

Triple-S Blue, Inc.

SEGURO DE VIDA TEMPORAL NIVELADO EN DOLARES

Código de producto: P14-25-A11-608
(Versión 3)

Fecha registro V3: 03-jul-15



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple-S Blue, Inc.

TRIPLE-S BLUE, INC.

**Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA
Cédula jurídica 3-012-631203**

SEGURO DE VIDA TEMPORAL NIVELADO

El seguro es pagadero si el Asegurado muere mientras esta Póliza esté en vigor. Las primas son pagaderas en vida del Asegurado hasta la Fecha de Expiración.

CONDICIONES GENERALES

Las presentes constituyen las Condiciones Generales del **SEGURO DE VIDA TEMPORAL NIVELADO EN DOLARES**, que se regirá por las siguientes cláusulas.

I. INTRODUCCION

TRIPLE-S BLUE, INC., es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza, y acuerda pagar los beneficios de acuerdo con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la presente póliza. TRIPLE-S BLUE, INC. es concesionario independiente de la BlueCross and BlueShield Association, lo que permite a TRIPLE-S BLUE, INC., comercializar sus productos en Costa Rica con el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA.

El área de servicio de BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA es la República de Costa Rica. Esta póliza se emite a residentes de la República de Costa Rica, cuyo domicilio permanente está ubicado dentro del área de servicio.

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

**Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General**

INDICE DE LAS CONDICIONES GENERALES

I. INTRODUCCION	2
II. DEFINICIONES	5
III. DOCUMENTACION DE LA POLIZA Y BASES DEL CONTRATO	6
Protección para los pagos	6
IV. ÁMBITO DE COBERTURA Y BENEFICIO MÁXIMO	6
Beneficio Por Muerte	6
Sexo o Edad	6
Cobertura Básica- Muerte	7
Coberturas Opcionales	7
Cobertura Opcional Para El Adulto Mayor	7
V. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	7
Condiciones Preexistentes	7
Disputabilidad	7
Suicidio	7
Exclusiones	7
Cobertura Básica de Muerte.	7
Beneficiario	7
Cambio de Beneficiario	8
VII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO	8
Del Tomador	8
Del Asegurado Principal, Adicional, Dependientes	8
Del Beneficiario:	8
Primas 8	8
Edad de Contratación y Temporalidad de la Póliza.	8
Obligación De Pago De Primas	9
Pago Puntual De Primas. Lugar De Pago Y Forma De Pago	9
Periodo De Gracia Y Mora En El Pago	9
Fraccionamiento De Primas	9
IX. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES	9
Examen Médico y Autopsia	10
Prueba Del Siniestro y Deber De Colaboración	10
Acciones Fraudulentas	10
Plazo De Resolución De Reclamos	10
C) FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DECLARACIÓN DEL MEDICO ENCARGADO.	11
X. VIGENCIA, REHABILITACION Y TERMINACION DE LA POLIZA	11
Vigencia	11
Rehabilitación	11
Terminación De La Póliza	11
XI. CONDICIONES VARIAS	12
Declaraciones En La Solicitud	12
Reticencia O Falsedad En La Declaración Del Riesgo	12
Informes De Médicos Y De Hospitales	12
Rectificación De La Póliza	12
Confidencialidad De La Información	13
Moneda	13
Prescripción	13
Pagos Indebidos	13
Cesión	13
Legitimación De Capitales	13

XII. INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS	13
Resoluciones en Sede Administrativa	13
Medios Alternos De Solución De Conflictos	14
Tribunal Con Jurisdicción	14
XIII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	14
XIV. DISPOSICIONES FINALES	14

II. DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza las siguientes frases, palabras, términos, deben entenderse de la forma siguiente:

Accidente: Acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista, que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo este contrato.

Adenda: Para los efectos de esta póliza, se refiere a la documentación que se agregue a la póliza para reportar cambios durante la vigencia del contrato, tales como el domicilio del asegurado, dirección contractual, cambio, inclusión o exclusión de beneficiarios.

Administrador de reclamos de la compañía: Se refiere a la Unidad administrativa de la Compañía, ubicada en el domicilio de la Compañía que aparece en las Condiciones Particulares, encargada de recibir la documentación para el trámite de los reclamos, solicitar información adicional en caso necesario, y realizar los pagos.

Aniversario de la póliza: Es el mismo día y mes de la fecha de su Póliza para cada año siguiente durante el cual la Póliza permanece en vigencia.

Año póliza: Periodo de doce (12) meses consecutivos que comienza cada año en el mes y día de la Fecha de Vigencia.

Asegurado: La persona cuya vida está asegurada bajo esta Póliza, según se indica en las Condiciones Particulares.

Asegurado Adicional: Es la persona nombrada como tal en la solicitud.

Beneficiario: Es la persona o personas designadas por Usted para recibir los beneficios

de esta póliza cuando ocurre la muerte del asegurado.

Edad: Significa la edad del Asegurado a su cumpleaños más cercano.

Enfermedad: Es la alteración patológica de uno o varios órganos que da lugar a un conjunto de síntomas característico.

Mes de la póliza: Un periodo que comienza cada mes en el día de la Fecha de Vigencia y que termina el siguiente mes en el día que precede el día de la Fecha de Vigencia.

Nosotros, Compañía: Se refiere a Triple-S Blue, Inc., que utilizará el nombre comercial de Bluecross Blueshield Costa Rica.

Fecha de vigencia de la póliza: Es la fecha de comienzo del seguro. La Fecha de Vigencia aparece en la Condiciones Particulares de la Póliza. No obstante, la póliza no entrará en vigencia hasta que la Compañía reciba la prima inicial, en el domicilio de la Compañía o por el medio acordado. La Fecha de Vigencia es también la fecha a partir de la cual se miden los años y meses de la Póliza. Un año de la Póliza es un periodo de doce meses consecutivos. Un mes de la Póliza es el periodo que comienza en el día del mes igual al de la Fecha de Vigencia y termina en el día anterior al mismo día del mes siguiente.

Si la prima inicial se paga mediante el sistema de deducción de planilla, el seguro comenzará en la fecha de la deducción siempre que la prima se reciba en nuestra Compañía. Nosotros podremos cambiar la Fecha de Vigencia para que esté de acuerdo con la fecha de recibo de la primera prima. Si cambiamos la Fecha de Vigencia le enviaremos unas nuevas Condiciones Particulares con la nueva Fecha de Vigencia.

Esta póliza cubrirá únicamente los reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

Monto del seguro: Es el monto del Beneficio por Muerte según se indica en las Condiciones Particulares o en cualquier endoso a esta póliza.

Plazos de espera o periodos de carencia: Es un período especificado en la póliza o cubierta opcional, que se inicia a partir de la vigencia de la póliza o de la cubierta opcional, durante el cual las pérdidas que ocurran no serán cubiertas por la póliza.

Periodo de gracia: Es el período de 30 días, dentro del cual el Asegurado podrá pagar cualquier prima después de la primera, periodo durante el cual la póliza continuara en vigor. En caso de que la póliza se convierta en reclamación durante el periodo de gracia, antes de haberse pagado la prima vencida, el importe de dicha prima podrá deducirse de cualquier liquidación con arreglo a la póliza.

Solicitud de seguro: Es el formulario firmado por el Solicitante o Tomador, que se adjunta y forma parte de esta Póliza, mediante el cual se solicita cobertura bajo esta póliza.

Tomador: Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro. Puede concurrir en el tomador la figura de la persona asegurada.

Usted: El asegurado de esta póliza.

III. DOCUMENTACION DE LA POLIZA Y BASES DEL CONTRATO

La presente Póliza se emite de acuerdo a la información ofrecida en la Solicitud de Seguro. La documentación válida que conforma la presente póliza es la siguiente: la solicitud del seguro firmada por el tomador o solicitante, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares en las que se hará constar las coberturas o beneficios opcionales contratados, así otras solicitudes que se presenten luego de emitido el seguro así como otras adenda que se llegaren a agregar a la póliza. Las coberturas opcionales formarán parte de la póliza si la cobertura es contratada por el asegurado o tomador. **Las Condiciones Particulares tendrán prelación en relación con las Condiciones Generales.**

Protección para los pagos

A menos que Usted y Nosotros estemos de acuerdo, o a menos que se especifique de otro modo en esta póliza, ninguna persona con derecho a recibir beneficios bajo esta póliza podrá conmutar, pignorar, vender o ceder cualquier porción de esos beneficios. Hasta donde esté permitido por ley, dichos beneficios no estarán sujetos a las reclamaciones de parte de los acreedores del receptor o a cualquier proceso legal contra el receptor.

IV. ÁMBITO DE COBERTURA Y BENEFICIO MÁXIMO

La cobertura de esta póliza puede ser por los siguientes periodos: diez (10) años, quince (15) años, veinte (20) años y treinta (30) años, según la opción elegida por el Tomador o Asegurado, y por el monto asegurado que se detalla en las Condiciones Particulares.

Beneficio Por Muerte

Si el Asegurado muere mientras esta Póliza se encuentra en vigor y antes de la Fecha de Expiración, Nosotros le pagaremos al beneficiario de conformidad con lo siguiente:

- a). el Monto Asegurado: MAS
- b). cualquier cobertura adicional sobre la vida del Asegurado que haya sido contratada en esta Póliza; MAS
- c). aquella porción de cualquier prima pagada que aplica a un período posterior al mes en el que ocurre la muerte del Asegurado, MENOS
- d). cualquier prima al descubierto si la muerte ocurre durante el período de gracia.

Nosotros pagaremos al beneficiario después de que recibamos la prueba fehaciente de la muerte y la debida reclamación por escrito.

Sexo o Edad

Si la edad o el sexo del Asegurado se registran erróneamente en la solicitud, el monto del seguro por Muerte se ajustará. El monto del seguro ajustado será el que las primas pagadas hubiesen provisto a la edad y sexo correctos del Asegurado. La edad que se muestra en las Condiciones Particulares es la edad del Asegurado en su cumpleaños más cercano.

Cobertura Básica– Muerte

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de la cobertura indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía cubrirá la suma asegurada, en caso de muerte accidental o no accidental del asegurado.

Coberturas Opcionales

El asegurado o tomador tendrá la opción de contratar las siguientes coberturas adicionales en su póliza, pagando la respectiva prima o ajuste de prima:

- a) **Indemnización Adicional Por Muerte Accidental**
- b) **Ingreso Por Incapacidad Total**
- c) **Seguro de Vida Temporal Para Asegurado Adicional**
- d) **Seguro de Vida Temporal Para Hijos**
- e) **Adelanto en Vida hasta del Cincuenta Por Ciento de la Suma Asegurada**
- f) **Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total**

Si una cubierta opcional se contrata en una fecha posterior a la fecha de la solicitud original, entrará en vigor el primer día del próximo Mes de la Póliza después que la Compañía apruebe la solicitud para esta cubierta opcional.

Cobertura Opcional Para El Adulto Mayor

- a) **Solicitantes mayores de 65 años de edad.** Estarán disponibles las Coberturas Opcionales con las mismas condiciones y exclusiones establecidas, sujetas al respectivo ajuste en prima.
- b) **Asegurado individual que alcanza la edad de 65 años mientras la póliza está en vigor.** Estarán disponibles las Coberturas Opcionales y con las mismas condiciones y exclusiones establecidas, sujetas al respectivo ajuste en prima.

V. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Condiciones Preexistentes

Todas las condiciones preexistentes necesitan ser expuestas e incluidas en la Solicitud de Seguro. La Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza. Tal exclusión o limitación así como

las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante.

Disputabilidad

El periodo de disputabilidad inicia a partir de la fecha de vigencia. Después que esta póliza o la cobertura opcional haya estado en vigencia sin interrupción durante dos (2) años en vida del asegurado su validez no será disputada por omisiones o inexactas declaraciones del asegurado para la correcta apreciación del riesgo, salvo que el asegurado hubiera actuado con dolo.

Si esta Póliza se reinstala, esta disposición se medirá a partir de la fecha de la reinstalación, y de acuerdo con las declaraciones hechas en la solicitud para la reinstalación. Esta disposición no aplica a ninguna disposición sobre Beneficios por Muerte Accidental.

Suicidio

Si el asegurado comete suicidio aún en estado de perturbación o enfermedad mental, dentro de un periodo de dos años desde la Fecha de Vigencia, la Compañía se libera de todo pago por esta póliza. En este caso, la Compañía queda obligada a la devolución de las primas no devengadas menos los gastos ocasionados.

Exclusiones

Quedarán excluido de la presente póliza lo siguiente:

Cobertura Básica de Muerte.

Esta cobertura no tiene exclusiones, salvo lo establecido en las cláusulas de Condiciones Preexistente, Disputabilidad, y Suicidio. Las exclusiones para la Coberturas Opcionales serán las que indique el beneficio respectivo.

VI. DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Beneficiario

El beneficiario es la persona o personas designadas por Usted en la solicitud para recibir el monto del seguro cuando ocurre la muerte del Asegurado.

Si dos o más beneficiarios sobreviven al Asegurado, Nosotros les pagaremos el beneficio en partes iguales a menos que Usted haya seleccionado otro modo. Si un beneficiario fallece antes o simultáneamente con el asegurado, su parte acrecerá a favor de los beneficiarios sobrevivientes. En caso de que todos los beneficiarios murieran antes o simultáneamente con el asegurado; el beneficio se pagará a los herederos legales de la persona asegurada, establecidos judicialmente. Si el beneficiario muere después del asegurado, sin haber recibido el beneficio, tendrán derecho a cobrar los herederos legales del beneficiario.

Cambio de Beneficiario

Para cambiar el beneficiario, envíe una Petición por Escrito mientras esté vivo el Asegurado debidamente firmada y entregada en nuestras oficinas. El cambio tendrá efecto a partir del conocimiento de nuestra Compañía. Una vez recibida por la Compañía la solicitud de cambio del beneficiario, entrará en vigor en la fecha en que Usted firmó la Petición. Este cambio no aplicará a ningún pago hecho por Nosotros antes de la comunicación de su petición de cambio. Si se ha nombrado un beneficiario irrevocable, tiene que conseguir el consentimiento de ese beneficiario para que el cambio sea efectivo.

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.

VII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO

Sin perjuicio de otras obligaciones que se establezcan en esta póliza, y de las obligaciones que se encuentren contenidas en las Coberturas Opcionales contratadas, son obligaciones:

Del Tomador

- a) Pagar la prima, sea que contrate por cuenta propia o ajena, y
- b) cumplir con las obligaciones de esta póliza, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada.

Del Asegurado Principal, Adicional, Dependientes

- a) Pagar la prima del asegurado principal, los asegurados adicionales, dependientes que se incluyan en la póliza, dentro de los plazos establecidos en esta póliza.
- b) Someterse a los exámenes médicos, tantas veces como sea razonable desde el punto de vista médico mientras una reclamación se encuentre pendiente
- c) En caso de siniestro, cumplir con los requerimientos como se dispone para el **Aviso De Siniestro Y Presentación De Reclamos.**

Del Beneficiario:

- a) Presentar el reclamo por Muerte natural o accidental del Asegurado o su cónyuge.
- b) Presentar los requisitos indicados en la presente póliza.

VIII. PRIMAS, PERIODO DE GRACIA, MORA Y FRACCIONAMIENTO

Primas

Las primas son garantizadas durante la **Temporalidad del Plan contratado.**

Edad de Contratación y Temporalidad de la Póliza.

Los Planes de seguros temporales disponibles pueden ser suscritos a partir de los 15 años sin

límite de edad. No obstante, para asegurados que suscriban el Plan Temporal a 10 años después de alcanzar la edad de los 70 años; ó que suscriban el Plan Temporal a 15 años después de alcanzar la edad de 65 años; ó que suscriban el Plan Temporal a 20 años después de alcanzar la edad de 60 años; o que suscriban el Plan Temporal a 30 años después de alcanzar los 50 años de edad; no se aplicarán primas niveladas sino que se aplicarán las primas vigentes conforme a la edad alcanzada cada año.

Obligación De Pago De Primas

Las primas después de la primera son pagaderas puntualmente en o antes de su fecha de vencimiento en el domicilio de la Compañía o por el medio acordado. Las primas vencen en el mismo día de la Fecha de Vigencia al comienzo de cada periodo definido por la frecuencia del pago.

La prima y la frecuencia de pago aparecen en las Condiciones Particulares. El pago de una prima no mantendrá la Póliza en vigor después de la fecha de vencimiento de la próxima prima, excepto como se dispone para el **Periodo de Gracia**.

Pago Puntual De Primas. Lugar De Pago Y Forma De Pago

El pago puntual de las primas es responsabilidad del Asegurado dentro de los plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales. Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en el domicilio de la Compañía o por el medio acordado.

La forma de pago es anual y puede realizarse mediante: cheque a nombre de la Compañía, tarjeta de crédito o débito, depósito bancario en la cuenta que se le suministrará, y eventualmente el método de deducción de planilla (cuando esté disponible).

Adicionalmente, el asegurado puede escoger el pago fraccionado de su prima de acuerdo con la política indicada en la presente póliza.

Los ajustes de prima originados en modificaciones a esta póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez días naturales

contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. Si la modificación origina devolución de prima, la compañía deberá efectuarla en un plazo máximo de diez días hábiles a partir de la solicitud.

Periodo De Gracia Y Mora En El Pago

Nosotros le concederemos a Usted un Periodo de Gracia de treinta (30) días naturales para el pago de la prima anual después de la primera. Si al final del Periodo de Gracia, la Compañía no ha recibido la prima correspondiente, la Compañía podrá otorgar un plazo adicional de hasta treinta días naturales, si al término de este plazo adicional, la Compañía no ha recibido las primas correspondientes, esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12.00 p.m. de la fecha de vencimiento, y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora. Notificaremos la cancelación de la póliza al asegurado, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Si el asegurado muere durante el período de gracia. Nosotros pagaremos el beneficio por muerte, pero deduciremos la prima necesaria para cubrir el período desde el comienzo del período de gracia hasta el final del Mes de la Póliza en que ocurrió la muerte del asegurado.

Fraccionamiento De Primas

El pago de la prima es anual, sin embargo la Compañía le otorga al asegurado la facilidad de pago fraccionado, en cuyo efecto la prima fraccionada se determinaría multiplicando la prima anual por los siguientes factores:

- 1) **Factor de PAGO SEMESTRAL: 0.51**
- 2) **Factor de PAGO TRIMESTRAL: 0.26**
- 3) **Factor de PAGO MENSUAL: 0.0875**

IX. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES

Requisitos para la presentación de reclamos.

La Compañía, pagará la indemnización correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza, debiendo el o los Beneficiarios designados en la póliza o el Asegurado en su caso, presentar los

siguientes requisitos, en un plazo no mayor a (90) noventa días naturales después de conocer el evento:

El incumplimiento del plazo para la presentación del reclamo, no conllevará efecto adverso alguno a los intereses económicos de la solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión indemnizatoria. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubieran concurrido las eximentes de responsabilidad indicadas en esta póliza o en la ley.

La persona asegurada o beneficiaria deberá aportar a la Compañía toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que le sean requeridas.

Examen Médico y Autopsia

La Compañía tiene el derecho a hacer examinar a un Asegurado, cubriendo su costo, tantas veces como sea razonable desde el punto de vista médico mientras una reclamación se encuentre pendiente. También a practicar una autopsia en caso de fallecimiento, cuando no esté prohibido por ley.

Prueba Del Siniestro y Deber De Colaboración

El asegurado o sus beneficiarios deben demostrar la ocurrencia del evento que constituya el siniestro, y deberán colaborar con la Compañía en todas las diligencias que requiera el procedimiento de indemnización. El incumplimiento de estas obligaciones, liberará a ésta de la obligación de indemnizar. Asimismo corresponde a la Compañía demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad o reduzcan la cuantía del reclamo alegada por el asegurado.

Acciones Fraudulentas

Todo reclamo que resultare simulado, inexacto o fraudulento en que se demuestre que el asegurado actuó con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir las obligaciones de la Compañía, será motivo para rechazar todo

derecho a la indemnización por esta póliza. En este caso las primas pagadas se darán por totalmente devengadas sin perjuicio de las acciones legales que pudieren corresponder. Si el Asegurado hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta póliza y posteriormente la Compañía comprueba que dicha indemnización fue producto de una reclamación fraudulenta o engañosa, el Asegurado quedará obligado a devolver la suma percibida conjuntamente con los daños y perjuicios causados.

Plazo De Resolución De Reclamos

Las reclamaciones bajo esta póliza serán resueltas y comunicadas al Asegurado en un plazo de treinta días naturales (30) contados a partir de la fecha en que la Compañía reciba toda la información necesaria para determinar su responsabilidad bajo la Póliza, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales.

A. Para Toda Pérdida Ocurrida Dentro Del Periodo De Disputabilidad

- a) Información escrita y firmada por el Beneficiario sobre los Centros Médicos donde fue atendido el Asegurado.
- b) Formulario de Autorización para consulta de expedientes trámite de reclamaciones por muerte, debidamente completado y firmado.

B. Para la Cubierta Básica- Muerte; Cubiertas Opcionales Seguro de Vida Temporal para Asegurado Adicional; Seguro de Vida Temporal para Hijos

- a) El Formulario de Reclamación por Muerte firmado por el beneficiario.
- b) El Certificado de Defunción Oficial emitido por el Registro Civil o Registro equivalente si la muerte se produce fuera de Costa Rica, que indique las causas del fallecimiento.
- c) Fotocopias certificadas de los documentos de identificación del Asegurado fallecido y beneficiarios.
- d) En caso de que el fallecimiento haya sido accidental, deberá aportarse copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.

C. Para la Cubierta opcional Indemnización Adicional Por Muerte Accidental

- a) El Formulario de Reclamación por Muerte firmado por el beneficiario.
- b) Copia debidamente certificada del expediente judicial que contenga la descripción de hechos. De no existir expediente judicial, los documentos probatorios que indiquen de una manera indiscutible que la causa de la lesión fue accidental, los cuales deberán ser certificados por Notario Público.
- c) Dictamen médico legal con las pruebas de laboratorio forense sobre existencia de alcohol o tóxicos en la sangre. Estos documentos deben estar debidamente emitidos por la autoridad competente o certificados por Notario Público.

D. Para las Cubiertas Opcionales de Ingreso por Incapacidad Total y de Exoneración De Pago De Primas Por Incapacidad Total

- a) El Formulario de Reclamación para beneficios de incapacidad.
- b) Fotocopias certificadas de los documentos de identificación del Asegurado.
- c) Fotocopia de Record médico que incluya resultado de los estudios y tratamientos.
- d) Certificado médico de la incapacidad total emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, o el Departamento de Medicina Legal del Poder Judicial. Debe indicarse el diagnóstico; porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado, narración de los eventos que provocaron dicha incapacidad y que la misma no está sujeta a revisión.

E. Para el Adelanto En Vida Hasta Cincuenta Por Ciento De La Suma Asegurada

- a) Fotocopia del expediente médico que evidencia el diagnóstico.
- b) Fotocopia certificada de los documentos de identificación del asegurado.
- c) Formulario de Reclamación Declaración del Médico Encargado.

X. VIGENCIA, REHABILITACION Y TERMINACION DE LA POLIZA

Vigencia

La vigencia de esta póliza es anual.

Nosotros podremos cambiar la Fecha de Vigencia para que esté de acuerdo con la fecha de recibo de la primera prima. Si cambiamos la Fecha de Vigencia le enviaremos unas nuevas Condiciones Particulares con la nueva Fecha de Vigencia.

Rehabilitación

Si el período de gracia termina sin haberse pagado la prima requerida y esta Póliza termina. Usted puede solicitar su rehabilitación. Para rehabilitar esta póliza Usted debe:

- a) solicitar por escrito dentro de cinco (5) años después de haber finalizado el período de gracia y antes de la Fecha de Expiración;
- b) proveer evidencia de asegurabilidad satisfactoria para Nosotros de que la salud del asegurado, su ocupación y otros factores de riesgo no han cambiado sustancialmente desde la Fecha de Vigencia; y
- c) el pago de todas las primas vencidas y no pagadas para la póliza original y cualesquiera aditamentos más el 6% de interés compuesto anual, desde sus respectivas fechas de vencimiento hasta la fecha de la reinstalación.
La fecha de efectividad de la reinstalación será el primer día del Mes de la Póliza en o próximo siguiente a la fecha en que Nosotros aprobamos su solicitud para la rehabilitación. Cuando esta póliza se rehabilite, comenzará un nuevo período de disputabilidad de dos años con respecto a declaraciones hechas en la solicitud para la rehabilitación

Terminación De La Póliza

Esta Póliza terminará en la que ocurra primero de las siguientes:

- 1) Cuando Usted solicite la terminación;
- 2) Cuando ocurra la muerte del Asegurado;
- 3) En la Fecha de Expiración de la Póliza;
- 4) En la fecha en que termine el período de gracia si no se ha pagado la prima vencida;

5) En caso de las personas obligadas a entregar la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales, Ley No. 8204 (Reforma integral de la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas) que no entreguen la información solicitada, la Compañía procederá con la cancelación de la solicitud o de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

XI. CONDICIONES VARIAS

Declaraciones En La Solicitud

Esta Póliza se emite tomando en consideración que las respuestas dadas a todas las preguntas de la solicitud son veraces y completas.

Reticencia O Falsedad En La Declaración Del Riesgo

La reticencia o falsedad intencional por parte del asegurado, sobre hechos o circunstancias que de ser conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si existiere omisión o inexactitud no intencionales de parte de las Personas Aseguradas se procederá de la siguiente manera:

a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al tomador o asegurado la modificación del contrato, la cuál será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días naturales después de su notificación, el asegurador podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima

devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado, podrá rescindir el contrato, en el término de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

c) El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurrido los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

Informes De Médicos Y De Hospitales

Los Médicos y Hospitales deben facilitar a la Compañía los informes necesarios a fin de determinar los Beneficios a que tiene derecho el Asegurado, para ello el Asegurado debe autorizar a su Médico y Hospital a facilitar a la Compañía todos sus records médicos, e igual autorización deberán emitir los Asegurados adicionales y dependientes. Esta es una condición para que la Compañía pueda proveer cobertura, y una condición continua permanente para que se puedan pagar beneficios de esta póliza. El Asegurado debe autorizar expresamente a las siguientes entidades para que faciliten su historial y su información médica a nuestra Compañía:

- a) Cualquier Médico que haya diagnosticado, atendido, tratado recomendado o prestado servicios profesionales a un Asegurado; y
- b) Cualquier Hospital en el cual un Asegurado haya sido tratado o diagnosticado.
- c) El Asegurado debe autorizarlos a que proporcionen a la Compañía toda y cualquier información relacionada con servicios, cuidados o facilidades cubiertas en cualquier momento en esta Póliza, hasta donde sea requerido por una situación particular y permitida por las leyes pertinentes. El Asegurado también autoriza expresamente a la Compañía a obtener de cualquier otra Compañía Aseguradora o servicio o plan de beneficios, la información que consideremos necesaria a fin de determinar nuestras obligaciones bajo esta Póliza.

Rectificación De La Póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud, prevalecerá la póliza. Sin embargo, el

Asegurado tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza, para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. 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 este plazo caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar rectificación de la póliza

Confidencialidad De La Información

La información que en virtud de la suscripción de contratos privados de seguros obtengan las entidades aseguradoras queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad; salvo manifestación por escrito del asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

Moneda

Todos los pagos de primas deberán ser en Dólares de los Estados Unidos de América (U.S.A.). No obstante, el pago de primas se podrá efectuar en moneda nacional (colones) utilizando la tasa oficial de cambio del Banco Central vigente al día en que se realice el pago.

Cuando el pago de primas se realice en moneda nacional (colones), la indemnización por pérdidas se efectuara en moneda nacional (colones). Cuando el pago de primas se realice en Dólares de los Estados Unidos de América (U.S.A.) la indemnización por pérdidas se efectuara en Dólares de los Estados Unidos de América (U.S.A.).

En lo referente a la indemnización por pérdidas, utilizaremos la tasa oficial de cambio del Banco Central de Costa Rica, correspondiente a la fecha en que la pérdida totalmente documentada fue pagada por el Asegurado; o cuando la pérdida fuese asignada por la compañía. Utilizaremos la fecha más favorable al asegurado.

Prescripción

Todos los derechos derivados de esta póliza prescribirán en un plazo de cuatro (4) años, que se contarán a partir del momento en que tales derechos sean exigibles por la parte que los reclama.

Pagos Indebidos

Si la Compañía por error de hecho o de derecho, incurriere en un pago indebido, tendrá acción para establecer acción de reintegro de lo pagado, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

Cesión

Usted puede ceder esta Póliza. Nosotros no estaremos obligados por una cesión a menos que se haya hecho por escrito, esté firmado por Usted y se haya registrado en nuestra Compañía. No somos responsables por la validez de cualquier cesión. Cualquier cantidad a pagarse a un cesionario se pagará en una suma global. Cualquier reclamación presentada por un cesionario estará sujeta a la prueba de interés por parte del cesionario y la magnitud de la cesión.

Legitimación De Capitales

Tanto la persona asegurada en esta póliza como los beneficiarios, se comprometen a proporcionar a la Compañía en cualquier tiempo del contrato, la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales. En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con este requisito, la Compañía procederá con la cancelación de la solicitud o de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

XII. INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Resoluciones en Sede Administrativa

Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato, pueden ser resueltas en sede administrativa según el siguiente procedimiento: Cuando procediere el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado dicha resolución, indicándole con claridad los motivos del rechazo o declinatoria del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado.

El Asegurado podrá apelar dicha resolución en un plazo de diez días hábiles (10) a partir de la notificación, indicando los argumentos y

elementos de prueba en que fundamenta su disconformidad.

Medios Alternos De Solución De Conflictos

Asimismo, si ambas partes así lo acuerdan podrán acudir a resolver sus controversias a los medios alternos de solución de conflictos, establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social No. 7727 de 9 de diciembre de 1997, o bien acudir a la vía judicial.

Tribunal Con Jurisdicción

Cualquier demanda respecto a disputas que conciernan a este contrato deben ser presentados ante los Tribunales de la República de Costa Rica.

XIII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por escrito directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación.

Toda comunicación será enviada por correo ordinario a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones.

Para los efectos de esta póliza, el Domicilio Contractual Del Asegurado, será la dirección anotada por el Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última que haya sido reportada a la Compañía.

Toda comunicación del Asegurado deberá ser por escrito y recibidas en nuestra oficina ubicada en el Cantón Central de la Provincia de San José, Costa Rica, esquina de la calle 25 con Avenida 8; para que surta efecto.

El Asegurado deberá reportar a la Compañía por escrito todo cambio de dirección o domicilio, de lo contrario se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, o dirección de correo electrónico, apartado postal, fax o el medio que haya sido proporcionado por el Asegurado.

El Asegurado puede dirigir sus comunicaciones a la Compañía a: Cantón Central de la Provincia de San José, Costa Rica, esquina de la calle 25 con Avenida 8. Número de Fax: 2248-4684 o al

correo electrónico

contactanos@bcbscostarica.com

En caso de que alguno no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, Notificaciones Judiciales, de 4 de diciembre de 2008, y demás legislación aplicable.

XIV. DISPOSICIONES FINALES

Responsabilidad De La Póliza Y Uso De La Marca: El asegurado y sus dependientes expresamente entienden y reconocen que esta póliza constituye un contrato en que las partes son exclusivamente los asegurados nombrados y Triple-S Blue, Inc., compañía que a través de BlueCross BlueShield Costa Rica, que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de la BlueCross and BlueShield Association, una asociación de planes independientes BlueCross and BlueShield, que permite a BlueCross BlueShield Costa Rica usar las marcas de servicio Blue Cross® y Blue Shield® en el territorio de la República de Costa Rica. BlueCross BlueShield Costa Rica no está contratada como agente de la Asociación, en este caso Triple-S Blue, Inc. lo que tiene es licencia para el uso de la marca.

Los asegurado nombrados entienden que no han adquirido esta póliza basado en representaciones de personas ajenas a Triple-S Blue, Inc. a través de BlueCross BlueShield Costa Rica podrá ser responsable **Legislación Aplicable:** El presente contrato de seguro se rige por la legislación de la República de Costa Rica. En lo que no esté previsto en sus estipulaciones por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros No. 8956, el Código Civil y el Código de Comercio.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número de fecha.



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple – S Blue, Inc.

CUBIERTA OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Consideración – Está cubierta opcional está contratada expresamente si el asegurado la solicitó por escrito, y pagó la prima correspondiente que se indica en las Condiciones Particulares o en algún endoso. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional. Esta cubierta opcional se emite como parte de la póliza a la cual está adherida. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional.

Elegibilidad – Es elegible para esta cubierta opcional el Asegurado Principal nombrado en la solicitud.

Fecha de Vigencia - Está cubierta opcional entrará en vigor en la Fecha de Vigencia si se contrata en la solicitud original. Si esta cubierta opcional es contratada en fecha posterior, entrará en vigor el primer día del próximo Mes de la Póliza después que la Compañía apruebe la solicitud para este beneficio.

Beneficio - Si el Asegurado muere únicamente como resultado de una lesión causada por un accidente, se debe presentar la debida prueba de dicha muerte en nuestra Oficina Principal. La muerte debe ocurrir dentro de los 90 días siguientes a fecha de tal lesión y mientras Esta cubierta opcional esté en vigor. Cuando se reciba la prueba, la Compañía pagará el monto de este beneficio según se muestra en las Condiciones Particulares o en cualquier otro endoso a ésta. El monto será adicional a cualquier otra suma pagadera por razón de la muerte del Asegurado bajo los términos de la Póliza.

Exclusiones - Este beneficio no se pagará si la muerte del Asegurado es resultado de, o es causada, directa, indirecta, total o parcialmente por:

1. una condición de enfermedad física o mental o tratamiento para esa condición;
2. una infección bacterial, a menos que la infección ocurra en una herida o cortadura accidental;
3. suicidio;
4. ingerir veneno, drogas, gas o vapores, excepto según fueran recetados por un médico;
5. una guerra o acto de guerra;

6. servicio militar activo al servicio de cualquier país;
7. cometer un crimen o intentar cometerlo;
8. estar intoxicado o bajo los efectos de cualquier droga, excepto según fuera recetado por un médico; o
9. vuelo en cualquier tipo de aeronave, a menos que el Asegurado se encuentre viajando como pasajero pagando y sí;
 - a) la aeronave está autorizada para transportar pasajeros;
 - b) la aerolínea está autorizada para transportar pasajeros;
 - c) la aeronave está pilotada por un piloto autorizado; y
 - d) el vuelo es parte de un itinerario regular entre aeropuertos determinados.

Notificación - Se debe enviar una notificación escrita de la reclamación y prueba de la muerte a nuestra Oficina Principal dentro de los 90 días siguientes a la muerte del Asegurado. Sin embargo, si la notificación no se provee en ese tiempo, no se denegará ninguna reclamación si la notificación se suministra tan pronto como sea razonablemente posible.

Autopsia - Si está permitido en el estado donde se entrega esta Póliza, la Compañía se reserva el derecho de examinar el cuerpo del Asegurado o de practicarle una autopsia. Ese examen o autopsia será a expensas de la Compañía.

Terminación de la Cubierta Opcional - Está cubierta opcional terminará cuando ocurra la primera de las siguientes:

1. la fecha en la que termina esta Póliza;
2. la fecha en la que cualquier prima vencida, de la Póliza o de la cubierta opcional, permanezca al descubierto al final del período de gracia;
5. la fecha en la que nuestra Oficina de Principal reciba Su notificación escrita para terminar Esta cubierta opcional.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro númerode fecha de fecha

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General

SIAMA-0515-347



Triple – S Blue, Inc.

CUBIERTA OPCIONAL DE INGRESO POR INCAPACIDAD TOTAL

Consideración – Está Cubierta Opcional está contratada expresamente si el asegurado la solicitó por escrito, y pagó la prima correspondiente que se indica en las Condiciones Particulares o en algún endoso. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional. Esta cubierta opcional se emite como parte de la póliza a la cual está adherida. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional.

Elegibilidad – Es elegible para esta cubierta opcional el Asegurado Principal nombrado en la solicitud.

Fecha de Vigencia - es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares o en algún endoso.

BENEFICIO Nosotros pagaremos el beneficio por incapacidad mensual que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza o en cualquier endoso mientras continúe la incapacidad total del asegurado.

El pago de este beneficio está condicionado a que recibamos notificación por escrito de la reclamación por incapacidad como se describe en esta cubierta opcional; y recibamos prueba aceptable para nosotros de que el asegurado se incapacitó totalmente debido a una lesión corporal o enfermedad que ocurre o se origina después de la fecha de vigencia de esta cubierta opcional.

El pago del beneficio comenzará al finalizar el periodo de eliminación. El periodo de eliminación es el periodo de 30 días consecutivos durante el cual el asegurado está incapacitado totalmente y por el cual no se pagan beneficios. El periodo de eliminación comienza con el primer día de la incapacidad. El beneficio es pagadero al asegurado, a menos que usted disponga otra cosa.

Después del periodo de eliminación, para cualquier periodo de incapacidad menor de un mes, el beneficio pagadero será de una treintava (1/30) parte del beneficio mensual por cada día de la incapacidad.

El pago del beneficio terminará en aquella de las siguientes que ocurra primero:

1. cuando termine la incapacidad; o
2. 5 años después del periodo de eliminación;

DEFINICION DE INCAPACIDAD - Según se usa en ese suplemento, incapacidad significa incapacidad total.

El asegurado está incapacitado totalmente:

- 1) si la lesión o enfermedad que causa la incapacidad ocurre o se origina después de la fecha de vigencia de esta cubierta opcional; y
- 2) si la incapacidad comienza después de la edad de 15 años y antes del aniversario de la póliza siguiente al 65^{to} cumpleaños del asegurado; y
- 3) si la incapacidad dura un mes; y
- 4) si el asegurado:
 - a. ha perdido el uso de ambas piernas; o
 - b. ha perdido el uso de ambos brazos; o
 - c. ha perdido el uso de un brazo y una pierna; o
 - d. ha perdido la visión por ambos ojos; o
 - e. durante los primeros dos años de la incapacidad no puede desempeñar los deberes esenciales de su ocupación regular; o

- f. después de los primeros dos años de la incapacidad no puede desempeñar los deberes esenciales de cualquier ocupación para la cual se encuentre capacitado por razón de experiencia, educación o adiestramiento; o
- g. no puede asistir físicamente a la escuela, si el asegurado es un estudiante.

Incapacidad Recurrente Incapacidad recurrente significa una incapacidad debido a, o relacionada con, la misma causa o causas de una incapacidad anterior por la cual se pagaron beneficios.

Una incapacidad recurrente será tratada como parte de la incapacidad anterior si, después que termine el pago de beneficios bajo Esta cubierta opcional, la incapacidad recurrente comienza antes de haber transcurridos 4 meses desde el último pago de beneficios. Si han transcurrido más de 4 meses desde el último pago de beneficios, la incapacidad recurrente se considerará como una nueva incapacidad con un nuevo periodo de eliminación.

EXCLUSIONES - Este beneficio no serán pagadero si la incapacidad del asegurado es resultado de:

- 1) **lesión auto infligida intencionalmente; o**
- 2) **la comisión o intento de cometer un delito criminal; o**
- 3) **guerra, declarada o sin declarar, o cualquier acción atribuible a dicha guerra; o**
- 4) **servicio en cualquier rama de las fuerzas armadas de cualquier país; o**
- 5) **lesión debido al uso de narcóticos o uso inapropiado de drogas o medicinas recetadas.**

Exclusión de Condiciones Preexistentes Está cubierta opcional no cubre ninguna incapacidad:

- 1. causada por, a la cual contribuye, o resulte de una condición preexistente; y
- 2. que comienza dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de vigencia de Esta cubierta opcional.

Una condición preexistente significa una lesión o enfermedad por la cual el asegurado recibió tratamiento, consulta, cuidado, o servicios médicos, incluyendo procedimientos de diagnóstico, o tomó drogas o medicinas recetadas dentro de los 12 meses precedentes a la fecha de vigencia de Esta cubierta opcional.

AVISO Y PRUEBA DE PÉRDIDA

1. Aviso

- a. Debemos recibir en nuestra Oficina Principal aviso por escrito de la reclamación dentro de los 20 días después del comienzo de una incapacidad del asegurado, si eso es posible. Si no es posible, debemos recibir el aviso tan pronto como sea razonablemente posible.
- b. Al recibo del aviso por escrito de una reclamación, nosotros le suministraremos los formularios para la presentación de pruebas de pérdidas. Si usted no los recibe dentro de 15 días después de haber dado el aviso, usted podrá enviarnos la prueba de pérdida por escrito sin tener que esperar por los formularios.

2. Prueba

- a. Usted tiene que suministrarnos prueba de pérdida por escrito en nuestra Oficina Principal dentro de los 90 días siguientes al periodo de eliminación. Si no es posible someter la prueba dentro de ese límite de tiempo, debe someterse tan pronto sea razonablemente posible y en ningún caso, más tarde de un año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba. No se pagarán beneficios correspondientes a periodos de incapacidad ocurridos con más de un año de anterioridad a la fecha de recibo de la prueba.
- b. Usted tiene que suministrarnos prueba de que una incapacidad continúa tan frecuentemente como sea razonablemente requerida por nosotros dentro de los 90 días después de que se requiera.
- c. La prueba debe incluir:
 - i. la fecha de comienzo de la incapacidad;
 - ii. la causa de la incapacidad; y
 - iii. la naturaleza y extensión de la incapacidad.

EXAMEN - Se permitirá que el asegurado sea examinado, con respecto a alguna incapacidad, por un médico designado por nosotros. No obstante, dicho examen no será más de una vez al año después de dos años de haberse aprobado la reclamación.

El beneficio mensual por incapacidad terminará en el momento que el asegurado o cualquier otra persona actuando a su nombre, en respuesta a nuestra solicitud por escrito, incumpla en suministrar prueba satisfactoria para nosotros de que la incapacidad continúa.

TERMINACION - Está cubierta opcional terminará:

1. cuando usted los solicite por escrito; o
2. cuando termine la Póliza; o
3. cuando expire el periodo de gracia para el pago de cualquier prima de la Póliza o de Esta cubierta opcional sin que se haya recibido el pago correspondiente; o

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro númerode fecha de fecha



Triple-S Blue, Inc.

CUBIERTA OPCIONAL DE

ADELANTO EN VIDA HASTA 50% DE LA SUMA ASEGURADA

Consideración – Está Cubierta Opcional está contratada expresamente si el asegurado la solicitó por escrito, y pagó la prima correspondiente que se indica en las Condiciones Particulares o en algún endoso. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional. Esta cubierta opcional se emite como parte de la póliza a la cual está adherida. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional.

Elegibilidad – Es elegible para esta cubierta opcional el Asegurado Principal nombrado en la solicitud.

Fecha de Vigencia - es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares o en algún endoso.

La Compañía pagará al Asegurado:

A. El Beneficio de Adelanto al recibo de prueba fehaciente de la ocurrencia en el Asegurado de alguna de las condiciones cubiertas definidas en la sección BENEFICIOS de esta cubierta opcional. El Beneficio de Adelanto es pagadero solamente una vez, independientemente de cualquier otra ocurrencia de la misma condición u otra condición diferente. La condición debe manifestarse por primera vez:

- 1) el 30^{mo} día, o posteriormente; o
- 2) si es Cáncer Invasivo, el 90^{mo} día, o posteriormente;

a partir de la fecha de emisión de esta cubierta opcional.

B. **10% del** Beneficio de Adelanto al recibo de prueba fehaciente de la ocurrencia en el Asegurado de carcinoma no-invasivo “in Situ”. Este pago reducirá cualquier Beneficio de Adelanto futuro. Esta condición debe manifestarse por primera vez el 90^{mo} día o posteriormente, después de la fecha de emisión de esta cubierta opcional.

La ocurrencia de la condición debe ocurrir mientras está cubierta opcional esté en vigor.

El beneficio por muerte pagadero bajo los términos de la Póliza se reducirá por el importe de cualquier beneficio pagado bajo esta cubierta opcional. La prima de la Póliza correspondiente al beneficio por muerte se reducirá proporcionalmente. Cualquier porción del beneficio por muerte remanente después de la reducción será pagadero al ocurrir la muerte del Asegurado.

El pago del Beneficio de Adelanto equivale a un pago parcial del beneficio por muerte de la Póliza y como tal, está subordinado a los derechos de cualquier beneficiario irrevocable o cesionario. Nosotros enviaremos una declaración sobre el pago por escrito a Usted y a todos los beneficiarios irrevocables o cesionarios antes de hacer cualquier pago de beneficios bajo esta cubierta opcional. La declaración indicará el efecto que el pago tendrá sobre el beneficio por muerte de la Póliza y la prima pagadera. Después del pago, Nosotros le enviaremos una nueva página de Condiciones Particulares que refleje la reducción del beneficio por muerte y de la prima pagadera.

BENEFICIOS

BENEFICIO DE ADELANTO

Nosotros le pagaremos a Usted el Monto del Beneficio que se indica en las Condiciones Particulares o en cualquier otro endoso, al recibo de prueba fehaciente de la ocurrencia en el Asegurado de:

1. Cáncer Invasivo
2. Ataque al Corazón
3. Derrame Cerebral
4. Fallo Renal
5. Trasplante de Órgano Mayor
6. Parálisis
7. Ceguera

El Beneficio de Adelanto se pagará en una sola suma, excepto por la ocurrencia de carcinoma no invasivo “In-Situ”. Está cubierta opcional terminará después que se pague el Beneficio de Adelanto. Si se paga el 10% del Beneficio de Adelanto, cualquier pago futuro de Beneficio de Adelanto se reducirá por la suma pagada y la cubierta opcional permanecerá en vigor. En ningún caso, el total de beneficios pagaderos bajo Esta cubierta opcional excederá el Monto del Beneficio que se indica en la Página de Especificaciones de la Póliza.

DEFINICIONES DE LAS CONDICIONES CUBIERTAS

Cáncer Invasivo Un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento descontrolado y propagación de células malignas y la invasión y destrucción de tejido normal.

Cáncer Invasivo incluye: Leucemia (excepto leucemia linfática crónica), linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, desórdenes malignos de médula ósea y cáncer metastático de la piel.

Cáncer Invasivo **NO INCLUYE:**

- “Carcinoma In-Situ”, displasia cervical, cáncer de cervix grado CIN-1, CIN-2 & CIN-3, y cualquier condición pre-maligna o cáncer no-invasivo.
- Cáncer de próstata temprano, clasificación TNM T1 (incluye T1a y T1b) o de clasificación equivalente.
- Melanoma de la piel menores de 1.5mm de espesor Breslow, o menos del Nivel 3 de Clark.
- Hiperqueratosis, cánceres de piel escamosos o de células basales.
- Todos los tumores en presencia de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Cáncer No Invasivo “Carcinoma In Situ” Un tumor maligno localizado en un lugar específico, que contiene una o varias células que tienen el potencial de invadir tejido o metastizarse pero que aún no lo han hecho. Se **EXCLUYE** el cáncer de la piel.

Ataque al Corazón La ocurrencia, por primera vez, de ataque al corazón o infarto del miocardio que represente la muerte de una porción del músculo del corazón como resultado de una interrupción aguda del suministro de sangre al miocardio. Angina está específicamente excluida.

Derrame Cerebral Incidente cerebrovascular que resulte en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser sustentado por cambios nuevos en un examen de CT o MRI.

Derrame Cerebral **NO INCLUYE:**

- Infartos de tejido cerebral o sangrado intracraneal como resultado de una lesión externa.
- Ataques isquémicos transitorios.

Fallo Renal Etapa final de enfermedad renal que se presenta como un fallo crónico irreversible del funcionamiento de ambos riñones. Esta condición debe evidenciarse por el tratamiento regular con diálisis renal o un trasplante de riñón.

Trasplante de Órgano Mayor Cirugía al Asegurado, como receptor (humano a humano) de un trasplante de corazón, pulmón, hígado, o de médula ósea. La inclusión en una lista de espera oficial para trasplante

de cualquiera de los órganos mencionados, también le hace elegible para el beneficio. El trasplante debe ser médicamente necesario y basado en la confirmación objetiva del fallo del órgano.

Parálisis La pérdida total del funcionamiento de dos o más miembros debido a una lesión o enfermedad del cordón espinal o del cerebro. Dicha pérdida de función debe ser considerada como permanente por un neurólogo. Se incluye la pérdida de la función de miembros clasificadas como Diplegia, Hemiplegia, Tetraplegia y Cuadriplegia.

Ceguera Pérdida de la vista en ambos ojos como resultado de una enfermedad o un accidente. La pérdida debe ser total, irreversible e incapaz de ser corregida por ningún procedimiento médico. La pérdida de la vista debe ser certificada por un oftalmólogo.

FECHA EN QUE SE ADQUIERE EL DERECHO AL BENEFICIO

Como resultado de infarto cardiaco, derrame cerebral, parálisis, pérdida de la visión, , cáncer invasivo o no invasivo “In Situ”, la fecha en que se adquiere el derecho al beneficio será la fecha del diagnóstico de acuerdo con la disposición REQUISITOS PARA EL DIAGNOSTICO de esta cubierta opcional. Como resultado de cirugía mayor de trasplante de órgano, será la fecha en que se realice la cirugía. En el caso de fallo renal, será la fecha en que comience a recibir tratamiento de diálisis regularmente, o en la fecha del trasplante, la que ocurra primero.

REQUISITOS PARA EL DIAGNOSTICO

Nosotros debemos recibir un diagnóstico por un médico debidamente licenciado. El diagnóstico deberá incluir la documentación basada en evidencia clínica, radiológica, histológica o de laboratorio, de la condición.

El diagnóstico de cáncer invasivo o no-invasivo “In-Situ” debe establecerse de acuerdo con los criterios de malignidad establecidos por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o la Junta Americana de Patología (American Board of Pathology) después de un estudio de la arquitectura histológica o patrón del tumor sospechado, tejido o espécimen. **La condición debe manifestarse por primera vez después del 90^{mo} día a partir de la fecha de emisión de esta cubierta opcional.**

El diagnóstico de un ataque cardiaco requiere que se sustente por los siguientes criterios:

1. Historial de dolor de pecho típico;
2. cambios electrocardiográficos nuevos que comprueben la ocurrencia del infarto; y
3. aumento significativo de las enzimas cardiacas.

EXCLUSIONES

NO SE PAGARAN BENEFICIOS COMO RESULTADO DE:

1. Lesiones auto-infligidas o intento de suicidio;
2. Alcoholismo crónico o adicción a drogas, a menos que la adicción sea resultado de la administración de drogas como parte de un tratamiento médico.

DISPOSICIONES SOBRE RECLAMACIONES

AVISO DE RECLAMACION

Nosotros debemos recibir una notificación por escrito de la reclamación en nuestra Oficina Principal dentro de noventa (20) días después de la fecha en que adquiere el derecho al Beneficio y durante la vida del Asegurado. Si no fuera razonablemente posible dar aviso dentro de los veinte (20) días y durante la vida del Asegurado, deberá darse tan pronto como sea razonablemente posible.

FORMULARIOS

Cuando se reciba el aviso de una reclamación Nosotros le enviaremos los formularios de prueba de pérdida. Si Usted no recibe estos formularios dentro de quince días, se considerará que habrá cumplido

con los requisitos de prueba de pérdida, enviando a la Compañía una declaración por escrito indicando la naturaleza y extensión de la pérdida por la cual se hace la reclamación.

PRUEBAS DE PÉRDIDAS

Se deberá someter la prueba de pérdida dentro de noventa (90) días desde la fecha de la pérdida. Dejar de suministrar la prueba dentro de noventa (90) días no invalidará ni reducirá la reclamación si no fue razonablemente posible someter la prueba en dicho tiempo, siempre que tal prueba se suministre tan pronto sea razonablemente posible.

TIEMPO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

El Beneficio de Adelanto pagadero bajo Esta cubierta opcional se pagará tan pronto Nosotros recibamos la debida prueba de la pérdida por escrito.

PAGO DE RECLAMACIONES

Todos los beneficios del Suplemento se pagarán a Usted. Cualquier beneficio pagadero por el Suplemento pero no pagado a la fecha de la muerte del Asegurado, será pagadero al Beneficiario. Si los beneficios del Suplemento son pagaderos a la heredad del Asegurado, la Compañía podrá pagar hasta \$1,000 a cualquier familiar del Asegurado que Nosotros entendamos que tiene derecho. Cualquier pago hecho de buena fe, nos relevará de nuestra obligación en cuanto al importe de dicho pago.

DISPOSICION SOBRE CONVERSION

Si la póliza de la cual Está cubierta opcional forma parte se convierte a un plan permanente de seguro, Está cubierta opcional no es convertible y no formará parte de la nueva póliza.

TERMINACIÓN

Está cubierta opcional terminará:

1. en la fecha en que termina el periodo de gracia si no se ha pagado la prima vencida;
2. cuando Usted solicite la cancelación por escrito antes del pago del Beneficio de Adelanto;
3. cuando ocurra la muerte del Asegurado;
5. en la fecha de terminación de la cubierta del Suplemento que se especifica en la página de Especificaciones de la Póliza;
6. cuando se pague el Beneficio de Adelanto, excepto cuando el pago sea por la ocurrencia de un carcinoma no-invasivo "In-Situ";
lo que ocurra primero

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro númerode fecha de fecha



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple – S Blue, Inc.

CUBIERTA OPCIONAL DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMA POR INCAPACIDAD TOTAL

Consideración – Está Cubierta Opcional está contratada expresamente si el asegurado la solicitó por escrito, y pagó la prima correspondiente que se indica en las Condiciones Particulares o en algún endoso. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional. Esta cubierta opcional se emite como parte de la póliza a la cual está adherida. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional.

Elegibilidad – Es elegible para esta cubierta opcional el Asegurado Principal nombrado en la solicitud.

Fecha de Vigencia - es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares o en algún endoso.

Beneficio - Nosotros relevaremos de pago las primas pagaderas por la Póliza y por los suplementos añadidos a ésta, si:

1. el Asegurado se incapacita mientras Esta cubierta opcional esté en vigor; y
2. la incapacidad total dura no menos de 6 meses.

Se relevará del pago de prima desde la fecha del comienzo de la incapacidad total y mientras ésta continúe. El relevo será sobre la misma base del pago de primas en vigor en la fecha de comienzo de la incapacidad.

Incapacidad Total - Incapacidad Total es aquella que le impide al Asegurado trabajar por paga o lucro. Tal incapacidad debe ser resultado de una lesión o enfermedad. Durante los primeros 24 meses de incapacidad total, “trabajo” significa las tareas materiales y sustanciales de la ocupación regular del Asegurado. Después de 24 meses, significa cualquier trabajo para cuyo desempeño el Asegurado esté razonablemente capacitado por razón de adiestramiento, educación o experiencia.

Aunque el Asegurado pueda trabajar, se considerará como si estuviera totalmente incapacitado si sufre la pérdida total e irrecuperable de:

1. la visión por ambos ojos;
2. uso de ambas manos o ambos pies;
3. uso de una mano y un pie;
4. el habla; o
5. audición por ambos oídos.

La pérdida tiene que ser resultado de un accidente que ocurre, o una enfermedad que se manifiesta por primera vez, mientras Esta cubierta opcional esté en vigor.

Aviso y Prueba de la Incapacidad Total - Nosotros tenemos que recibir el aviso y la prueba de la incapacidad total del Asegurado en nuestra Oficina Principal:

1. en vida del Asegurado;
2. durante el periodo de incapacidad; y
3. dentro del año siguiente al comienzo de la incapacidad.

El incumplimiento en dar el aviso y la prueba dentro del tiempo requerido no invalidará la reclamación si fuesen dados tan pronto como fuera posible.

Se tiene que someter prueba de que la incapacidad continúa tan frecuentemente como razonablemente Nosotros lo requiramos. Después de los primeros dos años de incapacidad continua, no requeriremos

prueba más de una vez por año. Nosotros podemos requerir que el Asegurado sea examinado por un médico aprobado por Nosotros como parte de cualquier prueba. Si no se somete la prueba cuando se requiera, no se relevará del pago ninguna prima subsiguiente.

Pago de Primas - Una prima que venza mientras el Asegurado se encuentre totalmente incapacitado pero antes de que Nosotros aprobemos la reclamación, es pagadera y debe ser pagada. Nosotros reembolsaremos aquella porción de cualquier prima pagada que corresponda a un periodo posterior al mes de la Póliza en que comenzara la incapacidad. Una prima que no se hubiese pagado será relevada si la incapacidad total comenzó antes de finalizar el periodo de gracia.

Exclusiones - Ningún beneficio se pagará si la incapacidad total es resultado de, o a la que contribuye:

1. una lesión autoinfligida intencionalmente;
2. una acción bélica, declarada o sin declarar;
3. descenso de cualquier nave aérea en vuelo; o
4. una lesión sufrida o enfermedad contraída mientras Esta cubierta opcional no se encontraba en vigor.

Disputabilidad - esta cubierta opcional no será impugnado después de estar en vigor en vida del Asegurado por dos años desde su fecha de vigencia.

Fecha de Terminación - esta cubierta opcional terminará al ocurrir la primera de las siguientes:

1. cuando termine la Póliza;
2. cuando recibamos Su petición por escrito para la terminación en nuestra Oficina Principal;
3. cuando no se pague alguna prima en su vencimiento o dentro del periodo de gracia;
4. cuando termine la incapacidad total.

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

**Manuel Salazar
Gerente General**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro númerode fecha de fecha



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple-S Blue, Inc.

CUBIERTA OPCIONAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL PARA EL ASEGURADO ADICIONAL

Consideración – Está Cubierta Opcional está contratada expresamente si el asegurado la solicitó por escrito, y pagó la prima correspondiente que se indica en las Condiciones Particulares o en algún endoso. Esta cubierta opcional se emite como parte de la póliza a la cual está adherida. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional.

Fecha de Vigencia - es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares o en algún endoso.

Nosotros pagaremos el monto que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza o en cualquier otro endoso, al recibo de la prueba fehaciente de que la muerte del Asegurado Adicional ocurrió mientras estuvo asegurado bajo esta cubierta opcional, sujeto a los términos de la Póliza y de esta cubierta opcional.

Asegurado Adicional - Según se usa en Esta cubierta opcional, Asegurado Adicional es la persona nombrada como tal en la solicitud para esta cubierta opcional.

Beneficiario - El beneficiario es Usted, a menos que se enmiende para que sea otro.

Tarifas Garantizadas - Las tarifas garantizadas para esta cubierta opcional aparecen en las Condiciones Particulares o en algún endoso sobre ésta; en aquellos casos que aplique.

Exoneración del Pago de la Prima por Incapacidad- Si la Póliza contiene un suplemento de relevo del pago de la prima por incapacidad del Asegurado, se relevará el pago de las primas de Esta cubierta opcional mientras dure la incapacidad del Asegurado de acuerdo con los términos del suplemento sobre la incapacidad.

Indisputabilidad - Está cubierta opcional está sujeto a la disposición sobre incontestabilidad de la Póliza. No obstante, el período de contestabilidad de esta cubierta opcional se medirá a partir de la fecha de vigencia de esta cubierta opcional. Si la Póliza se reinstala, esta disposición se medirá a partir de la fecha de la reinstalación y se limitará a representaciones materiales contenidas en la solicitud para la reinstalación.

Si se aumenta el beneficio de esta cubierta opcional, el aumento no podrá impugnarse después de haber estado en vigor durante la vida del Asegurado Adicional por dos (2) años desde la fecha de vigencia del aumento.

Suicidio - Si el Asegurado Adicional se suicida, mientras esté cuerdo o con alguna perturbación mental, dentro de dos (2) años desde la fecha de efectividad de Esta cubierta opcional, la cantidad que la Compañía pagará como beneficio se limitará al monto de las primas pagadas por esta cubierta opcional. También, si el Asegurado adicional se suicida, mientras esté cuerdo o con alguna perturbación mental, dentro de dos (2) años desde la fecha de efectividad de cualquier aumento del beneficio, la cantidad que la Compañía pagará bajo esta cubierta opcional con respecto al aumento, se limitará al monto de las primas pagadas por el aumento.

Reinstalación - Si la Póliza caduca por falta de pago de prima, esta cubierta opcional también caduca. Para reinstalar esta cubierta opcional usted debe:

SVTAA-0515-345 Reinstalación de la Póliza a la cual se adhiere Esta cubierta opcional, de acuerdo con

la Disposición sobre Reinstalación de la Póliza; y

2. someter prueba de que la salud, ocupación y otros factores de riesgo del Asegurado Adicional, no han cambiado materialmente desde la fecha de efectividad de Esta cubierta opcional.

Si Nosotros aprobamos la reinstalación, no seremos responsables con respecto a la muerte del Asegurado Adicional bajo esta cubierta opcional que hubiese ocurrido después de haber terminado el período de gracia para el pago de la primera prima al descubierto y antes de la fecha de la reinstalación. Al reinstalarse Esta cubierta opcional comenzará un nuevo período de disputabilidad de dos (2) años que se aplicará con respecto a las declaraciones hechas en la solicitud para la reinstalación.

Prima del Suplemento - Si está cubierta opcional termina, la prima total anual de la Póliza se reducirá por el monto de la prima de Esta cubierta opcional.

Edad o Sexo - Si la edad o el sexo del Asegurado Adicional se declaran erróneamente, el monto de este beneficio se ajustará para que sea de acuerdo con la edad y el sexo correcto.

Terminación del Suplemento - Esta cubierta opcional terminará cuando ocurra la primera de las siguientes:

1. la Fecha de Expiración de la Póliza; o
2. la fecha en que la prima vencida de la Póliza o del suplemento permanezca al descubierto al final del período de gracia; o
3. la fecha de vencimiento de la Póliza, la fecha de su entrega, o de su terminación; o
4. la fecha en la que Nosotros recibamos Su petición para terminar Esta cubierta opcional; o
5. la fecha de la muerte del Asegurado Adicional;

Valores de la Póliza — Esta cubierta opcional no aumentará los valores de la Póliza.

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro númerode fecha de fecha



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple-S Blue, Inc.

CUBIERTA OPCIONAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL PARA HIJOS

Consideración – Esta Cubierta Opcional está contratada expresamente si el asegurado la solicitó por escrito, y pagó la prima correspondiente que se indica en las Condiciones Particulares o en algún endoso y por el periodo en que se especifica. Si esta cubierta opcional termina, la prima total anual de la Póliza se reducirá por la cantidad de la prima de esta cubierta. Esta cubierta opcional se emite como parte de la póliza a la cual está adherida. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con esta cubierta opcional, le aplican a esta cubierta opcional.

Fecha de Vigencia - es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares o en algún endoso.

Nosotros pagaremos la cantidad que se indica en las Condiciones Particulares o en cualquier otro endoso, al recibir prueba de que la muerte de la persona asegurada ocurrió mientras estuvo asegurada por esta cubierta opcional, sujeto a los términos y condiciones de la Póliza y de esta cubierta opcional.

Hijo Asegurado - Según se usa en Esta cubierta opcional, Hijo Asegurado significa:

- (a) cualquier hijo, hijastro o hijo adoptado legalmente, del Asegurado, soltero, nombrado en la solicitud para esta cubierta opcional y que no ha cumplido de 19 años de edad;
- (b) cualquier hijo nacido del Asegurado en la fecha de efectividad de esta cubierta opcional, o posteriormente, una vez que dicho hijo cumpla 15 días de nacido;
- (c) cualquier hijo adoptado legalmente por el Asegurado en la fecha de efectividad de esta cubierta opcional, o posteriormente, una vez que dicho hijo cumpla 15 días de nacido y siempre que no haya cumplido 19 años de edad en la fecha de la adopción;
- (d) cualquier hijastro adquirido por el Asegurado en la fecha de efectividad de esta cubierta opcional, o posteriormente, una vez que dicho hijastro cumpla 15 días de nacido y siempre que no haya cumplido 19 años de edad en la fecha en que se convierte en hijastro del Asegurado.

El seguro de cualquier Hijo Asegurado por esta cubierta opcional terminará en la fecha del Aniversario de la Póliza más cercano al 25^{to} cumpleaños del Hijo Asegurado o en la fecha en que termina la cubierta, lo que ocurra primero.

Beneficiario - El producto pagadero bajo Esta cubierta opcional se pagará al Asegurado Principal nombrado en la solicitud o en las Condiciones Particulares de la Póliza o en algún endoso a ésta.

Muerte del Asegurado - Si la muerte del Asegurado ocurre antes de que termine la cubierta bajo la Póliza, cada beneficio que esté en vigor bajo Esta cubierta opcional en la fecha de la muerte continuará en vigor hasta la fecha en que de otro modo hubiese terminado sin que se requiera el pago de primas adicionales. El cónyuge que sobrevive al Asegurado ejercerá la representación del Hijo Asegurado en tal seguro. En caso de no existir un cónyuge que sobreviva al Asegurado, cada Hijo Asegurado será el asegurado nombrado del seguro saldado que esté en vigor sobre su vida. No obstante, si el Hijo Asegurado no haya alcanzado la mayoría de edad, su representación la ejercerá el tutor nombrado de acuerdo a las leyes civiles.

Si después de la muerte del Asegurado ocurre la muerte del cónyuge sobreviviente mientras esté en vigor el seguro de vida saldado sobre la vida de por lo menos un Hijo Asegurado, o si no existe un cónyuge sobreviviente, cada Hijo Asegurado será el asegurado nombrado del seguro de vida saldado en vigor sobre su vida. Sin embargo, en el caso en que el Hijo Asegurado no haya alcanzado la mayoría de edad, su representación la ejercerá el tutor nombrado de acuerdo a las leyes civiles.

Cualquier producto pagadero bajo el seguro de vida saldado mencionado anteriormente, se pagará al asegurado nombrado de tal seguro o a sus herederos legales, sujeto al derecho del dueño de designar otros beneficiarios.

Un Hijo Asegurado será elegible para la conversión en el Aniversario de la Póliza más cercano a su 25^{to} cumpleaños o la fecha en que termina la cubierta bajo la Póliza, lo que ocurra primero.

Las disposiciones sobre Disputabilidad y Suicidio de la nueva póliza serán efectivas desde la fecha de vigencia de esta cubierta opcional.

No se requerirá evidencia de asegurabilidad, excepto para incluir en la nueva póliza los beneficios de relevo del pago de prima por incapacidad o el beneficio por muerte accidental.

Para que se pueda convertir, la Póliza y esta cubierta opcional deben estar en vigor en la fecha precedente al Aniversario de la Póliza más cercano al 25to cumpleaños del Hijo Asegurado. Debemos recibir la solicitud por escrito para la conversión dentro de los 31 días siguientes al Aniversario de la Póliza más cercano al 25to cumpleaños del Hijo Asegurado o de la fecha de la terminación, lo que ocurra primero. Durante ese período de 31 días no habrá ningún seguro en vigor sobre la vida del Hijo Asegurado.

Exoneración del Pago de Primas por Incapacidad - Si la Póliza contiene un suplemento de relevo del pago de primas por incapacidad del Asegurado, se relevará el pago de prima de esta cubierta opcional mientras dure la incapacidad del Asegurado de acuerdo con los términos del suplemento de incapacidad.

Disputabilidad - Esta cubierta opcional está sujeto a la disposición sobre Disputabilidad de la Póliza. No obstante, el período disputable de esta cubierta opcional se medirá a partir de la fecha de vigencia de esta cubierta opcional.

Reinstalación - Si la Póliza caduca por falta de pago de prima, esta cubierta opcional también caducará. Nosotros reinstalaremos esta cubierta opcional si recibimos evidencia de asegurabilidad satisfactoria para Nosotros de todas las personas aseguradas bajo esta cubierta opcional y siempre que la Póliza a la cual se adhiere la Cubierta Opcional sea reinstalada en ese momento. Si Nosotros aprobamos la reinstalación, no seremos responsables con respecto a la muerte de ninguna persona asegurada bajo esta cubierta opcional que pudiese haber ocurrido después de la expiración del período de gracia de la primera prima al descubierto y antes de la fecha de la reinstalación.

Terminación del Suplemento - Esta cubierta opcional terminará cuando ocurra la primera de las siguientes:

1. la fecha en que alguna prima vencida de la Póliza permanezca insoluta al final del período de gracia; o
2. la fecha de vencimiento de la Póliza, la fecha de su entrega o de su terminación; o
3. la fecha en que Nosotros recibamos su solicitud por escrito para cancelar esta cubierta opcional; o
4. el Aniversario de la Póliza más cercano al 25to cumpleaños del último Hijo Asegurado.

Valores de la Póliza - Esta cubierta opcional no aumentará los valores de la Póliza.

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

**Manuel Salazar
Gerente General**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro númerode fecha de fecha



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple-S Blue, Inc.

Solicitud de Seguro de Vida Temporal Nivelado En Dolares

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SEGUROS

ENTREGUE AL PROPUESTO ASEGURADO

Como parte de los procedimientos de suscripción rutinarios, podría obtenerse un cuestionario personal, que se obtendrá a través de entrevistas personales o por vía telefónica directamente con el propuesto asegurado. Usted también tiene derecho a recibir una copia del cuestionario personal. Más información sobre la naturaleza y el alcance de dicho cuestionario, si es que se hace, se le hará disponible a usted si nos envía una solicitud por escrito a estos efectos.

La información sobre su asegurabilidad será tratada de manera confidencial. Usted tiene derecho a acceder la información personal que nosotros mantenemos en nuestros archivos y a solicitar una corrección, enmienda o eliminación de cualquier información que usted estime sea incorrecta comunicándose con **TRIPLE-S BLUE, INC.**, al **DEPARTAMENTO DE SUSCRIPCION CANTON CENTRAL DE LA PROVINCIA DE SAN JOSE, ESQ DE LA CALLE 25 CON AVE. 8 SAN JOSE COSTA RICA.**

Este documento solo constituye parte de una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar _____ Fecha de Emisión _____ Vigencia: Desde: / / hasta / /

PARTE I Por favor escriba en letra de molde

1. PROPUESTO ASEGURADO (Nombre, Inicial, Apellido)

DIRECCIÓN POSTAL PARA COMUNICACIONES Provincia Cantón Distrito Apartado Postal

DIRECCIÓN RESIDENCIAL Provincia Cantón Distrito Apartado Postal

CORREO ELECTRÓNICO Y FAX PARA COMUNICACIONES FAX

IDENTIFICACION (Incluya Copia) Num. Tipo de Identificación

Estatura _____ pies _____ pulg. Peso _____ lbs. Pérdida o aumento de peso en los últimos años _____ lbs.

Fecha Nacimiento (d/m/a) / /	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> F	Provincia donde nació	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Convivencia	Teléfono Residencial
---------------------------------	------	--	-----------------------	---	----------------------

¿Es ciudadano de Costa Rica.? Sí No Si no lo es, Indique tipo de Residencia Temporal Permanente

Nombre del Patrono Ocupación Teléfono Oficina

Enviar Notificación de Prima a: Propuesto Asegurado Tomador Otro (propvea nombre/dirección en Solicitudes Especiales) Teléfono Celular

2. TOMADOR (Llene solamente si el Tomador no es el Propuesto Asegurado) Parentesco Fecha de Nacimiento Seguro Social. / /

DIRECCIÓN PARA COMUNICACIONES Provincia Cantón Ciudad Distrito Apartado Postal

DIRECCIÓN RESIDENCIAL Provincia Cantón Ciudad Distrito Apartado Postal

CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICACIONES FAX

NUM. IDENTIFICACION (Incluya Copia) Tipo de Cedula Pasaporte

Fecha Nacimiento (d,m,a) / /	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F.	Provincia donde nació	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Convivencia	Teléfono Residencial
---------------------------------	------	--	-----------------------	---	----------------------

3. NACIONALIDAD Teléfono Celular

¿Es ciudadano de Costa Rica.? Sí No Si no lo es, Indique tipo de Residencia Temporal Permanente

SEGURO QUE SE SOLICITA: Término Nivelado 10 Años 15 Años 20 Años 30 Años **Monto del Seguro**
¿Cómo fue vendido? Preferred Plus Preferred Select Standard Fumador No Fumador \$ _____

4. CUBIERTAS OPCIONALES

Indemnización Adicional por Muerte Accidental \$ _____
 Ingreso por Incapacidad Total \$ _____
 Adelanto en Vida Hasta el 50% de la suma Asegurada

Exoneración de Pago de Prima por Incapacidad Total
 Seguro Vida Temporal Asegurado Adicional \$ _____
 Seguro Vida Temporal Hijos \$ _____

5. FRECUENCIA DE PAGO Y PAGO FRACCIONADO DE PRIMA

Anual Semestral prima total x (0.51) Trimestral prima total x (0.26) Mensual prima total x (0.0875)

FORMA DE PAGO Tarjeta de Crédito Tarjeta de Débito Deducción mensual Cheque de Gerencia

6. Hijos / Asegurados Adicionales	Fecha de Nacimiento (m,d,a)	Sexo (M,F)	Edad	Estatura/ Peso	Identificación	Ocupación	Ingreso Anual	Parentesco con el Asegurado	Cantidad Solicitada
	/ /								\$
	/ /								\$
	/ /								\$
	/ /								\$
	/ /				/ /				\$

7. NOMBRE Y DIRECCION BENEFICIARIO

Porcentaje Tipo y Núm. Identificación Parentesco

_____% _____
Nombre y Dirección

_____% _____
Nombre y Dirección

PARTE I Cont.

8. SEGURO DE VIDA (en cualquier persona propuesta para este seguro)
 ¿Se reemplazará, discontinuará, reducirá o cambiará algún seguro de vida o anualidades con esta o cualquier otra compañía si se emite el seguro que se solicita en este momento? Sí No
 Si contesto "SI", provea detalles:

Asegurado	Compañía	Núm. Póliza	Cantidad	Fecha Póliza

Asegurado	Compañía	Núm. Póliza	Cantidad	Fecha Póliza

9. INDIQUE TODOS LOS SEGUROS DE VIDA VIGENTES O QUE SE ESTÉN SOLICITANDO EN ESTE MOMENTO PARA CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA ESTE SEGURO (Si ninguno, indique "ninguno")

Compañía	Cantidad	Plan	Año Emitido	Cantidad	Muerte Acc.	Estándar	Clasificación

Compañía	Cantidad	Plan	Año Emitido	Cantidad	Muerte Acc.	Estándar	Clasificación

10. HÁBITOS DE FUMAR

- A. PROPUESTO ASEGURADO: ¿Ha usado tabaco en los últimos 36 meses? Sí No ¿En los últimos 12 meses? Sí No
 ¿Qué tipo de tabaco? Cigarrillos Pipa Cigarros Otro _____
- B. PROPUESTO HIJO / ASEGURADO ADICIONAL: ¿Ha usado tabaco en los últimos 36 meses? Sí No ¿En los últimos 12 meses? Sí No
 ¿Qué tipo de tabaco? Cigarrillos Pipa Cigarros Otro _____

11. CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA ESTE SEGURO

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿En algún momento ha solicitado un seguro o una reinstalación que haya sido declinada, pospuesta, clasificada, modificada o alguna vez dicho seguro ha sido cancelado o se ha denegado la renovación de una póliza?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿En algún momento ha recibido o solicitado beneficios de indemnización o un pago por alguna lesión, enfermedad o condición de discapacidad?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Ha participado o planifica participar en cualquier tipo de carreras motorizadas, buceo, paracaidismo, vuelo con ala delta, viaje en globo o escalamiento de montañas? (si indica "Si", complete el cuestionario de pasatiempos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿En algún momento ha hecho vuelos como piloto, estudiante de aviación o integrante de la tripulación de cualquier aeronave en los últimos tres años o tiene la intención de hacerlo? (si indica "si", complete el cuestionario de pasatiempos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Ha sido acusado pero no absuelto de violar cualquier ley criminal?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Ha tenido en los pasados cinco años alguna infracción de vehículo de motor o su licencia de conducir ha sido suspendida o revocada?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Tiene alguna intención de viajar fuera de Costa Rica el próximo año?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Pertenece o tiene la intención de ingresar a cualquier organización militar o naval activa o de reserva?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿En algún momento ha radicado una quiebra?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si contesta "SI" a cualquiera de las anteriores, las preguntas a. hasta i., por favor brinde detalles, incluyendo el nombre de la persona. _____

PARTE II

En su mejor entendimiento y opinión

1. Cualquiera de las personas propuestas para este seguro, ¿en algún momento ha recibido tratamiento para o ha
 - a. Discapacidad de los ojos o los oídos?
 - b. Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, parálisis o derrame en los últimos 10 años?
 - c. Falta de aliento, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema o trastorno respiratorio crónico en los últimos 10 años?.....
 - d. Dolor de pecho, palpitaciones, presión alta, soplo en el corazón, ataque cardiaco u otro trastorno del corazón o de los vasos sanguíneos?
 - e. Ictericia, sangrado intestinal, úlcera, colitis, indigestión recurrente o cualquier otra enfermedad del estómago, intestinos, hígado o vesícula?.....
 - f. Azúcar, proteinuria, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, piedra u otro trastorno del riñón, vejiga, próstata u órganos reproductivos?
 - g. Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?.....
 - h. Trastorno de las mamas u órganos pélvicos?
 - i. Neuritis, artritis o trastorno de los músculos o huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda o las coyunturas?.....
 - j. Trastorno de la piel, glándulas linfáticas, tumor o cáncer?
 - k. Anemia u otro trastorno de la sangre?.....
 - l. Alcoholismo o adicción a drogas que causan hábito?
 - m. Cualquier trastorno físico o mental que no esté listado arriba?
2. Alguna de las personas propuestas para esta este seguro:
 - a. ¿Ha tenido un examen físico, consulta o cirugía en los últimos cinco años?
 - b. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica u otra instalación médica en los últimos cinco años?
 - c. ¿Se le ha hecho un electrocardiograma, rayos X u otra prueba diagnóstica en los últimos cinco años?
 - d. ¿Se le ha recomendado hacerse algún examen diagnóstico, hospitalización o cirugía que aún no se haya completado?.....
 - e. ¿Ha sido diagnosticado o tratado por un miembro de la profesión médica como persona que padece síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado al SIDA (ARC por sus siglas en inglés)?
 - f. ¿En alguna ocasión ha tenido algún trastorno de la menstruación, embarazo u otros órganos reproductivos?
3. ¿Está usted embarazada en este momento? Si contesta "Sí", la fecha estimada de parto es ____/____/____ (Féminas solamente).....
4. Cualquiera de las personas propuestas para esta este seguro, ¿está en este momento bajo alguna observación médica o tratamiento que no se haya mencionado arriba?

Propuesto Asegurado	Cónyuge/Aseg. Adicional	Todos los Hijos	
		Sí	No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor provea detalles abajo si usted contestó "Sí" en cualquiera de las preguntas de arriba.

Pregunta Núm.	Nombre de la Persona	Detalles (nombre de la condición, fecha de comienzo, duración, tratamiento o estado actual, etc.)	Nombres completos, direcciones y números de teléfono de los Médicos y los Hospitales

PARTE II Cont.

6a MÉDICO PERSONAL (si no tiene ninguno, indique "ninguno.")

Nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____

b. Fecha y razón de la última consulta _____

c. Tratamiento brindado o medicamento recetado _____

7a. HISTORIAL FAMILIAR DEL PROPUESTO ASEGURADO

HISTORIAL FAMILIAR DEL CÓNYUGE/ASEGURADO ADICIONAL

	Edad, si Vive	Edad al Morir	Causa de Muerte		Edad, si Vive	Edad al Morir	Causa de Muerte
Padre				Padre			
Madre				Madre			
Hermanos / Hermanas				Hermanos / Hermanas			

SOLICITUDES ESPECIALES

PROPUESTO ASEGURADO (Nombre, Inicial, Apellido)	Tipo y Num de Identificación
--	------------------------------

AUTORIZACIÓN Y ACEPTACIÓN

Autorizamos a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica u otra instalación médica o relacionada, compañía de seguros o reaseguro, el Negociado de Información Médica, agencia de reportes de consumidor, patrono o Administrador de Beneficios de Farmacia que tenga información disponible en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronosis relacionado a cualquier condición física o mental y/o tratamiento y/o reclamaciones de seguros durante los últimos cinco (5) años sobre mi persona o mis hijos menores de edad y cualquier otra información no médica sobre mi persona o mis hijos menores de edad, a suministrarle a **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** o su representante legal o sus reaseguradores cualquiera y toda dicha información. Autorizamos a cualquier agencia de reportes de consumidor a que prepare o procure un reporte investigativo de consumidor sobre mi persona o mis hijos menores de edad.

Entendemos que la información obtenida por medio de esta autorización será utilizada por **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** para determinar elegibilidad para beneficios bajo una póliza existente. La información que en virtud de la suscripción de seguros obtengan BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc. queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad; salvo por nuestra manifestación por escrito en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

Certificamos que las declaraciones provistas en la Parte I y Parte II (si la Parte II es requerida por la Compañía) de esta solicitud son ciertas y completas a mí(nuestro) mejor entender y conocimiento. Se acuerda que: (a) las únicas declaraciones que se considerarán como la base para emitir la póliza son aquellas contenidas en la solicitud o en cualquier enmienda a la solicitud; (b) si no se hace un prepago con esta solicitud, el pago de la primera prima debe realizarse en 10 días hábiles, durante la vida del Propuesto Asegurado y mientras su salud, circunstancias y otras condiciones que afecten su asegurabilidad sean los mismos que los descritos en la Parte I y Parte II (si la Parte II Médica es requerida por la Compañía) de esta solicitud, hasta que la póliza sea entregada. y (d) nadie excepto el Gerente General puede hacer, alterar o invalidar contratos o renunciar a cualquiera de los derechos o requisitos de la Compañía.

AVISO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude, provea información falsa en una solicitud de seguro, o provea, ayude a proveer o asista en la tramitación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier beneficio relacionado, o que someta reclamaciones múltiples, les serán de aplicación las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Contrato de seguros, No. 8956, sin perjuicio de que tal conducta configure además la comisión de algún delito.

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

Manifiesto que he tenido acceso y he recibido la información necesaria previo al perfeccionamiento del contrato del seguro.

Fecha _____ Ciudad/Estado _____ menor de menos de 15	Firma X. _____ Firma del Propuesto Asegurado (Padre o Tutor Legal si el Propuesto Asegurado es un años de edad o Representante Personal)
Firma X. _____ Tomador si es distinto al Propuesto Asegurado	Firma X. _____ Asegurado Adicional si se elige Seguro a Término
Firma X. _____ Código _____ Representante Autorizado o Productor	Firma X. _____ Código _____ Agencia General
Firma X _____ Código _____ Representante Autorizado o Productor y/o testigo	

La documentación contractual y la nota técnica qe integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispue Página 5 artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número _____ de fecha _____.

**SI ES POR DÉBITO MENSUAL A SU CUENTA BANCARIA,
INCLUYA UN CHEQUE CANCELADO Y FIRME LA AUTORIZACIÓN**

AUTORIZACIÓN A MI BANCO

Como una conveniencia para mí, por este medio solicito y les autorizo a ustedes a iniciar débitos, ya sea por medios electrónicos o en papel, con dichos débitos hechos a mi cuenta y retirados por **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.**, siempre y cuando hayan suficientes fondos disponibles en dicha cuenta para pagar los mismos a su presentación. Acepto que sus derechos en cuanto a dicho débito serán los mismos que si se tratara de un cheque emitido a su favor y firmado personalmente por mí. Por este medio acepto que si algún débito no es pagado a ustedes por alguna razón, con o sin causa o si dicho pago no hecho es intencional, inadvertido o de alguna otra naturaleza, ustedes no tendrán responsabilidad alguna, aún cuando dicho pago no hecho resulte en la caducidad del seguro. Esta autorización permanecerá en completa vigencia y efecto hasta que sea revocada por mí, mediante notificación escrita con 30 días de antelación y hasta que ustedes de hecho reciban dicha notificación, yo acepto que ustedes estarán completamente protegidos en honrar cualquier débito a mi cuenta. **En pólizas cuyo monto exceda de \$150,000 la compañía debe evaluar y aceptar el riesgo. Una vez emitida la póliza esta autorización entrara en vigor.**

Banco _____
Nombre _____ Sucursal _____ Número de Cuenta _____

Dirección: _____ Código Postal _____

Esta autorización está limitada a la cantidad total de la prima. \$ _____ Cuenta: Cheques Ahorros

Firma _____ Fecha: _____
Propuesto Asegurado

Firma _____ Fecha: _____
(Según aparece en el expediente bancario)

PRIMA INICIAL

Yo autorizo a **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** a debitar cualquiera/todas las primas iniciales de mi cuenta, en el momento que mi póliza sea emitida y activada.

Fecha _____ Firma X _____
(Según aparece en el expediente bancario)

Por este medio solicito y autorizo a **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** a debitar la prima modal inicial para la póliza que aquí se solicita, UNA VEZ QUE LA SOLICITUD HAYA SIDO COMPLETADA EN SU TOTALIDAD Y LA PÓLIZA Y/O SUS SUPLEMENTOS SEAN APROBADOS Y EMITIDOS SEGÚN SOLICITADO.

Se acuerda y se entiende que NINGÚN SEGURO ENTRARÁ EN VIGOR a menos que los requisitos que preceden sean satisfechos y que el débito como primer pago haya sido honrado por el banco cuando fue presentado por primera vez, y por ello esta aprobación **no** concede cubierta condicional.

AUTORIZACIÓN PARA CARGO RECURRENTE A TARJETA DE CRÉDITO

Por este medio solicito y autorizo a **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** a hacer cargos automáticamente a una de las siguientes tarjetas de crédito. **En pólizas cuyo monto exceda de \$150,000 la compañía debe evaluar y aceptar el riesgo. Una vez emitida la póliza esta autorización entrara en vigor.**

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO PRIMARIA

VISA Master Card American Express

Nombre Completo (según aparece en la tarjeta de crédito)

Dirección (según aparece en su estado de cuenta)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Núm. de la Tarjeta de Crédito _____ Fecha de Expiración _____

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO SECUNDARIA

VISA Master Card American Express

Nombre Completo (según aparece en la tarjeta de crédito)

Dirección (según aparece en su estado de cuenta)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Núm. de la Tarjeta de Crédito _____ Fecha de Expiración _____

Esta autorización está limitada a la prima mensual trimestral semestral anual de \$ _____ que se debe en la póliza número _____ y está sujeta a lo siguiente:

(1) Esta autorización no modifica ninguno de los términos de la póliza. (2) **Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea cancelada por mí mediante notificación por escrito a BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc. al menos 30 días antes de la fecha en que sea pagadera la próxima prima.** (3) Si se rechaza cualquier cargo de prima a mi tarjeta de crédito, ustedes pueden hacer el cargo a mi tarjeta secundaria (si alguna).

Firma del Tarjetahabiente (según aparece en la tarjeta de crédito)

Fecha

Dirección

INTENCIONALMENTE EN BLANCO

SOLICITANTE <i>Nombre, Inicial, Apellido)</i>	Num. Y Tipo Identificación
--	----------------------------

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO O PRODUCTOR

1. ¿Vio usted al cliente al momento de hacer la solicitud? Sí No

INFORMACIÓN DE TRASFONDO

1. A su mejor entender, ¿la póliza solicitada conlleva el reemplazo total o parcial de un seguro de vida o anualidad existente?

Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿ha usted cumplido con el formulario de reemplazo requerido? Sí No

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PROPUESTO ASEGURADO

1. Ingreso anual bruto del propuesto asegurado \$ _____

2. Capital personal neto \$ _____

3. Propósito del seguro: _____

Yo certifico que el pedido y la venta de esta póliza se han efectuado en total cumplimiento y de conformidad con todas las leyes, reglas y regulaciones aplicables de la jurisdicción en donde se llevó a cabo el pedido.

Firma X. _____
Representante Autorizado o Productor

CONSENTIMIENTO

Intereso recibir recordatorios de cortesía, información de futuros servicios y eventos ofrecidos o auspiciados por **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** Consiento en recibir llamadas de Representantes Autorizados así como llamadas telefónicas pregrabadas, marcadas automáticamente; mensajes de voz y textos; correos electrónico por o a nombre de **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.**, en los teléfonos y correos electrónicos indicados. Comprendo que este consentimiento no es una condición para obtener la póliza que solicito.

Correo electrónico: _____

Tel. Celular: _____ Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Ext. _____

Firma

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 _____ de fecha _____.