacidad total de otra póliza que cubre el mismo interés objeto del presente Aditamento.
  31. Cuando el Asegurado deje de residir en Costa Rica y no cotice para el sistema de Seguro Social (C.C.S.S.).
  32. Se excluye a las personas que estén empleadas bajo un contrato de trabajo, Empleados Permanentes o a tiempo completo.

#### CLÁUSULA 4.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para el caso de este Aditamento, el pago se hará al Beneficiario designado en la Solicitud de Seguro de la póliza, de forma mensual y por el período máximo indicado en el Certificado de Seguro.

*“Advertencia: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”*

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: [seguros bmi@bmicos.com](mailto:seguros bmi@bmicos.com) Web: [www.seguros bmicr.com](http://www.seguros bmicr.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](mailto:bmi@bmicos.com)

## CLÁUSULA 5.- DEDUCIBLES

Para este Aditamento, notificado a la Compañía el Despido o la Incapacidad Total Temporal cumpliendo con todos los requisitos, aplicará un periodo de treinta (30) días naturales como deducible, periodo en el cual la cobertura no opera, de manera que la Compañía, iniciará los pagos, si corresponden, a partir de que se haya cumplido este periodo posterior a la fecha en que se haya iniciado la situación de Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal del Asegurado.

## CLÁUSULA 6.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

El Tomador y el Asegurado, se encuentran obligados a cumplir con las disposiciones indicadas en la cláusula de "OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO" de las Condiciones Generales de la Póliza.

## CLÁUSULA 7.- PRIMA

Este Aditamento aplicará con el pago de prima adicional.

Asimismo, lo relacionado con la prima en este Aditamento queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula "PRIMA".

## CLÁUSULA 8.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

Lo relacionado con los recargos y descuentos en este Aditamento queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula "RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES".

## CLÁUSULA 9.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

### 9.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán 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.

La Compañía o el agente autorizado por la Compañía se reserva el derecho de exigir al Tomador o Asegurado o a su representante legal 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.

### 9.2. PRUEBA DE RECLAMACIÓN

Para este Aditamento, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

En caso de Desempleo Involuntario:

1. Carta de reclamación dirigida a la Compañía detallando el Siniestro y solicitando la cobertura, firmada por el Asegurado.
2. Copia del documento de identidad del Asegurado.
3. Original y copia de la carta de despido del Asegurado, o mediante la cual se dio fin al contrato de trabajo a término indefinido, expedida y firmada por el último Patrono, donde se indique la fecha de inicio, la fecha de terminación del contrato de trabajo, la causa clara de terminación del mismo, así como el salario devengado y las labores realizadas en dicha relación laboral.
4. Certificación del Estudio de cuotas emitido por la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), donde se indique que la persona Asegurada ha estado cotizando para ese régimen, durante los seis (6) meses inmediatos anteriores al despido y el cual se indique los patronos con que trabajó.
5. El Asegurado, para mantener la vigencia de la Cobertura, deberá presentarse mensualmente a las oficinas de la Compañía, con el fin de firmar una declaración jurada en la que exprese que continúa en la situación de Desempleo Involuntario.

En caso de Incapacidad Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad:

1. Carta de reclamación dirigida a la Compañía detallando el Siniestro y solicitando la cobertura, firmada por el Asegurado.
2. Copia del documento de identidad del Asegurado.
3. Original y copia del dictamen médico decretándose la Incapacidad Total Temporal del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico, así como los días de incapacidad que se van a requerir (Boleta de la CCSS).
4. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado y estudios realizados con interpretación médica, desde el momento en que se originó la Incapacidad Total Temporal. En caso

de accidente, se debe indicar el cómo ocurrió el accidente.

5. Copia del Contrato de Servicios Profesionales vigente, o del último comprobante de honorarios, o de la última declaración presentada del Impuesto de Renta.

La Compañía tendrá el derecho a que un Médico de su elección examine al Asegurado y acepte o rechace el dictamen médico aportado por el Asegurado y por consiguiente acepte o rechace el reclamo. Los honorarios de este Médico examinador serán pagados por la Compañía. En caso que la Compañía rechace el reclamo como consecuencia de dicho examen, el Asegurado podrá ejercer las acciones correspondientes de conformidad con lo que se establece en la presente Póliza.

### 9.3. PAGOS DE RECLAMACIONES

El pago de cualquier indemnización se realizará previa solicitud del Asegurado, en un plazo de treinta (30) días naturales una vez que se haya recibido toda la documentación requerida por la Compañía.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación, el Asegurado tendrá derecho a apelar ante la Compañía, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en esta póliza.

### CLÁUSULA 10.- VIGENCIA

Éste Aditamento se emite en conjunto con la Condiciones Generales y en conjunto como una póliza

“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-A10-585 de fecha 24/11/2014”.

“Como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la Compañía, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones”.

Anual Renovable siempre y cuando haya pagado la prima, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse 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.

### CLÁUSULA 11.- CONDICIONES VARIAS

#### 11.1. PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA

Para este Aditamento, se establece un periodo de sesenta (60) días naturales, a partir de la inclusión del Asegurado en este Contrato, durante el cual el Seguro no opera, si el Asegurado queda Desempleado o sufre una Incapacidad Total Temporal.

Si un Asegurado queda Desempleado (en el caso de trabajadores en relación de dependencia) o sufre una Incapacidad Total Temporal (en el caso de Trabajadores Independientes) durante los sesenta (60) días posteriores a la fecha de cambio de un Plan que implique incremento en la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al incremento de la Suma Asegurada.

En todo lo no incluido en este Aditamento aplicará lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.