

***Pan American Life Insurance
de Costa Rica, S.A.***

Póliza Colectiva de Vida - Dólares

**Código de producto: P14-26-A06-216
(Versión 3)**

Fecha registro V3: 26-nov-2014

Oficio solicitud registro V3: sin número

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., cédula jurídica número 3-101-601884, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo el número A-06 (En adelante llamada la Compañía), se compromete a pagar los beneficios que constan en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, en lo que respecta a cada Asegurado afiliado de:

(En adelante llamado el Contratante)

Esta póliza No. _____ se le expide al Contratante en consideración a la Solicitud como a los consentimientos individuales de los Asegurados afiliados. La primera prima por la suma de (_____) vence en la fecha efectiva de la póliza, el día _____ y las primas subsiguientes, durante la continuación de la póliza, vencerán de acuerdo a la forma de pago pactada.

Esta póliza estará vigente durante el período de seguro pactado y será renovable anualmente. Al vencimiento de cada período de vigencia, siempre que se cancele la prima técnicamente determinada, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. Las condiciones generales aplicables serán las que rijan para el contrato en la fecha de renovación y que están registradas ante la Superintendencia General de Seguros.

Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte de la Compañía o del Contratante se verificarán en las oficinas de la Compañía, **dólares estadounidenses o en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.**

COBERTURAS

Cobertura básica:

Seguro de Vida

Coberturas opcionales:

Seguro de Muerte Accidental, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental

Seguro de Incapacidad Total y Permanente

INCLUIDO

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

Fecha de inicio de la vigencia: _____

Lugar y fecha de emisión: _____

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO ARBITRAL

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
GERENTE GENERAL

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA COLECTIVA DE VIDA (Dólares)

Este producto de seguro colectivo provee beneficios para: **Vida; Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente (MyDA) e Incapacidad Total y Permanente (ITP)**. El beneficio del seguro de Vida constituye la cobertura básica de esta póliza. Los demás beneficios constituyen coberturas opcionales que pueden adquirirse mediante el pago de una prima adicional.

I. DEFINICIONES

Las palabras y frases que a continuación se detallan, tendrán el significado que aquí se establece:

ACCIDENTE: Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten al organismo del Asegurado, provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efectos de contusiones. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso.

AFILIADOS: Define a los individuos para los cuales el Contratante solicita el seguro y/o beneficios ofrecidos por esta póliza y cuya clasificación, elegibilidad y beneficios es requerida por el propio Contratante y registrada en la póliza.

AÑO CALENDARIO: El período de doce (12) meses consecutivos entre el 1ro. de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses que comienza a partir de la fecha efectiva de la póliza.

ASEGURABILIDAD: Ser apto para obtener un seguro, de acuerdo a los requerimientos de la Compañía de seguros.

ASEGURADO: Es el asegurado elegible indicado en los registros del Contratante.

ASEGURADO PRINCIPAL O TITULAR PRINCIPAL: Afiliado o persona asegurada que está nombrada en la solicitud de seguro, aprobado por la Compañía, a la cual se le emite un certificado como evidencia de su cobertura de seguro.

BENEFICIARIO: Es la persona designada por el asegurado, que después del fallecimiento del asegurado recibirá los beneficios del Seguro de Vida y el Beneficio de Muerte y Desmembración Accidental y cualquier otro beneficio indicado en las Condiciones Generales de la póliza.

CERTIFICADO DE SEGURO: Es el documento que se le entrega al Asegurado Principal como evidencia de la cobertura de seguro.

COMPAÑÍA: Se refiere a la aseguradora que respalda las coberturas ofrecidas en esta póliza.

CONTRATANTE: Es la empresa o entidad a la cual la Compañía ha emitido una póliza con el objeto de proporcionar cobertura de seguro a los afiliados y está obligada a pagar las primas en la forma y monto convenido. Los actos propios del Contratante para incorporar a los Asegurados dentro de la Póliza no constituyen intermediación de seguros. Los actos propios del Contratante para incorporar a los Asegurados dentro de la Póliza no constituyen intermediación de seguros.

CUADRO DE BENEFICIOS: Es el compendio de beneficios que contiene las condiciones particulares de la póliza, en el cual se detallan las coberturas y montos correspondientes al Seguro de Vida, Beneficio de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente, e Incapacidad Total y Permanente, cubiertos en la póliza.

EDAD: Para los efectos de este Contrato, se entenderá que las coberturas estipuladas hasta el cumplimiento de una edad específica, cubrirán al Asegurado durante todo el día de su cumpleaños y hasta la medianoche (24:00 hrs.) de ese día.

FECHA DE RENOVACIÓN: Se refiere a la fecha en que terminan los beneficios, condiciones y tarifas del último período de vigencia, indicada en el Cuadro de Beneficios. A partir de esta fecha entran en vigencia los nuevos beneficios, condiciones y tarifas acordados entre el Contratante y la Compañía.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO: Se refiere a la fecha en que comienza la cobertura cada de asegurado bajo esta póliza, por el período de vigencia de la misma y mostrada en el certificado de seguro. La Cobertura para el asegurado será efectiva a las 00:00 horas de la Fecha de Vigencia de la Cobertura del Asegurado y no en la fecha en que la Solicitud Individual del Seguro o Tarjeta de Enrolamiento fue firmada.

FECHA EFECTIVA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta póliza, la cual es indicada en la Carátula de la misma y que determinará las fechas de las renovaciones subsiguientes de la póliza. La Póliza será efectiva a las 00:00 horas de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza y no en la fecha en que la Solicitud del Seguro fue firmada.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Se define como la incapacidad del asegurado a consecuencia de lesión corporal o enfermedad, que lo imposibilita total y continuamente a desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado o lucrativo.

LESIONES CORPORALES: Trauma o lesión física que resulta de un accidente sufrido por el asegurado mientras la póliza esté vigente y que resulte directa o independientemente de cualesquiera causas no excluidas por la póliza.

MODALIDAD DE PAGO CONTRIBUTIVA: Cuando el pago de la prima de la cobertura del seguro es pagada en parte o totalmente por la persona asegurada.

MODALIDAD DE PAGO NO CONTRIBUTIVA: Cuando el pago de la prima de la cobertura del seguro es pagada totalmente por el Contratante.

PLAN DE SEGURO COLECTIVO: Define la cobertura de beneficios indicada en el Cuadro de Beneficios a grupos de personas cobijados bajo un mismo vínculo de tipo laboral, escolar, cooperativo, entre otros, y debe tener un mínimo de 10 titulares principales. Estos planes tienen un diseño especial de acuerdo al colectivo que los adquiere, evidenciado con el Certificado, el cual se otorga a los titulares principales del grupo. Se advierte que la contratación colectiva de una póliza no exime a los agentes y corredores de seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza.

PÓLIZA: Documento que detalla las condiciones generales y particulares del contrato de seguro pactado entre una entidad Contratante y la Compañía. Está constituida por estas Condiciones Generales, el Cuadro de Beneficios, las Solicitudes de Seguro, la propuesta de seguro y los formularios suscritos por los Asegurados. En la póliza se establecen los derechos y obligaciones de los Asegurados, del Contratante y de la Compañía.

PRIMA: Es la cantidad de dinero que paga el Contratante a la Compañía por los beneficios ofrecidos bajo esta póliza.

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD: Es el detalle de enfermedades, condiciones y tratamientos médicos realizados durante la vida del asegurado propuesto, así como los exámenes médicos y pruebas de diagnóstico requeridos para ser elegible para el seguro.

SOLICITUD DE SEGURO: Es el formulario aprobado por la Compañía mediante el cual el Contratante solicita el plan de beneficios bajo la presente póliza.

SOLICITUD INDIVIDUAL o TARJETA DE ENROLAMIENTO: Se refiere al formulario aprobado por la Compañía que debe completar y firmar el Asegurado Principal, con el objetivo de solicitar su inscripción al seguro y designar beneficiarios para el seguro de vida.

II. ESTIPULACIONES GENERALES

A. COBERTURA DE SEGURO

La cobertura de seguro de cada Asegurado será de acuerdo con el Cuadro de Beneficios aplicable que se incluye adjunto a esta póliza y únicamente cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida la vigencia.

B. LA PÓLIZA Y LA SOLICITUD DE SEGURO CONSTITUYEN EL CONTRATO COMPLETO

La póliza, sus anexos, registros, la solicitud de seguro del Contratante, de la cual se adjunta copia a esta póliza, así como los consentimientos de seguro individuales de los asegurados afiliados, si los hubiere, constituyen el contrato entre las partes.

C. SOLAMENTE UN FUNCIONARIO AUTORIZADO DE LA COMPAÑÍA PUEDE AUTORIZAR UNA MODIFICACIÓN A LAS ESTIPULACIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA

Solamente el Presidente o el Gerente General de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones particulares de esta póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un anexo firmado, que contenga el consentimiento del contratante del seguro. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por algún corredor, Sociedades Agencias o Agentes de Seguros o cualquier persona que no sean aquellas mencionadas en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni las Sociedades Agencias ni los Agentes de Seguros actuarán a nombre de la Compañía.

D. CAMBIO EN LA COBERTURA DE SEGURO Y CAMBIO DE CLASIFICACIÓN

Cualquier cambio en la cobertura del seguro de un Asegurado será efectivo a partir de la notificación que el Contratante haga por escrito a la Compañía, siempre que el Asegurado mantenga su afiliación con el Contratante y se cumplan las contribuciones correspondientes.

De no hacer la notificación correspondiente, si la cobertura fuere de pago contributivo, dentro de los treinta y un (31) días naturales a partir de la fecha efectiva del cambio, dicho Asegurado tendrá que presentar Pruebas de Asegurabilidad a la Compañía, sin costo alguno para ésta. En este caso, el cambio será efectivo en la fecha que sea aprobado por la Compañía. En el caso que el Asegurado tenga una relación laboral con el Contratante, de no estar trabajando en forma activa por cualquier motivo, dicho cambio empezará a regir al día siguiente de su regreso al trabajo activo y permanente.

La cobertura cambiada será pagadera si la causa que origina el reclamo, sea enfermedad o accidente, se inició después de la fecha efectiva del cambio; de lo contrario el pago del seguro será en base a las coberturas que tenía antes de dicho cambio.

E. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

La Compañía le emitirá al Contratante un Certificado Individual y un Cuadro de Beneficios para entregar a cada Asegurado y en el cual deberá hacerse constar: el número del certificado y de la Póliza, el número de registro del producto ante la Superintendencia General de Seguros, el plazo de vigencia de la Póliza, el monto asegurado, el monto de la prima, la fecha efectiva del Asegurado, descripción y monto de las coberturas incluidas. La entrega al Asegurado del Certificado Individual de Seguro y el Cuadro de Beneficios se efectuará en el domicilio del Contratante en el plazo de tres días hábiles a partir de la inclusión del Asegurado en la Póliza o de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. En caso de que el Asegurado solicite copia de las condiciones generales del seguro contratado, dicha copia se le entregará en el mismo lugar y plazo establecido para la entrega del Certificado Individual de Seguro. Estas obligaciones rigen también para los sujetos que, sin ser asegurados, tengan interés en el seguro en razón de concurrir a financiar el pago de la prima o encontrarse afectos a cumplir obligaciones y cargas de la póliza.

F. REGISTRO DE ASEGURADO

El Contratante debe suministrar periódicamente la información relacionada con los asegurados, cambios en las cantidades del seguro y terminaciones de seguro, conforme se lo exija la Compañía con fines de administrar el seguro. La planilla del Contratante así como cualesquiera otros registros de los asegurados que puedan tener referencia al seguro de esta póliza, deberán ponerse a disposición de la Compañía con fines de inspección en cualquier momento razonable.

Cualquier error, falta u omisión inadvertida de parte del Contratante al notificar el nombre del Asegurado o cuya cantidad de seguro va a ser cambiada de acuerdo con su clasificación, no privará al Asegurado del seguro, ni afectará el importe de éste.

La omisión en notificar la terminación de un Asegurado no implicará que se mantenga la cobertura de ese asegurado más allá de esa fecha de terminación. El Contratante será responsable de cubrir cualquier gasto incurrido por cualquier ex-asegurado afiliado posterior a su fecha de salida de la empresa, cuando no haya reportado su salida del grupo asegurado.

G. EDAD DE ACEPTACIÓN

El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en su Solicitud de Seguro. No obstante lo anterior, la Compañía podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha Efectiva de Vigencia o la de la renovación posterior de la Póliza.

Si se comprueba que a la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza la edad real del Asegurado era mayor a los sesenta y cinco (65) años y la edad que declaró fue menor a esa edad, el Asegurado tendrá que presentar a la Compañía Pruebas de Asegurabilidad que determinen su asegurabilidad o no junto con los exámenes médicos correspondientes para que la Compañía evalúe y determine, en caso de ser asegurable, sus condiciones en el seguro y su respectiva tarifa de conformidad con la cláusula **V. PRUEBA DE ASEGURABILIDAD**. Si con posterioridad a la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá de la siguiente forma, siempre de conformidad con el plazo límite de tiempo de disputabilidad establecido en la cláusula **N. INDISPUTABILIDAD** de esta póliza:

a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Compañía asumirá el riesgo, pero el Asegurado deberá reembolsar a la Compañía los montos correspondientes a las Primas dejadas de percibir por la Compañía. Si el Asegurado no lo hiciera, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza por falta de pago apropiado de la Prima. En caso de que el error fuere descubierto sucedido ya el siniestro, la Compañía podrá deducir de la suma indemnizada las Primas dejadas de percibir.

b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la obligación de la Compañía no se modificará, y la Compañía reembolsará en sus oficinas la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de recepción de la solicitud escrita correspondiente. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del contrato o de su última renovación.

La Compañía asumirá todas las obligaciones establecidas en la Póliza para con aquellos individuos que incorporare a los Grupos Asegurados pero cuya edad se encontrare fuera de los límites de admisión, siempre y cuando dichos individuos hubiesen declarado verazmente su edad en su Solicitud de Seguro.

H. FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS

El Contratante pagará las primas por adelantado, en las oficinas de la Compañía ubicadas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso, o mediante tarjeta débito, tarjeta de crédito, cheque, transferencia directa en una cuenta de la Compañía o a través de cualquier medio que sea utilizado y aceptado por los bancos del Sistema Bancario Nacional. Las primas se pueden pagar anual, semestral, trimestral o mensualmente. Mediante petición por escrito, podrá cambiarse la forma de pago en

cualquier aniversario de la póliza, con el ajuste que corresponda de acuerdo a la forma de pago.

I. IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES

El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza será responsabilidad del Contratante.

J. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

A partir de cualquier Fecha de Vencimiento de la Póliza, excepto en la primera, el Contratante gozará de un Período de Gracia de treinta (30) días naturales para pagar la Prima pactada. Si la prima no se recibe en la Compañía al final del período de gracia, la Compañía podrá tomar una de las dos siguientes acciones:

a) Dar por terminado el contrato, quedando liberada la Compañía de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro ocurrido a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Contratante, o también a los Asegurados en los planes contributivos, según corresponda, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,

b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Contratante, o también a los Asegurados en los planes contributivos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que la Compañía escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al Contratante, cualquiera que ella sea.

K. LA COMPAÑÍA PUEDE MODIFICAR LAS PRIMAS

Durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia de la póliza, la prima se calculará de acuerdo con las tarifas de primas que anteceden. La Compañía tiene el derecho de modificar las tarifas: **1°)** en cualquier aniversario de la póliza; y **2°)** en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que las tarifas que entonces se cobren, hayan estado vigentes por doce (12) meses, y siempre que la Compañía notifique al Contratante por lo menos con treinta y un (31) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento, con el fin de que éste manifieste su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo. **Será obligación del Contratante comunicar a los Asegurados cualesquiera modificaciones a las primas, con el fin de que éstos cuenten con un plazo de al menos diez días hábiles a partir de su notificación para solicitar su exclusión de la Póliza, en caso de que las nuevas condiciones no les resulten aceptables.** No obstante lo anterior, la Compañía cooperará con el Contratante para que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en su Solicitud Individual.

Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

- a) Las tarifas vigentes;
- b) Los beneficios de la póliza;
- c) Número de afiliados asegurados;
- d) Experiencia previa del grupo asegurable;
- e) Los factores de riesgo del grupo

Los ajustes de primas debido a cambios en el enrolamiento se harán en base del año póliza, a menos que hubiera un cambio en el enrolamiento de más de 10% con respecto al número de asegurados bajo el cual fue suscrita esta póliza. En este caso, la Compañía tiene el derecho de modificar las primas en el momento en que esta situación se presente. Cualesquiera ajustes que se realicen y se notifiquen a la Compañía dentro del Año póliza, o dentro de los treinta y un (31) días naturales siguientes de las mismas, se efectuarán de manera que cubran el período completo en que tales ajustes sean aplicables, siempre que éstos nunca pasen los doce (12) meses o del número de meses transcurridos en el año corriente de póliza, aplicando el período más corto.

L. REHABILITACIÓN DEL SEGURO

El Asegurado cuyo seguro ha sido terminado, podrá rehabilitar su cobertura presentando prueba de Asegurabilidad que estará sujeta a la evaluación y aprobación de la Compañía.

M. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Esta Póliza y todas sus Coberturas terminarán a las 24:00 hrs. del día en que se declare la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales: (i) Por vencimiento del período de gracia de la póliza sin que ésta hubiese sido renovada; (ii) Por falta de pago de la prima correspondiente; (iii) Por solicitud expresa y escrita del Contratante; (iv) Por declaratoria de la autoridad estatal competente; (v) Por comprobarse inexactitud o falsedad en las

declaraciones del Contratante según se establece en la cláusula II.P. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS de esta póliza; vi) Por acuerdo expreso y escrito de la Compañía y el Contratante; vii) En caso de que en el momento de cualquier renovación de la prima el número de Asegurados se reduzca a menos de diez personas, o a menos del setenta y cinco por ciento (75%), del grupo de personas elegibles para el seguro que haya sido propuesto originalmente por el Contratante.

En cualquiera de los casos en que se produzca la terminación anticipada de la póliza, se devolverán al Contratante (y a los Asegurados, en la proporción que les corresponda en modalidad contributiva) las primas no devengadas, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución. En todos los casos de terminación anticipada de la póliza, el Contratante, bajo su entera responsabilidad, lo comunicará de inmediato a los Asegurados para que éstos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante ese plazo. La Compañía cooperará con el Contratante para que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en su Solicitud Individual.

N. INDISPUTABILIDAD

Una vez transcurrido el plazo de dos años a partir del perfeccionamiento del presente contrato, salvo cuando la persona asegurada hubiera actuado con dolo, el asegurador no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas.

Cuando la reticencia o las declaraciones inexactas se refieran a la edad de la persona asegurada, el asegurador podrá ajustar el contrato al estado real del riesgo de acuerdo a lo estipulado en la cláusula **G. EDAD DE ACEPTACIÓN** de este contrato.

También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

P. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS

Esta póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Contratante y los Asegurados en las solicitudes o reclamos correspondientes, las cuales forman parte integrante de la póliza.

En el caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Contratante o los Asegurados fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la información falsa o reticente hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Contratante o de los Asegurados, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Contratante, y también a los Asegurados en casos de pólizas contributivas, una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Contratante, y en los casos de pólizas contributivas también el o los Asegurados, podrán aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Contratante, y de los Asegurados cuando la póliza es contributiva, o su negativa a aceptar el ajuste, dará derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el contrato conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el contrato devolviendo al Contratante, y a los Asegurados cuando la póliza es contributiva, la prima no devengada al

momento de dicha rescisión.

Cualquier información falsa, reticente o errónea suministrada sin dolo a la Compañía deviene indisputable una vez transcurridos dos años desde la Fecha Efectiva de la Póliza, y no podrá ser alegada por la Compañía como causal para dar por terminado el contrato o ajustar la Póliza.

En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Contratante los Asegurados Principales, sus Asegurados Dependientes, sucesores o cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido del Contratante o de cualquiera de los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Contratante, del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

Q. DERECHO DE RETRACTO Y REMBOLSO DE PRIMAS

El Contratante y cada Asegurado Principal pueden cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía dentro de un período de treinta (30) días naturales después de haber recibido la misma. Si no se han hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía reembolsará al Contratante, en los planes no contributivos, o en los planes contributivos al Contratante y a los Asegurados Principal en las proporciones descritas en el Certificado de Seguro, la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará nula e inválida, como si nunca hubiese sido emitida.

También se procederá con el reembolso de la porción no devengada de la prima si la Póliza es cancelada por el Contratante, o por el Contratante y los Asegurados en caso de planes contributivos, después del plazo indicado en el párrafo anterior, o en caso de terminación anticipada de la Póliza. La porción no devengada de la Prima se calculará con base en el

número de días que los Asegurados no estén cubiertos por la Póliza. El número de días se determina desde la fecha efectiva de la cancelación de la Póliza hasta su siguiente Fecha de Vencimiento.

El retiro por fallecimiento de las personas aseguradas dará derecho a la devolución de la prima a prorrata, a partir de la fecha de recibo de la respectiva comunicación, salvo que se le hayan reconocido siniestros, caso en el cual la Compañía tendrá derecho a exigir el valor de la prima total.

R. VALORACIÓN

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro.

La valoración podrá efectuarse por un perito cuyo nombramiento y honorarios se pagarán según lo establecido en la cláusula **II.U.5. CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE**.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, se procederá de conformidad con la cláusula **II.U.5. CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE**.

S. RECTIFICACIÓN

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Contratante o los Asegurados tendrán 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 el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

T. PRESCRIPCIÓN

Cumpléndose el plazo de cuatro (4) años después de la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización correspondiente al Asegurado, a menos que estuviere en trámite un Reclamo o proceso judicial relacionados con el mismo.

U. DISPOSICIONES LEGALES

U.1. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía pondrá a disposición de sus Asegurados una Red de Proveedores en la dirección electrónica que se les indique en el Cuadro de Beneficios. La Red de Proveedores son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y la prestación de servicios asistenciales y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones, por lo que la Compañía no asume más responsabilidad legal respecto de dichas personas que la impuesta por la legislación costarricense de protección al consumidor. El Asegurado tendrá siempre la opción de utilizar otros proveedores de su elección.

U.2. CONFIDENCIALIDAD

La información de carácter confidencial que los Asegurados brinden a la Compañía, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio a algún Asegurado deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

Los Asegurados tendrán derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones de los Asegurados. Los Asegurados tendrán derecho a que dicha información sea rectificada, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y les cause un perjuicio ilegítimo.

U.3. MONEDA

Los valores de este contrato, tanto los beneficios de cobertura o indemnizaciones como de primas se expresan en dólares de los Estados Unidos de América. Sin embargo, los pagos correspondientes a los reembolsos o indemnizaciones, así como a las primas de esta Póliza, podrán efectuarse tanto en dólares de los Estados Unidos de América, como en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

U.4. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Contratante, o entre la Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en su domicilio social en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Contratante serán efectuadas en el domicilio consignado en las Condiciones Particulares de la póliza. Los Asegurados serán notificados por los medios y en las direcciones consignadas en su Solicitud Individual.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se

tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

U.5. CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE

Las partes acuerdan, en forma expresa e irrevocable que toda controversia, diferencia, disputa o reclamo que pudieran derivarse del presente contrato, o del negocio y la materia a que éste se refiere, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez serán sometidas al siguiente procedimiento:

a) Dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes al acto, omisión o resolución que hubiese generado el diferendo, se iniciará un proceso de conciliación de conformidad con los reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, a cuyas normas las partes se someten en forma voluntaria e incondicional. El conflicto se dilucidará de acuerdo con la legislación costarricense. El lugar del proceso de conciliación será el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. Las partes y el árbitro conciliador nombrarán de mutuo acuerdo un perito que deberá presentar su informe en un plazo máximo de treinta (30) días naturales;

b) En caso de que la conciliación no sea posible, se procederá con un arbitraje de derecho que será resuelto por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. Cada parte designará un árbitro, y estos dos árbitros designarán al tercero quien fungirá como Presidente del tribunal arbitral. El laudo arbitral se dictará por escrito, será definitivo, vinculante para las partes e inapelable, salvo recurso de revisión o de nulidad. Una vez que el laudo se haya dictado y haya adquirido firmeza, producirá los efectos de cosa juzgada material y las partes deberán cumplirlo sin demora;

Los procesos y su contenido serán absolutamente confidenciales. Los gastos relacionados con los procesos de conciliación y arbitraje, incluyendo los honorarios del perito y los

árbitros, los asumirán las partes en igual proporción. Cada una de la partes cubrirá los honorarios de sus abogados y asesores.

U.6. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El presente Contrato se rige por las Leyes de la República de Costa Rica.

V. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

Para efectos de comprobar la elegibilidad de un nuevo asegurado con edad igual o mayor a sesenta y cinco (65) años de edad deberá presentar a la Compañía el formulario de Prueba de Asegurabilidad que ésta le proporcione.

En caso de que los resultados del formulario de Prueba de Asegurabilidad impliquen la necesidad de efectuar algún examen particular al Asegurado, tales como pero no limitados a: - Cuestionarios médicos específicos, -Examen médico general, -Examen de orina, -Electrocardiograma, -Examen de H.I.V., -Radiografía de Tórax, y –Perfil bioquímico, el Asegurado deberá presentarlo o presentarlos bajo su costo.

Una vez recibida de parte del Asegurado la Prueba de Asegurabilidad y las correspondientes pruebas médicas, en caso de ser necesaria alguna, la Compañía, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, evaluará su estado actual para que, de conformidad con los factores de riesgo del propuesto Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, determine su elegibilidad o no bajo la póliza y las condiciones de su aseguramiento.

Si la Compañía determina la posibilidad de aseguramiento del propuesto Asegurado bajo la póliza, procederá a notificarle, dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, sus condiciones de aseguramiento de conformidad con el análisis del riesgo efectuado. La Compañía ofrecerá al Asegurado posibilidades a escoger según la evaluación del riesgo y que incluyan combinaciones tales como: mantener o disminuir la suma asegurada actual, mantener o aumentar la tarifa o combinaciones entre sí. En los casos de reducciones de la

suma asegurada ésta no podrá ser mayor al 50% y en caso de los recargos de tarifa, estos no podrán ser menores a 50% ni mayores a 300%.

III. ESTIPULACIONES APLICABLES AL ASEGURADO PARA EL SEGURO DE VIDA

A. AFILIADOS ELEGIBLES PARA SEGURO

Todos los afiliados del Contratante activos y permanentes, desde la edad de los dieciocho (18) años en adelante.

En el caso de afiliados del Contratante que sean sus empleados, deben además trabajar exclusivamente para el Contratante en horario completo (no menos de 40 horas semanales), por lo que se exceptúan los empleados provisionales, temporales y jubilados. Cada empleado nuevo debe completar un período de sesenta (60) días de empleo continuo y activo. Nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula V. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de acuerdo a la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura..

- i. En los grupos no contributivos en que el Contratante aporta el pago total del seguro, los Afiliados serán automáticamente asegurados en la fecha de su elegibilidad, siempre y cuando se haya presentado solicitud de seguro o tarjeta de

enrolamiento por escrito a través del formulario designado por la Compañía debidamente firmado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su elegibilidad. Si la solicitud es presentada a la Compañía después de los treinta (30) días naturales indicados, el Afiliado debe suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha que ésta designe. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

- ii. En los grupos contributivos en los que el Afiliado aporta una cantidad para el pago de las primas, la cobertura de cada Asegurado afiliado elegible será efectiva después de que la solicitud de seguro del Afiliado es completada y presentada a la Compañía dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su fecha de elegibilidad. Si la solicitud es presentada a la Compañía después de los treinta (30) días naturales indicados, el Afiliado debe suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.
- iii. La Compañía podrá ofrecer a los afiliados en régimen no contributivo comprar una cobertura de vida adicional a la suma pagada por su empleador, en cuyo caso el Afiliado deberá suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura. Esta ampliación de beneficios no se extenderá a las coberturas por incapacidad ni muerte accidental y desmembramiento, ni a ninguna otra cobertura que la Compañía ofrezca.

B. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Al fallecimiento del Asegurado, su seguro de vida será pagadero a sus beneficiarios designados en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por la misma.

El Asegurado puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sin tener que notificar a dicho beneficiario ni obtener su consentimiento. El cambio de beneficiario debe efectuarse en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por ésta, y el mismo será efectivo en la fecha en que el formulario, debidamente firmado, sea registrado por la Compañía. El pago hecho por la Compañía a una persona beneficiaria, antes de haber sido informado de la sustitución o revocación, la libera de las obligaciones correspondientes.

En caso de haber designado más de un beneficiario y el Asegurado ha dejado de especificar el derecho respectivo que tengan los varios beneficiarios, éstos tendrán una distribución en partes iguales. Si alguno de los beneficiarios designados hubiese fallecido antes que el Asegurado, su derecho quedará terminado y la cantidad que le correspondía será distribuida en partes iguales a los otros beneficiarios registrados en la póliza. En caso que el Asegurado no haya designado beneficiarios o de no vivir ningún beneficiario al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, el pago correspondiente será efectuado a los herederos legales del Asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

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.

C. TERMINACIÓN INDIVIDUAL DEL SEGURO

Con excepción de lo previsto en las estipulaciones de la póliza tituladas Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente y Renta por Incapacidad Total y Permanente, la cobertura para cada Asegurado indicada en esta Póliza y reflejada en el Certificado de Seguro correspondiente terminará a las 24:00 hrs. del día en que se declare la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales que se presente primero: (a) la fecha en que el Asegurado deje de cumplir con la contribución que se requiere para el pago de las primas al vencimiento de éstas, conforme se comprometió por escrito; (b) la fecha en que deje de ser miembro de cualquiera de las categorías elegibles para seguro bajo esta póliza; (c) la fecha en que se termine o se suspenda por más de dos (2) meses su contrato de trabajo con el Contratante; (d) la fecha en que cesen los pagos de las primas correspondientes al seguro del Asegurado bajo esta póliza; (e) la fecha de terminación de esta póliza; (f) la fecha en que el Asegurado cometa cualquier acto fraudulento contra el seguro; (g) la fecha de expiración del período de gracia por falta del pago de prima; y (h) por comprobarse inexactitud o falsedad en las declaraciones del Asegurado según se establece en la cláusula **II.P. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS** de la póliza.

Se considerará para todos los efectos de esta cobertura como terminación del empleo, cuando el Asegurado cesa de trabajar para la empresa o por ausencia permanente del trabajo activo por cualquier otro motivo. Sin embargo, a no ser que el Contratante notifique por escrito lo contrario a la Compañía o deje de efectuar el pago de primas de la cobertura del Asegurado, se podrá considerar como Asegurado activo aquel empleado que se halle ausente de su empleo por motivo de enfermedad o lesión. Asimismo, el Contratante podrá considerar como Asegurado activo por un período hasta de dos (2) meses después de cesar su empleo, a cualquier empleado que se halle ausente de esta actividad como consecuencia de un paro temporal o por motivo de una licencia que se le hubiere concedido.

IV. SEGURO DE VIDA Y COBERTURAS ADICIONALES

A. SEGURO DE VIDA

El seguro de vida es la suma asegurada indicada en el Cuadro de Beneficios que la Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado luego de presentadas las pruebas legales del fallecimiento de aquél.

Esta cobertura posee las siguientes características:

- **Edad de Contratación:** El rango de edad de contratación para el Seguro de Vida es desde los dieciocho (18) años de edad.
- **Edad de Aseguramiento:** La edad de aseguramiento inicia a los dieciocho (18) años y no cesa.
- **Riesgo cubierto:** Muerte del Asegurado.
- **Tipo de Indemnización:** Pago de la suma asegurada.

- La cobertura estará vigente hasta que el Asegurado cese de trabajar para el Contratante.

La póliza de Grupo puede ser renovada de año en año siempre y cuando la prima correspondiente se pague y el grupo tenga un mínimo de diez (10) afiliados Asegurados y una participación mínima de 75% del grupo asegurado, si la póliza es contributiva, y 100% del grupo elegible si la póliza no es contributiva.

Beneficios adicionales incluidos en el Seguro de Vida:

a.1. AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS O GASTOS DE SEPELIO

Este beneficio consiste en un pago para cubrir los gastos funerarios del Asegurado fallecido hasta la suma máxima indicada en el Cuadro de Beneficios. Esta suma se pagará previa presentación del Certificado de Defunción a la Compañía. Este pago será descontado del monto de su seguro de vida.

El pago de este auxilio por gastos funerarios es independiente del beneficio básico de seguro de vida. Por lo tanto, el pago de este auxilio de gastos funerarios no implica la aceptación del reclamo del seguro de vida por parte de la Compañía.

a.2. BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA ANTICIPADO POR ENFERMEDAD TERMINAL

Esta cobertura permite el pago anticipado de una parte del seguro de vida básico de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios, si el Asegurado contrae una enfermedad terminal. Este pago será descontado del monto de su seguro de vida.

Para que este beneficio se haga efectivo se requiere lo siguiente: (a) que el

seguro de vida haya estado vigente por un período mayor de dos años; y, (b) que el Asegurado notifique por escrito a la Compañía a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a que haya recibido el diagnóstico de que padece una de las siguientes enfermedades sin respuesta al tratamiento indicadas en el siguiente listado:

1. **Neoplasias con nomenclatura T3N3M2**
2. **Síndrome Insuficiencia Inmunológica adquirida**
3. **Lupus Eritematoso Sistémico con más de 5 años de evolución**
4. **Distrofias Musculares**
5. **Esclerosis Múltiple**
6. **Fiebre Hemorrágica de Ebola**
7. **Síndrome Leish- Nyhan**
8. **Insuficiencia Cardíaca de más de 5 años de evolución**
9. **Cirrosis Hepática**
10. **Parálisis Cerebral**
11. **Leucemia**

Se define como enfermedad terminal, la condición médica o enfermedad irremediable, diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de esta póliza y que por certificación mayoritaria de un Tribunal Médico, dicha condición médica o enfermedad irremediable se califica como "sin respuesta al tratamiento". El Tribunal Médico podrá ser el designado por la Caja Costarricense del Seguro Social, si el diagnóstico es emitido por un centro de salud de esta institución. De lo contrario, dicho Tribunal estará conformado por el médico del Asegurado, un médico nombrado por la Compañía y un tercer médico especialista nombrado por los dos primeros.

B. SEGURO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

b.1. EXENCIÓN DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio adicional se otorga bajo las siguientes reglas:

- **Edad de Contratación:** El rango de edad de contratación es desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.
- **Edad de Aseguramiento:** La edad de aseguramiento inicia a los dieciocho (18) años y no cesa.
- **Riesgo cubierto:** La Incapacidad Total y Permanente del asegurado.
- **Tipo de Indemnización:** exención de primas debido a la incapacidad total y permanente del Asegurado.

La Compañía exonerará del pago de primas por cobertura de Seguro de Vida e Incapacidad Total y Permanente a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad y cumpla con las siguientes condiciones:

a. La terminación de su empleo haya ocurrido a causa de la incapacidad: (a) mientras se encontraba asegurado bajo esta póliza y las primas correspondientes a los seis (6) meses precedentes a la terminación del empleo hayan sido pagadas; (b) como resultado de una Incapacidad Total y Permanente, según se define en la póliza.

b. Que la Incapacidad Total y Permanente esté diagnosticada médicamente a continuar sin interrupción desde la fecha de la terminación del empleo hasta la fecha del fallecimiento y que la póliza haya estado vigente durante dicho período.

La cantidad original de seguro en la fecha de su incapacidad, estará sujeta a la misma reducción de seguro que aplique a un Asegurado activo, según se indique en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

El período de exención de prima terminará cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- I. La fecha de terminación de la póliza;
- II. La muerte del asegurado; y
- III. La recuperación de la incapacidad del Asegurado.

Al recibir las pruebas de la muerte del Asegurado, la Compañía pagará a su beneficiario la cantidad de seguro de vida vigente en esa fecha. Si una póliza Individual hubiera sido emitida para convertir el seguro del Asegurado y si una reclamación de muerte ha sido pagada bajo la póliza individual, la Compañía no efectuará ningún pago bajo otra estipulación de la póliza.

La prueba inicial de tal incapacidad total y permanente deberá ser presentada dentro de un período de doce (12) meses desde que se inició tal incapacidad, y que el Asegurado haya estado incapacitado por un período no menor de tres (3) meses de forma continua y permanente inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. **En todo caso, la declaratoria de incapacidad deberá ser emitida por el Tribunal Médico designado por la Caja Costarricense del Seguro Social, si el diagnóstico es emitido por un centro de salud de esta institución. De lo contrario, el Tribunal estará conformado por el médico del Asegurado, un médico nombrado por la Compañía y un tercer médico especialista nombrado por los dos primeros.** Posteriormente, la prueba subsiguiente de tal incapacidad total y permanente, deberá ser presentada dentro de cada período de tres (3) meses que siguen inmediatamente al primero y de ahí en adelante cada tres (3)

meses mientras dure la incapacidad y estuviere vivo el Asegurado. Todas las pruebas y documentaciones para notificar el siniestro deberán ser presentadas en las oficinas de la Compañía. En caso de que la Compañía rechace la reclamación, el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el compromiso arbitral contenido en este contrato.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar pruebas de Asegurabilidad satisfactorias de la existencia y continuidad de la Incapacidad Total y Permanente y de someter a exámenes físicos al Asegurado durante la incapacidad. En caso de que el Asegurado se rehúse a cumplir con estos requisitos, dejará de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza.

Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, la cual tendrá el derecho de examinar al Asegurado en cualquier momento durante dicha incapacidad. Si un Asegurado incapacitado no presenta las pruebas de la manera y dentro del período de tiempo especificado o rehusara ser examinado por la Compañía, desde esa fecha en adelante, dejará de tener derecho a este beneficio o cualquier otro beneficio de la póliza. En caso de que el Asegurado se rehúse a cumplir con estos requisitos, dejará de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza.

b.2. EXENCION DE PRIMAS Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio adicional se otorga bajo las siguientes reglas:

- **Edad de Contratación:** El rango de edad de contratación es desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.

- **Edad de Aseguramiento:** La edad de aseguramiento inicia a los dieciocho (18) años y no cesa.
- **Riesgo cubierto:** La Incapacidad Total y Permanente del Asegurado
- **Tipo de Indemnización:** exención de primas debido a la incapacidad total y permanente del Asegurado y pago fijo mensual, según la suma asegurada, al asegurado por un periodo de sesenta (60) meses.

Con el pago de la prima adicional correspondiente, este beneficio reemplaza al beneficio de Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente, indicado en el inciso b.1. anterior, bajo el seguro de vida.

La Compañía exonerará del pago de primas por cobertura adicional de Seguro de Vida e Incapacidad Total y Permanente a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente, manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad, con la condición de que suministre a la Compañía pruebas legales en la manera y dentro del período de tiempo especificado en esta póliza, siempre que:

a. La terminación del empleo del Asegurado haya ocurrido: (a) mientras dicho Asegurado se encontraba asegurado bajo esta póliza y siempre que las primas correspondientes a los seis meses precedentes a la terminación del empleo, debido a dicha incapacidad, hayan sido pagadas; y (b) como el resultado de una incapacidad total y permanente según se ha definido en esta póliza, y

b. Dicha incapacidad total y permanente esté diagnosticada médicamente a continuar ininterrumpidamente desde la fecha de terminación del empleo hasta la fecha de la muerte.

Al recibir dichas pruebas la Compañía pagará al Asegurado un beneficio a base de pagos mensuales, como liquidación total de todas las obligaciones bajo los beneficios de seguro de vida de la póliza y sujeto a las condiciones siguientes:

a. El primer pago mensual será pagadero dentro de los treinta (30) días naturales después de recibida la prueba de dicha incapacidad total y permanente, pero nunca antes de que el Asegurado haya estado incapacitado total y continuamente por un período de seis (6) meses.

b. El número de pagos mensuales será de sesenta (60), y cada uno será a base de la tarifa establecida en las condiciones particulares. Sin embargo, si la suma asegurada vigente al comienzo de la Incapacidad Total y Permanente es menor de la indicada en las condiciones particulares, el número de pagos mensuales se obtendrá dividiendo la cantidad de seguro entre el número indicado también en las condiciones particulares y la cantidad de dicho pago estará basada en el valor que tengan los plazos en la fecha en que el primero de estos sea pagadero y sobre la base del tipo de interés compuesto del 3% anualmente, cuya cantidad será el total de seguro a pagar. Ningún beneficio aplicará después de los 60 pagos mensuales.

c. Si dicha Incapacidad Total y Permanente es debida a, o acompañada por trastornos mentales y el Asegurado, se encuentra incapacitado para recibir dichos pagos mensuales, estos podrán ser pagados al representante legal debidamente autorizado.

d. Si cualquiera de los pagos a que el Asegurado tiene derecho, se encuentra sin pagar a la muerte del mismo, serán conmutados sobre la

base del tipo de interés compuesto del 3% anual, y pagados a su beneficiario.

Si cualquier póliza individual ha sido emitida por la conversión del seguro del Asegurado, se entiende que la póliza colectiva deja de existir respecto de ese asegurado al que se aplicó la conversión.

Si el Asegurado vuelve al trabajo y por lo tanto llega a ser elegible bajo la póliza, su seguro quedará restaurado, sujeto al pago de las primas correspondientes. Sin embargo, la suma asegurada será:

- (a) igual a la misma suma del seguro antes de la incapacidad menos el total de los pagos efectuados de renta por incapacidad; o,
- (b) igual a la cantidad indicada en el párrafo (a) hasta que el Asegurado haya completado un período no menor de doce (12) meses consecutivos de trabajo activo después de su retorno, en cuyo caso deberá presentar pruebas de Asegurabilidad que, de acuerdo a parámetros médico-técnicos, resulten satisfactorias a la Compañía para rehabilitar la cantidad completa de seguro a la que consecuentemente tenga derecho. La cantidad completa de seguro entrará en vigencia en la fecha designada por la Compañía siempre que las pruebas de asegurabilidad presentadas sean satisfactorias a la misma, según parámetros médico-técnicos.

La prueba inicial de la Incapacidad Total y Permanente debe ser presentada dentro de un período de doce (12) meses inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. En todo caso, la declaratoria de incapacidad deberá ser emitida por el Tribunal Médico designado por la Caja Costarricense del Seguro Social, si el diagnóstico es

emitido por un centro de salud de esta institución. De lo contrario, el Tribunal estará conformado por el médico del Asegurado, un médico nombrado por la Compañía y un tercer médico especialista nombrado por los dos primeros. **En adelante, pruebas de la continuación de dicha Incapacidad Total y Permanente deberán ser presentadas dentro del período de tres (3) meses inmediatamente anterior a cada siguiente aniversario de la terminación del empleo. Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, la cual tendrá el derecho de examinar al Asegurado en cualquier momento durante dicha incapacidad. Si un Asegurado incapacitado no presenta las pruebas de la manera y dentro del período de tiempo especificado o rehusara ser examinado por la Compañía, desde esa fecha en adelante, dejará de tener derecho a este beneficio o a cualquier otro beneficio de la póliza.** Todas las pruebas y documentaciones para notificar el siniestro deberán ser presentadas en las oficinas de la Compañía. En caso de que la Compañía rechace la reclamación, el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el compromiso arbitral contenido en este contrato.

b.3. EXENCION DE PRIMAS Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON RESTAURACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Este beneficio adicional se otorga únicamente a Asegurados bajo las siguientes reglas:

- **Edad de Contratación:** El rango de edad de contratación es desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.
- **Edad de Aseguramiento:** La edad de aseguramiento inicia a los dieciocho (18) años y no cesa.
- **Riesgo cubierto:** La incapacidad Total y Permanente del asegurado

- **Tipo de Indemnización:** exención de primas debido a la incapacidad total y permanente del Asegurado y pago fijo mensual, según la suma asegurada, al asegurado por un periodo de sesenta (60) meses.

Con el pago de la prima adicional correspondiente, este beneficio reemplaza al beneficio de Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente, indicado en el inciso b.1. anterior, bajo el seguro de vida.

La Compañía exonerará del pago de primas a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente, manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad, con la condición de que suministre a la Compañía pruebas legales en la manera y dentro del período de tiempo especificado en esta póliza, siempre que:

- a. La terminación del empleo del Asegurado haya ocurrido: (a) mientras dicho Asegurado se encontraba asegurado bajo esta póliza y siempre que las primas correspondientes a los seis meses precedentes a la terminación del empleo, debido a dicha incapacidad, hayan sido pagadas como el resultado de una incapacidad total y permanente según se ha definido en esta póliza, y
- b. Dicha incapacidad total y permanente esté diagnosticada médicamente a continuar ininterrumpidamente desde la fecha de terminación del empleo hasta la fecha de la muerte.

Al recibir dichas pruebas la Compañía pagará al Asegurado un beneficio a base de pagos mensuales, como liquidación total de todas las obligaciones bajo los beneficios de seguro de vida de la póliza y sujeto a las condiciones siguientes:

a. El primer pago mensual será pagadero dentro de los treinta (30) días naturales después de recibida la prueba de dicha incapacidad total y permanente, pero nunca antes de que el Asegurado haya estado incapacitado total y continuamente por un período de seis (6) meses.

b. El número de pagos mensuales será de 60 y cada uno será a base de la tarifa establecida en las condiciones particulares. Sin embargo, si la suma asegurada vigente al comienzo de la Incapacidad Total y Permanente es menor de la indicada en las condiciones particulares, el número de pagos mensuales se obtendrá dividiendo la cantidad de seguro entre el número indicado también en las condiciones particulares y la cantidad de dicho pago estará basada en el valor que tengan los plazos en la fecha en que el primero de estos sea pagadero y sobre la base del tipo de interés compuesto del 3% anualmente, cuya cantidad será el total de seguro a pagar. Ningún beneficio aplicará después de los 60 pagos mensuales.

c. Si dicha Incapacidad Total y Permanente es debida a, o acompañada por trastornos mentales y el Asegurado, se encuentra incapacitado para recibir dichos pagos mensuales, estos podrán ser pagados al representante legal debidamente autorizado.

d. Si el asegurado muere durante el período de los 60 pagos mensuales, el beneficiario recibirá el valor de la póliza de vida original.

Si el Asegurado vuelve al trabajo y por lo tanto llega a ser elegible bajo la póliza, su seguro quedará restaurado, sujeto al pago de las primas correspondientes. Sin embargo, la suma asegurada será:

- a. Igual a la misma suma del seguro antes de la incapacidad menos el total de los pagos efectuados de renta por incapacidad; o,
- b. Igual a la cantidad indicada en el párrafo (a) hasta que el asegurado haya completado un período no menor de doce (12) meses consecutivos de trabajo activo después de su retorno, en cuyo caso deberá presentar pruebas de Asegurabilidad que, de acuerdo a parámetros médico-técnicos, resulten satisfactorias a la Compañía para rehabilitar la cantidad completa de seguro a la que consecuentemente tenga derecho. La cantidad completa de seguro entrará en vigencia en la fecha designada por la Compañía siempre que las pruebas de asegurabilidad presentadas sean satisfactorias a la misma, según parámetros médico-técnicos.

La prueba inicial de la Incapacidad Total y Permanente debe ser presentada dentro de un período de doce (12) meses inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. En todo caso, la declaratoria de incapacidad deberá ser emitida por el Tribunal Médico designado por la Caja Costarricense del Seguro Social, si el diagnóstico es emitido por un centro de salud de esta institución. De lo contrario, el Tribunal estará conformado por el médico del Asegurado, un médico nombrado por la Compañía y un tercer médico especialista nombrado por los dos primeros. **En adelante, pruebas de la continuación de dicha Incapacidad Total y Permanente deberán ser presentadas dentro del período de tres (3) meses inmediatamente anterior a cada aniversario de la terminación del empleo. Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, la cual tendrá el derecho de examinar al Asegurado en cualquier momento durante dicha incapacidad. Si un Asegurado incapacitado no presenta las pruebas de la manera y dentro del período de tiempo especificado o**

rehusara ser examinado por la Compañía, desde esa fecha en adelante, dejará de tener derecho a este beneficio o a cualquier otro beneficio de la póliza. Todas las pruebas y documentaciones para notificar el siniestro deberán ser presentadas en las oficinas de la Compañía. En caso de que la Compañía rechace la reclamación, el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el compromiso arbitral contenido en este contrato.

C. SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTAL (MyDA)

Esta cobertura presenta las siguientes condiciones:

- **Edad de contratación:** El rango de edad de contratación es desde los dieciocho (18) años de edad en adelante.
- **Edad de aseguramiento:** La edad de aseguramiento inicia a los dieciocho (18) años y no cesa.
- **Riesgo cubierto:** La muerte o desmembración y/o pérdida de la vista accidental del asegurado.
- **Tipo de Indemnización:** Pago de la suma asegurada o total o parcialmente según el Cuadro de Beneficios.
- La cobertura estará vigente hasta que el asegurado cese de trabajar para el Contratante.

La cobertura de Grupo puede ser renovada de año en año siempre y cuando la prima correspondiente se pague y el grupo tenga un mínimo de diez (10) empleados asegurados y una participación mínima de 75% del grupo asegurado, si la póliza es contributiva y 100% del grupo elegible, si la póliza no es contributiva.

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza, al recibir la Compañía pruebas legales de que un Asegurado sufra cualquiera de las pérdidas que se estipulan en la Tabla de Indemnizaciones que aparece a continuación, como resultado directo de lesión corporal por causa accidental, conforme lo demuestre alguna contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de ahogamiento o de lesiones internas descubiertas mediante autopsia), y siempre que dicha pérdida se produzca dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del accidente que la ocasionó, se pagará al beneficiario, en adición al seguro de vida, la cantidad correspondiente a la pérdida en caso de fallecimiento por accidente del Asegurado. De sufrir cualquiera de las otras pérdidas especificadas en esta Tabla, se le pagará al propio Asegurado la cantidad que corresponda de acuerdo a dicha Tabla.

c.1. Tabla de Indemnizaciones

AL SUFRIR LA PÉRDIDA DE:	PORCENTAJE DE SUMA ASEGURADA
La vida	100%
Ambos brazos o ambas manos	100%
Ambas piernas o pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Un brazo o de una mano, junto con la de una pierna o de un pie	100%
Un brazo o de una pierna, junto con la irreparable vista de un ojo	100%
Parálisis incurable que impida todo trabajo	100%
Un brazo	65%
Una pierna	65%
Irreparable del habla	50%
Sordera total e incurable de ambos oídos	50%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista de un ojo	50%

Dedo pulgar o índice de una mano	25%
Dedo de la mano	6%
Dedo gordo del pie	8%
Cualquier otro dedo del pie	4%

En lo que respecta a las manos y los pies, la palabra pérdida implica desmembración causada por separación ya sea arriba, o en la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente. Con relación a los ojos, la palabra pérdida implica la pérdida total e irrecuperable de la vista. No se pagará más de la cantidad total del seguro por todas las pérdidas que sufra el Asegurado a consecuencia de algún accidente.

c.2. Doble Indemnización

El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas antes especificadas será el doble, si tales lesiones corporales ocurren bajo las siguientes condiciones:

- a) Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o
- b) Mientras el Asegurado se encuentre dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores de minas); o
- c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier edificio público en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio.

c.3 Exclusiones:

No se pagará el beneficio de doble indemnización por cualquier pérdida causada directa o indirectamente, parcial o totalmente, por:

- a) Homicidio o tentativa de homicidio o por lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas.**
- b) Suicidio o tentativa de suicidio o lesión asestada a si mismo intencionalmente, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.**
- c) Insurrección o guerra declarada o no, guerra civil, revolución o cualquiera acción atribuible a éstas. Cualquiera otra clase de desorden público o laboral.**
- d) Cualquier acto de terrorismo, invasión, sedición, bombardeos, usurpación de poder.**
- e) Energía nuclear (reacciones nucleares, radiación, contaminación)**
- f) Participación en algún tumulto, motín, cometer algún asalto o delito, asesinato, atentado, infracción o cualquier intento de violación de la ley o resistencia al arresto, allanamientos, destrucción de morada.**
- g) Conducir, viajar, abordar o descender de cualquier clase de aeronave si el asegurado es piloto, oficial o tripulante de tal aeronave o da o recibe clases de entrenamiento o instrucción o desempeña algún trabajo a bordo de tal aeronave, o que requiera el desembarque de ésta.**
- h) Tratar de abordar o descender de, o a consecuencia de ello, o por encontrarse en naves aéreas de combate o de guerra o de entrenamiento militar o policial, o de reconocimiento, o en aviones militares o de policía de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro o emergencia catastrófica.**
- i) Por encontrarse en una nave aérea que está siendo usada en vuelos de fumigación, o durante vuelos de carácter deportivo o acrobático o de**

aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.

- j) Enfermedad física o mental, o debido a algún tratamiento médico o quirúrgico o a diagnóstico de éstos.**
- k) Infección de ptomaínas o de bacterias (excepto solamente de infección piógena que ocurra simultáneamente de una cortada o herida accidental visible).**
- l) Tomar veneno o causarse asfixia por inhalar gas ya sea voluntaria o involuntariamente.**
- m) Lesiones sufridas al participar en competencias de velocidad en cualquiera clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo o cualquier otro deporte extremo.**
- n) Accidentes ocasionados como consecuencia de que el asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope; y los accidentes que se produzcan en estado legal de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.**
- o) Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el asegurado esté prestando servicio en la fuerza policial, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o participación en grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**
- p) Daños o muerte causada por armas de fuego, armas corto punzantes, artefactos explosivos y/o incendiarios, cualesquiera sean las circunstancias en que ocurran.**
- q) Daños o muertes por latrogenia médica en casos de tratamientos quirúrgicos o médicos los cuales se demuestren negligencia e impericia por parte de médicos tratantes.**

V. ESTIPULACIONES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA; MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTAL

A. CESIÓN

Los derechos del seguro proporcionados por este seguro no podrán ser cedidos.

B. AVISO Y PRUEBA DE MUERTE Y DESMEMBRACIÓN

La notificación por escrito del fallecimiento o pérdida del Asegurado debe ser presentada por escrito a la Compañía en sus oficinas, ubicadas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de su fallecimiento o pérdida, acompañada de los siguientes documentos:

- Formulario de Reclamación por Muerte (que será proporcionado por la Compañía).
- Carta del Contratante notificando la muerte del Asegurado.
- Certificación de la defunción emitida por el Registro Civil. En caso de que el fallecimiento ocurriese fuera de Costa Rica, certificado de defunción emitido por la autoridad competente en el lugar del deceso, debidamente autenticado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica.
- En caso de muerte en un accidente de tránsito se deberá entregar fotocopia del Parte Policial.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad Personal del fallecido.
- Original del Certificado de Defunción
- Copia de la tarjeta de enrolamiento.
- Copia de la Cédula de Identidad Personal o Partida de Nacimiento del o los beneficiarios. Al momento de hacer entrega de la liquidación del seguro los mismos deberán presentar su documento de identidad original.

El aviso de desmembración o pérdida de la vista accidental deberá presentarse bajo las mismas reglas en un lapso no mayor de 12 meses después de ocurrido el siniestro, acompañado del formulario correspondiente (proporcionado por la Compañía) y de una carta del Contratante indicando el motivo de la incapacidad del Asegurado. El Asegurado se obligará entonces a asistir a consulta con el médico designado por la Compañía quien evaluará su condición y el alcance de su incapacidad.

El dejar de enviar tales notificaciones o pruebas dentro del tiempo estipulado en este documento no invalidará reclamación alguna, siempre que se demuestre que no fue factible hacerlo dentro de ese período de tiempo y que tales avisos o pruebas fueron presentados tan pronto como fue razonablemente posible.

La compañía resolverá la reclamación dentro de los (treinta) 30 días naturales siguientes al momento en que se completen a satisfacción de la Compañía los documentos y trámites que correspondan al siniestro. Toda reclamación será pagada al Asegurado dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la notificación de la aprobación del siniestro por parte de la Compañía. En caso de que la Compañía rechace la reclamación, el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el compromiso arbitral contenido en este contrato.

En caso de cualquier duda puede comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 2204-6300 o al correo electrónico Servicioalclientecr@palig.com.

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(los) registro(s) número P14-26-A06-216 de fecha 14



**Condiciones Generales
Póliza Colectiva de Vida
(Dólares)**

de enero del 2011.

Este documento sólo constituye 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.

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO

1. TIPO DE SEGURO (Marque con "x" la casilla correspondiente)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Póliza Colectiva de Vida - Colones | <input type="checkbox"/> Póliza Colectiva de Vida - Dólares |
| <input type="checkbox"/> Póliza Colectiva de Salud - Colones | <input type="checkbox"/> Póliza Colectiva de Salud - Dólares |

2. Por la presente se solicita a **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.** la emisión de un Seguro Colectivo de acuerdo con lo indicado en el punto 1, para los Asegurados y familiares dependientes (si aplica), del Contratante que aparece a continuación. Si la misma es aceptada, la póliza será emitida de la manera siguiente:

a) INFORMACION GENERAL DEL PATRONO O CONTRATANTE:

RAZON SOCIAL: _____
 DIRECCION: _____
 TELEFONO: _____
 CEDULA JURIDICA: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____
 FAX: _____

b) FECHA DE VIGENCIA: _____

FECHA DE ANIVERSARIO: _____

c) CONTRIBUCION EN EL PAGO DE PRIMAS:

El seguro para Asegurados elegibles entrará en vigencia en la fecha convenida entre el Patrono o Contratante y la Compañía de acuerdo a lo indicado en la cláusula de elegibilidad, siempre que: si el plan es contributivo el 75% de participación será requerido y si es no contributivo el 100% de participación, con un número no menor de 10 de los empleados elegibles para seguro.

CONTRIBUCIÓN EN EL PAGO DE PRIMAS	PÓLIZA COLECTIVA DE VIDA		POLIZA COLCTIVA DE SALUD		FORMA DE PAGO:
	SI	NO	SI	NO	
Empleado					Mensual
Dependiente					Trimestral
					Semestral
					Anual

Porcentaje de contribución del empleado: _____ %

Nota: El plan es contributivo cuando los Asegurados contribuyen al pago de primas. El plan es no contributivo cuando el patrono o Contratante cubre por su cuenta la prima total de la póliza.

d) ELEGIBILIDAD:

Los Afiliados que sean empleados actuales de tiempo completo (no menos de 40 horas semanales) activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles:

En la fecha de vigencia de la póliza o El primer día después de _____ meses de continuo y activo servicio.

Los Afiliados que sean empleados nuevos de tiempo completo (no menos de 40 horas semanales) activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles:

Inmediatamente el primer día de su trabajo activo y permanente El primer día después de _____ mes de continuo y activo servicio.

La fecha de elegibilidad de cualquier Afiliado que no esté trabajando activamente en la fecha en que debería ser elegible, será el día de su regreso a su trabajo activo.

e) INDEMNIZACION EN MONEDA: Colones Costarricenses Dólares Americanos

3) QUEDA ACEPTADO DE CONFORMIDAD POR EL CONTRATANTE QUE: toda la información indicada en la Propuesta firmada ha sido leída y que todos los términos y condiciones de la misma han sido aceptados por el Contratante. Asimismo, que toda la información necesaria administrativa concerniente a todos los Asegurados, o empleados y sus familiares dependientes estarán sujetos a las estipulaciones de las(s) póliza(s) y deberá ser suministrada a la Compañía de Seguros por el patrono o Contratante, y que esta solicitud formará parte del Contrato que será emitido por la Compañía y que todas las declaraciones contenidas aquí son verdaderas.

Autoriza expresamente que la Compañía publique la lista de los proveedores de la red en el sitio oficial de internet de la aseguradora http://www.palig.com/Regions/costa_rica.aspx

4) HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PREVIO A SUSCRIBIR ESTE FORMULARIO:

a) Información de los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos del producto; b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza; c) Período de vigencia del seguro; d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro; e) Causas de extinción del contrato; f) Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento; g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante una entidad aseguradora o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

Fechado en San José el: _____

Nombre del Contratante: _____

Firma y Sello del Representante Legal del Contratante:

Firma

Sello

Firma y nombre de Intermediario: _____