



SEGUROS DE VIDA COLECTIVOS

1. ¿Qué son Pólizas de Vida Colectivas?

Es un plan, modalidad o sistema de aseguramiento que permite, por medio de un mismo contrato de seguros que suscribe una organización (tomador del seguro o contratante) con la aseguradora, brindar cobertura o beneficio básico de seguro de vida y otros beneficios o coberturas adicionales, a un grupo de personas vinculadas por afinidad gremial o laboral y otras formas naturales, permitiendo obtener condiciones contractuales más beneficiosas y precios más bajos.

2. ¿Qué me cubre el seguro?

2.1. Cobertura Básica

- **Cobertura por fallecimiento del asegurado titular:** Se indemnizará a los beneficiarios designados en la suma del seguro contratado, por el fallecimiento del asegurado titular (afiliado a la organización).
- **Adelanto del 50% del monto asegurado por Enfermedad Terminal:** Se efectuará un adelanto del 50 % del monto asegurado exclusivamente al asegurado titular, para su disfrute en vida, cuando se manifieste de forma fehaciente una enfermedad terminal que puede ser determinada por los médicos y que es de carácter progresivo e incurable, llevando a la muerte inevitablemente en un determinado lapso de tiempo no mayor a un año. Este beneficio aplica hasta la edad de 69 años. Aprobado por el Instituto y efectuado el anticipo al Asegurado la póliza continuará en vigencia por el 50% (restante) de la suma asegurada por muerte. Una vez diagnosticada la enfermedad terminal cubierta por este beneficio, el monto asegurado por el riesgo de muerte no podrá aumentarse por ninguna causa a estos asegurados.
- **Adelanto para gastos funerarios:** Se adelantará hasta un 20 % del monto asegurado para gastos funerarios inmediatos, a los beneficiarios designados, si éstos lo solicitan, con la sola presentación de la copia del certificado de defunción que emite el centro hospitalario, médico forense o instancia pública respectiva. El restante 80 % se girará una vez presentada la documentación oficial respectiva, incluyendo el certificado de defunción oficial del Registro Civil indicando causa de la muerte.

2.2. Coberturas adicionales

Se ofrecen varios beneficios adicionales para mejorar la cobertura básica del seguro de vida:

- **Beneficio de Incapacidad – BI-1:** Adelanto en un sólo pago, de la suma asegurada en caso de invalidez total y permanente del asegurado.
- **Doble Indemnización por Muerte Accidental (DID):** Indemnización por UNA SUMA ADICIONAL igual a la suma básica contratada, en caso de muerte accidental (pago doble en caso de muerte accidental) o desmembramiento del asegurado (pérdida de extremidades o la vista) según la tabla de indemnizaciones indicada en el contrato de seguro.
- **Beneficio Adicional del 50 % por Enfermedad Terminal (BA-50%-ET):** Indemnización de un 50% ADICIONAL de la suma asegurada, en caso de que el asegurado presente un diagnóstico de enfermedad terminal. No se ofrece si se contrató Muerte Plus.

- **Beneficio familiar (BF)** : Consiste en indemnizar al asegurado titular los siguientes montos:
 - Por fallecimiento del cónyuge o conviviente del titular un máximo de un 50 % del monto asegurado: Este beneficio aplica en el tanto al momento de ingresar a la póliza (el cónyuge o conviviente) tenga 65 años o menos. La cobertura del beneficio será hasta los 69 años (edad del cónyuge) mientras el titular sea afiliado a la organización y se pague la prima correspondiente.
 - Por fallecimiento de hijos del titular un máximo de un 25 % del monto asegurado: Este beneficio aplica para los hijos e hijas del titular del seguro, mayores de 14 días de nacido y menores de 17 años o mientras sean estudiantes hasta los 22 años, solteros (as) y económicamente dependientes del titular del seguro. Los hijos (as) sujetos a este beneficio son exclusivamente aquellos hijos (as) biológicos o adoptivos, ambos debidamente inscritos en el Registro Civil. Este beneficio no aplica para los hijastros (as), hijos (as) del cónyuge (no titular del seguro) no reconocidos por el titular del seguro o hijos (as) biológicos del titular del seguro pero no reconocidos legalmente.

3. Beneficios

- Tarifas colectivas y/o grupales, que son más accesibles que las tarifas individuales.
- Contratación grupal simplificada por lo general mediante listados.
- Condiciones contractuales y beneficios particulares a grupos específicos.
- Administración centralizada por medio del contratante y los suscritos agentes de seguros.
- Eventuales beneficios económicos para la organización (comisión de cobro o utilidades).
- Estímulo e incentivo real a los trabajadores asegurados por parte de la organización.
- Retribución real de beneficios por parte de la organización a los trabajadores.
- Beneficio de gran contenido social hacia el trabajador y sus beneficiarios. Incentivo para atraer nuevos afiliados.

4. Requerimientos de aseguramiento - Las condiciones generales para la adquisición del SVC son las siguientes:

- El contrato colectivo lo solicita y firma la organización o empresa patronal.
- Monto mínimo y máximo de seguro a contratar por persona: 1 millón a 100 millones.
- El seguro se debe contratar para el 100 % (afiliación total) de personas que conforman el grupo. Sin embargo, no es problema si algunas personas del grupo no desean el seguro.
- Usualmente los contratos son de UN MONTO UNIFORME Y UNICO DE SEGURO DE VIDA, en colones o dólares. Sin embargo, puede negociarse hasta TRES MONTOS DE SUMA ASEGURADA (escalonado), según el nivel salarial de la población a asegurar (operativos, administrativos, ejecutivos) u otras categorizaciones propias de la organización.
- El contrato de seguros se formaliza bajo la cobertura de NO LIMITACION DE EDAD, es decir sin límite de edad de inclusión en la póliza y con cobertura por muerte sin límite de edad, mientras esté afiliado a la organización y la póliza se encuentre vigente. Por ello los mayores de 65 años pagarán una extra prima.
- El pago de la póliza es mensual adelantado. También puede ser anual, semestral o trimestral.
- La inclusión de asegurados se efectúa mediante REPORTE DE PLANILLA, según formato del INS.
- Posibilidad de INDEXAR (aumentar) el monto del seguro anualmente.

- Comisión de recaudación de primas (1 – 2 %) según volumen asegurado y total de personas.
- Participación de utilidades o recargo por siniestralidad, según comportamiento.
- Se parte de la premisa que la población es "riesgo normal", según actividad laboral.
- El contratante o tomador del seguro lleva el control y registro de beneficiarios.
- Los pagos de indemnizaciones se giran al contratante o tomador del seguro.
- Esta póliza es y opera de forma independiente de cualquier otra póliza que se tenga contratada con el INS por los asegurados de forma individual o colectiva.
- Cada afiliado deberá llenar la BOLETA DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS.

El contratante efectúa mensualmente el reporte de inclusiones y/o exclusiones, en el formato y medio definido por el INS. Los reportes se manejan por medio de correo electrónico oficiales, en hojas Excel y según formato predefinido por el INS.

- 5. Formas de pago: Anual, Trimestral, semestral o mensual, por la naturaleza del seguro se recomienda que sea de formal mensual.**
- 6. Tarifas y costos; según actividad principal de la organización y la estratificación de las edades de los colaboradores que conforman el grupo a asegurar.**
- 7. Principales exclusiones y limitaciones:**

SIDA. Cuando la causa de la muerte o incapacidad sea consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o el complejo relacionado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) no se amparará ninguna reclamación durante los primeros cinco años de cobertura para montos hasta ¢ 75 millones y hasta 8 años para montos superiores a ¢ 75 millones, contados a partir de la fecha de su inclusión en el INS en este seguro.

Primer año póliza y disputabilidad Durante el primer año póliza de cada asegurado (titular y familiares), los beneficios al amparo de esta póliza serán disputables en relación con cualquier asegurado titular y grupo familiar si la causa del suceso que origina la reclamación fuere una enfermedad, estado o lesión corporal sufrida antes de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza, por la cual estuvo sometido a tratamiento o fue diagnosticada por un médico, o fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el asegurado o terceras personas. La disputabilidad aplica según monto asegurado, partiendo de la siguiente norma:

Monto asegurado	Período de disputabilidad
Hasta ¢1.000.000	Sin disputabilidad
De ¢1.000.001 a ¢5.000.000	6 meses
Más de ¢5.000.000	1 año

Suicidio Si el asegurado titular o algún miembro del grupo familiar se suicida durante el primer año de haber sido incluido en el seguro, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, el Instituto no amparará la reclamación.

¡Los seguros de vida del INS brindan tranquilidad a usted y su familia!

Para más información escribanos a: info@queossegueros.com