

Sagicor Costa Rica SCR Sociedad Anónima

Seguro Autoexpedible de Vida Colones

Código de producto: P14-23-A12-512

Fecha de registro: 16-may-14

Oficio de solicitud de registro: SGR-GN-0010-2014

Seguro Autoexpedible de Vida Colones

ASEGURADORA SAGICOR COSTA RICA S.A. (denominada en adelante “la Compañía”), es una Aseguradora registrada bajo la cédula jurídica 3-101-640739 y debidamente acreditada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, que expide esta póliza de seguro. La misma regirá por las cláusulas detalladas a continuación en este Contrato de Seguro.

SECCIÓN I - Condiciones Iniciales

Artículo 1 - Documentación contractual

Integran este Contrato de Seguros las Condiciones Generales y el Certificado de Póliza, los cuales expresan los derechos y obligaciones del Asegurado y la Compañía.

Artículo 2 – Derecho al Retracto

El Asegurado contará con un plazo máximo de 5 días hábiles, contados a partir de la emisión del presente seguro y siempre y cuando no haya sucedido un evento amparado según los términos de esta póliza, para revocar unilateralmente este contrato amparado al derecho de retracto, mediante comunicación formal dirigida a la Compañía, la cual entregará directamente al operador de seguros autoexpedibles correspondiente o en las oficinas de la Compañía, conforme indicadas en estas condiciones generales.

La revocación del seguro regirá a partir de la fecha de tal comunicación y la Compañía dispondrá de un plazo máximo de 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recibido de dicho documento, para devolver al Asegurado el 100% del monto de la prima pagada al momento de que se expidiera el seguro, sin penalizaciones o deducciones.

La Compañía girará un cheque o realizará un depósito en la cuenta cliente que indique el Asegurado.

Artículo 3- Definiciones

Accidente: Acontecimiento repentino, inesperado e inusual que se produce en un momento y lugar identificables. Incluye también la exposición resultante

de un accidente de un medio de transporte en el que el Asegurado esté viajando.

Año Póliza: El período comprendido entre las 12:00 de la noche en la Fecha de Inicio hasta las 12:00 de la noche del último día del año de la póliza. Cada período subsiguiente de 12 meses contados a partir del aniversario de la póliza se considerará como un año de la póliza. Todo lo anterior conforme se especifica en las Condiciones Generales y en el certificado de seguro.

Asegurado: Persona física que está debidamente registrada en la póliza. Para el caso de este producto, el tomador es el asegurado.

Beneficiario: Persona física que recibe el beneficio de los reclamos que se generen por un riesgo cubierto por esta póliza.

Certificado de Póliza: Parte integrante de la póliza en el que se resumen las condiciones particulares de la misma.

Enfermedad preexistente: Cuando el Asegurado fue diagnosticado o está siendo estudiado de alguna de las enfermedades cubiertas por la póliza, antes o al momento de iniciar la cobertura.

Hospital o Clínica: Establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

Incapacidad Total y Permanente: La incapacidad total y permanente del Asegurado se produce como consecuencia de accidentes que ocasionen que el Asegurado sea completamente incapaz de participar en cualquier actividad lucrativa para la cual él o ella es, o se convirtiere en, razonablemente adecuada por su educación, capacitación o experiencia. Tal incapacidad total y permanente deberá ser certificada por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) o en su defecto,

por un médico especialista autorizado por la compañía, el cual utilizará los parámetros de dicha Comisión.

Operador de Seguro Autoexpedible: Persona jurídica que mediante un contrato mercantil, se compromete frente a la entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos, que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.

Prima: Precio que debe pagar Asegurado por la cobertura de riesgo que se asume.

Prima no devengada: Proporción de la prima pagada, correspondiente al periodo que aún no ha transcurrido.

Artículo 4 - Prima

Es el precio establecido para esta póliza, el cual se establece en el Certificado de Póliza.

Frecuencia de pago

El pago de las primas es anticipado de forma anual, sin embargo el Asegurado tiene la posibilidad de fraccionar el pago y realizarlo mensualmente; las primas deberán ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato.

La frecuencia y el medio de pago de la presente póliza es el que se detalla en el Certificado de Póliza.

Cumplido el primer año de póliza y de previo a cada renovación, la Compañía podrá ajustar las primas, para lo cual notificará al asegurado las nuevas primas vigentes con al menos 30 días calendario de antelación a la fecha de renovación.

Artículo 5 – Requisitos de Suscripción

Para tomar la presente póliza, el Asegurado deberá completar los siguientes requisitos:

1. Presentar Fotocopia del documento de identidad
2. Completar el formulario Certificado de Póliza, la cual incluye la declaración de salud.
3. Firmar Certificado de Póliza y la boleta de autorización para revisar expedientes médicos.

Artículo 6 - Modalidad de contratación

Este seguro se constituye en modalidad autoexpedible anual renovable.

Artículo 7 - Periodo de cobertura

El presente seguro establece su cobertura bajo la base de ocurrencia del siniestro, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En consecuencia, este seguro sólo cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se haya pagado la prima.

Artículo 8 – Período de Carencia

Se establece un período de carencia de tres (3) meses, a partir de la emisión de la póliza, plazo durante el cual las coberturas de la póliza no operan si el Asegurado muere por causa natural.

No aplica para las coberturas de Muerte Accidental e Incapacidad Total y Permanente por Accidente

Artículo 9 - Edad incorrecta

Si la edad del Asegurado es menor a la edad mínima de contratación (18 años), se procederá con la devolución de la prima y el seguro quedará sin efecto.

Artículo 10 - Suma asegurada

La suma asegurada será la elegida por el Asegurado, la cual constará en el formulario Certificado de Póliza.

La sumatoria de los montos asegurados de las coberturas básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, no podrá exceder los treinta y dos millones quinientos mil colones (32.500.000,00).

Para controlar los montos asegurados, la Compañía cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica definido por el Instituto.

Si eventualmente se emitiera la póliza, se le informará al Asegurado y se le devolverá el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

Artículo 11 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

El seguro entrará en vigencia en la fecha que se emita la póliza, siempre y cuando se realice el pago de la prima.

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en el Certificado de Seguro.

Artículo 12 – Póliza de Seguros

El Operador de Seguros Autoexpedibles deberá proporcionar al Asegurado el Certificado de Póliza y las Condiciones Generales de la misma, conforme establecido por la Regulación y Normativa vigente.

Artículo 13 - Finalización de la póliza

En adición a los casos indicados por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, esta póliza finalizará si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

1. Cancelación del seguro a solicitud del asegurado,
2. Vencido el periodo de gracia, y no se haya pagado la prima.
3. La aseguradora compruebe declaraciones falsas.

Durante la vigencia de esta póliza, el Asegurado podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos un mes de anticipación a la fecha de eficacia del acto. Salvo por lo especificado durante el plazo de retracto, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada. Cuando el seguro es pagado de forma mensual la prima se da por devengada, cuando el seguro es anual se devolverá la prima no devengada a la fecha de cancelación del seguro.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

Artículo 14 - Período de gracia

Se permitirá un período de gracia de 60 días calendario para el pago de las primas vencidas. Durante este periodo la póliza se mantendrá en pleno vigor.

SECCIÓN II – Coberturas

Esta póliza está conformado por un paquete de coberturas, por lo cual no pueden contratarse por separado.

Artículo 15 - Cobertura Básica: Muerte No Accidental

Esta póliza cubre el fallecimiento por cualquier causa diferente a un accidente; sujeto a las exclusiones generales de esta póliza.

Beneficio

En caso de muerte no accidental del Asegurado bajo circunstancias amparadas en este contrato de seguro se pagará un beneficio mediante un pago único a favor del (los) Beneficiario(s) designado(s) según lo estipulado en el artículo 21. El mismo será igual al a la suma asegurada que conste para esta cobertura en el Certificado de Seguro según lo estipulado en la Sección III - Reclamos.

Artículo 16 – Cobertura de Muerte Accidental

Esta póliza cubre el fallecimiento a consecuencia de un accidente, sujeto a las exclusiones generales de esta póliza.

En caso de muerte por Accidente del Asegurado bajo circunstancias amparadas en este contrato de seguro la compañía pagará un beneficio según consta en el Certificado de Póliza mediante un pago único a favor del (los) Beneficiario(s) designado(s) según lo estipulado en el artículo 21.

Artículo 17 – Cobertura de Incapacidad Total y Permanente

Esta póliza cubre el riesgo de incapacidad total y permanente del Asegurado a causa de un Accidente.

Beneficio

En caso de Incapacidad Total y Permanente por Accidente del Asegurado bajo circunstancias amparadas en este contrato de seguro se pagará un beneficio mediante un pago único a favor del asegurado. El mismo será igual a la suma asegurada que conste para esta cobertura en el Certificado de Seguro, según lo estipulado en la Sección III – Reclamos.

Artículo 18 – Cobertura de Gastos Funerarios

La Compañía pagará la suma asegurada bajo esta cobertura, conforme sea estipulado en el Certificado de Póliza para cubrir gastos funerarios, entierro y/o de cremación ante el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa.

Beneficio

La Compañía realizará un único pago a (los) Beneficiario(s) designado(s) para cubrir los Gastos Funerarios, el mismo será igual a la suma asegurada que conste para esta cobertura en el Certificado de Seguro, según lo estipulado en la Sección III – Reclamos.

Artículo 19 - Exclusiones generales

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia las pérdidas originadas total o parcialmente, directa o indirectamente por:

- Suicidio que ocurra durante los primeros dos años desde que inicia la cobertura, ya sea que el Asegurado sea una persona cuerda o demente en el momento del acto.

En el caso en que un siniestro no sea amparado debido a esta exclusión, la Compañía devolverá las primas no devengadas al momento del siniestro.

- Cuando la muerte sea causa de participar en disturbios, guerra o motines.

- Desde o al intentar realizar un vuelo aéreo de cualquier tipo, excepto como pasajero y no como miembro de la tripulación del avión, ni teniendo ningún deber en relación con el vuelo.

- Cometer o intentar cometer un delito.

- Actividades peligrosas incluyendo carreras sobre ruedas o botes, esquí acuático y similares.

- Fallecimiento dentro los primeros 24 meses de cobertura como resultado directo o indirecto de una Enfermedad preexistente.

SECCIÓN III - Reclamos

Artículo 20 - Procesamiento de reclamos

La Compañía pagará a Asegurado o a los beneficiarios designados la suma asegurada conforme conste en el Certificado de Seguro después de la provisión de:

-Prueba satisfactoria de la ocurrencia del evento cubierto.

Asimismo, deberán presentarse los siguientes documentos por parte del Asegurado o (los) Beneficiario (s):

1. Muerte No Accidental

- a. Solicitud de indemnización
- b. Certificado de nacimiento, cédula de identidad o pasaporte del Asegurado
- c. Declaración de un médico sobre la causa de la muerte.
- d. El certificado de defunción emitido por el Registro Civil, donde se indique la causa de defunción

2. Muerte Accidental

- a. Solicitud de indemnización
- b. Certificado de nacimiento, cédula de identidad o pasaporte del Asegurado
- c. Declaración de un médico sobre la causa de la muerte.
- d. El certificado de defunción emitido por el Registro Civil, donde se indique la causa de defunción
- e. Copia certificada del expediente judicial donde se consigne la causa de la Muerte del asegurado

3. Incapacidad Total y Permanente por Accidente:

Prueba satisfactoria de la incapacidad total y permanente, según fuera definido en esta póliza.

Prueba de que el Asegurado no se encuentra pensionado o retirado.

4. Cobertura Gastos Funerarios

Entrega del Acta de Defunción emitida por el Médico Forense o el Hospital donde sucedió el evento.

En caso que alguno de los anteriores documentos sea presentado en un idioma distinto al español, deberá acompañarse de una traducción oficial a dicho idioma. Asimismo, si algún documento oficial fuera emitido por una autoridad fuera de Costa Rica, el documento deberá presentarse debidamente legalizado mediante el trámite consular aplicable.

Artículo 21 - Beneficiarios

Los beneficiarios de esta póliza deberán ser determinados de forma específica por el Asegurado hasta por los límites que el mismo establezca y serán señalados en el Certificado de Seguro. Esta designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada a la Compañía o el llenado del formulario de cambio de beneficiario que la Aseguradora proporciona.

En el evento en que no exista declaración de beneficiarios, la indemnización se girará conforme dispone la Ley 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 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.

Artículo 22 - Plazo para indemnizar

La Compañía resolverá todas las reclamaciones que sean presentadas en un plazo no mayor a 30 días naturales, y en caso de ser aplicable la indemnización, esta será girada en los siguientes 30 días naturales luego de aceptado el reclamo, todo según lo establecido en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Sección IV - Condiciones Finales

Artículo 23 - Legislación

Esta póliza se rige por las disposiciones de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, y de forma supletoria y en lo que resulte aplicable por el Código de Comercio y el Código Civil de la República de Costa Rica.

Artículo 24 - Jurisdicción y arbitraje

En caso de reclamos o disputas, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de San José, Costa Rica. No obstante lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje de forma voluntaria e incondicional. El arbitraje será de derecho y se realizará según lo establecido en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio (CICA).

De igual forma, y por común acuerdo, las partes podrán designar otro árbitro o centro de arbitraje que consideren adecuado. El árbitro tendrá la facultad de obtener la opinión de los expertos que estime conveniente sobre cualquier asunto o cuestión que se determine.

Artículo 25 - Indisputabilidad de la póliza

La validez de la póliza y sus coberturas adicionales será indisputable para cada Asegurado después de haber estado en vigor durante un período de dos (2) años,

excepto por falta de pago de la prima o en presencia de un fraude.

Artículo 26 – Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el asegurado tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas o datos respectivos. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza

Artículo 27 - Declaraciones falsas o fraudulentas

Se extinguirá la obligación de indemnizar por parte de la Compañía si se demuestran declaraciones falsas o fraudulentas realizadas por el Asegurado, con dolo o culpa grave, cuando tal declaración le hubiera dado derecho a La Compañía a excluir, restringir o reducir esa obligación de conformidad con la Póliza. En caso de reticencia o falsedad por parte del Asegurado en la declaración del riesgo se procederá conforme al artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Artículo 28 - Modificaciones a la Póliza

El Asegurado podrá realizar las modificaciones de beneficiarios o datos personales en el momento que lo desee.

Artículo 29 - Notificaciones

Las comunicaciones que se dirijan a la Compañía deberán realizarse por escrito directamente y enviadas a las oficinas ubicadas en 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José, fax 2208-8817, correo electrónico Reclamos@sagicor.com; o bien, en las oficinas del Operador de Seguros Autoexpedibles.

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Asegurado se realizará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que exista evidencia de recibo, y que haya sido estipulado en el Certificado de Póliza

Es obligación del Asegurado informar el domicilio a la Compañía para efectos de cualquier notificación. En caso de existir una modificación en el domicilio y/o medio utilizado el mismo deberá ser notificado por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el mismo en Certificado de Póliza por medio de addendum.

Artículo 30 - Prescripción

Las obligaciones de La Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años contabilizados desde que las mismas son exigibles.

Artículo 31 - Legitimación de capitales

El Asegurado se compromete con La Compañía a brindar información veraz y verificable, a efecto de completar el formulario 'Conozca su Cliente'. Asimismo se compromete a realizar la actuación de los datos contenidos en dicho efecto cuando la Compañía solicite su colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la póliza en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación cuando se le solicite. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Asegurado dentro de los 30 días siguientes contabilizados a partir de la cancelación de la póliza.

Artículo 32 - Confidencialidad de la información

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

Artículo 33 - Delimitación geográfica

Está póliza cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo.

Artículo 34 - Moneda

Todos los valores de la Póliza se expresan en Colones, moneda oficial de Costa Rica. Toda indemnización se realizará en Colones, moneda oficial de Costa Rica.

Artículo 35 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número PXX-YY-A12-ZZZ de fecha XX de YYYYYY de ZZZZ.



Certificado - Recibo de Póliza Seguro Autoexpedible de Vida
Dólares

LOGO OPERADOR

Vigencia: Desde:

Hasta:

N° de póliza

Datos del Asegurado

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

N identificación

Estado Civil

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Edad

Genero: Femenino masculino

Provincia:

Cantón

Distrito

Dirección:

Correo Electrónico:

Teléfono Habitación

Teléfono Celular

Teléfono trabajo

El siguiente medio será el utilizado para notificaciones:

Correo Electrónico

Celular

Fax

Dirección o Apartado

Opciones de Aseguramiento

Muerte no accidental	Muerte accidental	Incapacidad total permanente	Prima mensual		Prima anual	
1,750,000	1,750,000	1,750,000	1,390	<input type="checkbox"/>	16,255	<input type="checkbox"/>
2,500,000	2,500,000	2,500,000	1,985	<input type="checkbox"/>	23,220	<input type="checkbox"/>
5,000,000	5,000,000	5,000,000	3,965	<input type="checkbox"/>	46,445	<input type="checkbox"/>
7,500,000	7,500,000	7,500,000	5,950	<input type="checkbox"/>	69,665	<input type="checkbox"/>
10,000,000	10,000,000	10,000,000	7,930	<input type="checkbox"/>	92,885	<input type="checkbox"/>
15,000,000	15,000,000	15,000,000	11,895	<input type="checkbox"/>	139,330	<input type="checkbox"/>
20,000,000	20,000,000	20,000,000	15,860	<input type="checkbox"/>	185,770	<input type="checkbox"/>
25,000,000	25,000,000	25,000,000	19,825	<input type="checkbox"/>	232,215	<input type="checkbox"/>
32,500,000	32,500,000	32,500,000	25,775	<input type="checkbox"/>	301,875	<input type="checkbox"/>

Declaración de Enfermedades Preexistentes

Declaro no padecer o haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades

1. Enfermedades del corazón por presión alta, 2. Infarto miocardio, 3. Derrame cerebral 4. Tumores malignos o cáncer, 5. Diabetes mellitus, 6. Insuficiencia renal, 7. SIDA, 8. Bronquitis crónica o enfisema, 9. Cirrosis Hepática, 10. Infecciones por el virus VIH (SIDA)

En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades anteriormente indicadas, no se podrá emitir el seguro

Registro de Beneficiarios	
Nombre Completo:	N° Identificación
Relación con el Asegurado:	Dirección:
Teléfono :	Porcentaje de participación :
Nombre Completo:	N° Identificación
Relación con el Asegurado:	Dirección:
Nombre Completo:	Porcentaje de participación :
Teléfono :	N° Identificación
Relación con el Asegurado:	Dirección:
Teléfono :	Porcentaje de participación :
Nombre Completo:	N° Identificación
Relación con el Asegurado:	Dirección:
Teléfono :	Porcentaje de participación :

El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles de SAGICOR, entidad registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización XXXXXXXX

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 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 beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. En el evento en que no exista declaración de beneficiarios, la indemnización se girará conforme dispone la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

El Asegurado tendrá la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. La Compañía dispone de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de recibido de dicho documento para devolver al Asegurado la prima.

La firma de este documento y el pago de la prima, implica la aceptación del riesgo de manera inmediata de acuerdo a las condiciones de esta póliza

Este producto cumple con las características definidas en el artículo 24– Seguros Autoexpedibles y artículo 42– Registros obligatorios, inciso a) del anexo 15 Registro de pólizas tipo- y el artículo 47– Requisitos para la solicitud de registro del Reglamento de Autorizaciones, Registro y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

AUTORIZACIÓN PARA CARGO AUTOMÁTICO

El Asegurado autoriza el cargo por cualquiera de los siguientes medios (marque con "x" el medio de pago)

Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria:	Vencimiento:	Nombre de Tarjetahabiente:
---------------------------------------	--------------	----------------------------

Tipo de tarjeta : Visa Mastercard American Express Otros _____

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros o cualquier medio escogido, en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y Sagicor. Asimismo relevo a Sagicor a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite del crédito. En caso de que el pago no se de por causas no atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la 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 la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número _____ de fecha _____. Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar a Sagicor, teléfonos 40003270, página Web www.sagicor.cr

Autorización para obtener y divulgar información: Declaro que todas las respuestas y declaraciones incorporadas a este formulario han sido realizadas de forma voluntaria y consciente, y mediante información veraz, completa, y fidedigna; y entiendo que dichas respuestas y declaraciones son la base sobre la cual se analizará el siniestro bajo la póliza indicada. Asimismo, por un espacio de tres meses a partir de esta fecha, autorizo a mi médico hospital o cualquier otro centro médico relacionado a revelar a Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A. información sobre mi salud, hábitos o la historia médica. Dicha información únicamente podrá ser solicitada y proporcionada a funcionarios debidamente acreditados de Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A. La autorización aquí indicada es extensiva en caso de reclamo de derechos por causa de siniestro, por un plazo adicional de tres meses a partir de la fecha del aviso de siniestro. La confidencialidad y tratamiento de la información dispuesta en la presente cláusula se regirá por las disposiciones aplicables de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y cualquier otra norma aplicable en beneficio de la persona asegurada o solicitante.

Por la presente declaro que toda información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta Sagicor para emitir la póliza que solicito y que cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web de SAGICOR www.sagicor.cr. Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará Sagicor de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Firma del Asegurado _____

Nombre y cédula del Asegurado	Nombre del vendedor	Nombre Representante Legal SAGICOR
Firma del Asegurado	Firma del vendedor	Firma Representante Legal SAGICOR