

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

**SEGURO AUTOEXPEDIBLE FAMILIA  
SEGURA**

**Código de producto: P14-26-A06-379  
(Versión 2)**

**Fecha de registro V2: 17-dic-15**

**Pan American Life Insurance de Costa Rica, S.A.**, cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, Licencia de Aseguradora **A-06**, (denominada adelante "*la Compañía*") es la Compañía de Seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley Reguladora del Mercado de Seguros de Costa Rica, responsable de pagar las indemnizaciones reguladas en este Contrato de Seguro y los demás elementos de la Póliza.

## **I. DEFINICIONES**

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

**Administrador del servicio:** Tercero designado por La Compañía, para administrar una red de proveedores con el fin de brindar servicios y coberturas en el territorio nacional a los asegurados y beneficiarios de los servicios de asistencia.

**Asegurado:** Es la persona física de cualquier género residente legalmente en la República de Costa Rica, expuesta a los riesgos de ésta póliza y que obtiene el beneficio de las coberturas amparadas en la misma. Corresponde a la(s) persona(s) registrada(s) en el Certificado de Cobertura.

**Asegurado Principal:** Es la persona física tomadora de la Póliza y que está obligada al pago de la prima.

**Beneficiario:** Es la o las personas designadas por el Asegurado en el Certificado de Cobertura para recibir la totalidad o parte de la indemnización correspondiente a la liquidación de la Reclamación de un Siniestro, en caso de fallecimiento del Asegurado.

**Beneficiario de servicios de asistencia:** Es la o las personas físicas designadas por el Asegurado Principal en el Certificado de Cobertura para poder hacer uso de los servicios de asistencia según se definen en esta póliza.

**Certificación Médica:** Documento emitido por un médico o por un Tribunal de médicos autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al Siniestro reclamado, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para la Reclamación de un Siniestro. En todo caso, la Certificación Médica declarando la ocurrencia del siniestro deberá ser emitida por el Tribunal Médico designado por la Caja Costarricense de Seguro Social, si el Diagnóstico es emitido por un Médico de esta institución. De lo contrario, el Tribunal estará conformado por el médico del

Asegurado, un Perito Médico nombrado por la Compañía y un tercer Perito Médico nombrado por los dos primeros.

**Condición Pre-existente (Pre-existencia):** Se define como aquella condición o enfermedad, congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas de una persona Asegurada:

(1) La cual estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura de dicha Persona Asegurada bajo esta Póliza y cuyos síntomas estuvieron presentes en o antes de dicha fecha, sin tener en cuenta si la Persona Asegurada tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionadas con tal condición o enfermedad y se puede demostrar también con la evidencia científica de la evolución normal de la enfermedad o condición médica; o

(2) Debido a la cual, la Persona Asegurada ha recibido, (o se le ha recomendado), consulta, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico; o servicio, suministro, o medicamento; o ha incurrido en gastos relacionados con los mismos con anterioridad a la fecha de vigencia de su cobertura bajo esta Póliza.

**Cónyuge o Conviviente:** Es el cónyuge legítimo o compañero permanente del Asegurado Principal indicado en la Solicitud-Certificado de Cobertura, residente legalmente en Costa Rica, que cumpla con los requisitos de elegibilidad de conformidad con esta 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.

**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 con razonable certeza causará la muerte del Asegurado. El Tribunal Médico estará conformado por el médico del Asegurado, un médico nombrado por la Compañía y un tercer médico especialista nombrado por los dos primeros.

**Evento:** Es el hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o la aparición de una Enfermedad, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones e incluso hospitalizaciones, que son derivadas del acontecimiento inicial.

**Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza:** Es la fecha indicada en el Certificado de Cobertura y se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta Póliza. Todos los vencimientos, renovaciones o aniversarios de la Póliza se calcularán a partir de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza.

**Hijos:** Son los hijos o hijastros del Asegurado Principal, personas físicas de cualquier género, residentes legalmente en Costa Rica, menores de veinticinco (25) años de edad, indicados en la Solicitud-Certificado de Cobertura.

**Hospitalización:** Estancia continua de veinticuatro (24) horas como mínimo, en internamiento y bajo supervisión médica, a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno en un Hospital legalmente constituido y registrado ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados, durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar Accidentes y Enfermedades.

**Operador de Seguros Autoexpedibles:** Persona jurídica (denominada adelante "*el Operador*") que mantiene una relación jurídica con la Compañía y que actúa en nombre y por cuenta de la Compañía para la comercialización de los seguros autoexpedibles que ésta tenga registrados ante la Superintendencia General de Seguros.

**Periodo de Gracia:** Plazo de sesenta (60) días naturales a partir del día de vencimiento del plazo de la Póliza, durante el cual la cobertura continúa vigente provisionalmente aunque el Asegurado o el Tomador no haya pagado la Prima de renovación correspondiente. A las doce horas (12:00 m.) del último día del Período de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Asegurado o Tomador no ha cubierto el total de la Prima o de la fracción pactada.

**Reclamante Sustituto:** Persona física autorizada por el Asegurado para gestionar la Reclamación de Siniestro, en caso de que el Asegurado se encuentre imposibilitado para hacerlo personalmente, en virtud de su estado de salud.

**Renta Diaria:** Monto establecido en el Certificado de Cobertura de la Póliza para la cobertura Renta Diaria por Hospitalización por Accidente como importe a pagar por cada día de Hospitalización.

**Solicitud-Certificado de Cobertura:** Documento (también denominado en estas condiciones generales como "**Certificado de Cobertura**") emitido por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado Principal y los Asegurados en el cual se hace constar las condiciones particulares de la Póliza, incluyendo: información del Operador de Seguros Autoexpedibles, el número de la Póliza, el número de registro del producto ante la Superintendencia General de Seguros, la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza, descripción y montos de la Cobertura, el monto de la prima y las declaraciones, designaciones y autorizaciones de los Asegurados.

**Tomador:** Es la persona física que contrata la póliza, teniendo a su cargo la obligación legal del pago de las primas correspondientes. El Tomador y el Asegurado Principal son la misma persona.

## **II. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS**

### **A. Cobertura Básica:**

#### **A.1. COBERTURA DE MUERTE NO ACCIDENTAL:**

**A.1.a. Descripción de la cobertura:** La Compañía pagará en un solo tracto a los beneficiarios que correspondan, la Suma Asegurada, según se haya descrito en el Certificado de Cobertura, si durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, el Asegurado fallece por cualquier causa no accidental.

**A.1.b. BENEFICIO DE ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL:** Si al Asegurado se le diagnostica una Enfermedad Terminal según se define en esta póliza, se le efectuará un pago anticipado de un (35 %) treinta y cinco por ciento de la cobertura de Muerte No Accidental. Este pago será descontado del monto de dicha cobertura.

**Para que este beneficio se haga efectivo se requiere que el Asegurado notifique por escrito a la Compañía a más tardar dentro de los 90 días naturales siguientes a que haya recibido el diagnóstico de la enfermedad terminal.**

**A.2. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL:** La Compañía pagará en un único abono a los Beneficiarios, la indemnización señalada en el Certificado de Cobertura, si durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, el Asegurado fallece como consecuencia directa e inmediata de un Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales siguientes al día del Accidente. **Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía, que la muerte sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.**

**A.3. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR ACCIDENTE:** La Compañía pagará en un único abono al Asegurado la indemnización señalada en el Certificado de Cobertura, si a consecuencia directa de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, el Asegurado sufre alguno de los desmembramientos o pérdida de la vista señalados en la siguiente tabla:

Escala de Indemnizaciones por Desmembramiento y Pérdida de la Vista			
Ambos Ojos	100%	Un solo brazo	50%
Un solo ojo	50%	Ambas piernas	100%
Ambos brazos	100%	Una sola pierna	50%

Se entiende por **pérdida de un brazo o pierna** su separación completa del cuerpo al nivel de la articulación del codo o rodilla respectivamente; o la pérdida de la funcionalidad motriz total y permanente. Por **pérdida de la vista** se entiende la pérdida total e irreparable de la función del órgano respectivo, en un nivel que desde el punto de vista médico señale que su capacidad de desempeño lo califica como no funcional y que su expectativa de recuperación sea nula.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes cubiertos, la compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada

una, hasta una cantidad que en conjunto en ningún caso será superior a la suma asegurada contratada para esta cobertura.

**Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía, que el Evento señalado en la tabla anterior, ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales siguientes al día del Accidente.**

**A.4. COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:** Si por motivo de atención médica a consecuencia de Accidente cubierto por esta póliza, el Asegurado requiriese Hospitalización, tendrá derecho a recibir la Renta Diaria que se especifica en el Certificado de Cobertura, por cada día de Hospitalización con un límite máximo por Evento de hasta de treinta (30) días naturales en forma continua o discontinua, y un máximo de 2 Eventos por año póliza. **Esta cobertura será efectiva a partir del segundo día natural de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza.**

**En caso de ocurrir hospitalizaciones recurrentes como consecuencia de un mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, siempre que no se haya alcanzado el límite máximo de (30) treinta días naturales como el máximo de días a indemnizar ni haya transcurrido el plazo de noventa (90) días naturales desde la fecha de ocurrencia del Evento. En caso de sobrepasar el plazo de los noventa (90) días naturales desde la fecha de ocurrencia del Evento o el límite máximo de (30) treinta días naturales a indemnizar, termina la obligación por parte de la Compañía para la cobertura correspondiente.**

**Aún en caso de que un Asegurado haya contratado más de un seguro Autoexpedible Familia Segura, la responsabilidad máxima de la Compañía respecto de esta cobertura estará limitada a cien mil colones (¢100.000,00) diarios, de conformidad con lo establecido en esta póliza como Cúmulo Máximo de responsabilidad de la Compañía.**

**A.4.1. Deducible 1 Día.-** En cada Evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización que se establece en esta Póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de Hospitalización a indemnizar, se cuentan sin incluir las primeras veinticuatro (24) horas de Hospitalización (un día).

#### **A.5. SERVICIOS DE ASISTENCIA:**

Los servicios de asistencia que incluye la cobertura básica cubren tanto al Asegurado Principal como a su Cónyuge o Conviviente según las condiciones abajo descritas.

**A.5.1. SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:** Durante las veinticuatro (24) horas del día y los (365) trescientos sesenta y cinco días del año, el Asegurado o el Beneficiario del servicio podrá efectuar de manera ilimitada consultas telefónicas al número indicado en el

Certificado de Cobertura, sobre alguna dolencia o malestar. Se entiende que este servicio opera como una orientación y que el equipo médico profesional que brinda la atención no podrá diagnosticar o recetar a un paciente vía telefónica.

Bajo este mismo servicio, en caso que el Asegurado o el Beneficiario del servicio lo solicite, se podrá suministrar referencias e información de profesionales en medicina o especialistas, laboratorio, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales a nivel nacional.

**Los gastos en que incurra el Asegurado producto de la consulta, serán asumidos por su propia cuenta.**

**A.5.2. SERVICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA:** En caso de fallecimiento por cualquier causa del Asegurado o del Beneficiario del servicio, el Administrador del servicio estará disponible las veinticuatro (24) horas del día, y los (365) trescientos sesenta y cinco días del año, para atender los trámites y acciones que se requieran para la prestación de los siguientes servicios en el territorio Costarricense:

- Asesoría y coordinación telefónica con respecto a los trámites de defunción,
- Servicio de carroza para el traslado y funeral,
- Traslado de cuerpo desde el lugar del fallecimiento o de su domicilio hasta las salas de velaciones,
- Traslado del cuerpo desde la funeraria hasta el cementerio,
- Formalización ó preparación del cuerpo,
- Catafalco de velación y Cofre Mortuorio,
- Suministro de un crucifijo de Cristo,
- Candelabros, floreros y candelas,
- Sala de velación (a disponibilidad de la funeraria seleccionada).

**Estos servicios se otorgan bajo las siguientes condiciones:**

- Por medio de la red de proveedores del Administrador del Servicio,**
- Un (1) Evento por año póliza como máximo para el Asegurado Principal y el Cónyuge o Conviviente, y dos (2) Eventos por año póliza si se toma la cobertura adicional para el Grupo Familiar,**
- Hasta un millón de colones (¢1.000.000) en servicios por Evento.**

**B. Cobertura adicional Grupo Familiar:**

De forma opcional el Asegurado principal podrá ampliar la cobertura a su Cónyuge o conviviente, incluyendo en dicha cobertura adicional servicios de asistencia para un máximo de dos (2) Hijos menores de veinticinco (25) años de edad, con el correspondiente pago adicional de prima y con las siguientes coberturas según las defina el Asegurado principal en la Solicitud-Certificado de Cobertura:

### **B.1. CÓNYUGE O CONVIVIENTE:**

Cubre al Cónyuge o Conviviente bajo la siguiente cobertura:

-Cobertura de Muerte No Accidental y Beneficio de Anticipo por Enfermedad Terminal.

### **B.2. SERVICIOS DE ASISTENCIA ADICIONALES::**

La Cobertura Adicional incluye servicios de asistencia para hasta un máximo de dos hijos menores de 25 años de edad para que sean cubiertos bajo los siguientes servicios de asistencia:

-Cobertura de Orientación Médica Telefónica

-Cobertura de Servicio Funerario

**Los Hijos, en esta Póliza, solamente podrán ser incluidos en la Cobertura Adicional de Grupo Familiar en cuanto a los Servicios de Asistencia.**

**Todas las condiciones del contrato de seguros, aplican para todos y cada uno de los Asegurados.**

### **C. Exclusiones:**

**C.1. Exclusiones generales: La Compañía no pagará las Coberturas Básica y Adicionales de esta Póliza cuando las actividades que originan el Evento se encuentran entre las listadas a continuación:**

- 1. Cualquier Accidente o secuela de éste cuya ocurrencia sea anterior a la Fecha de Vigencia de la Cobertura;**
- 2. Aquellas enfermedades pre-existentes o secuelas de éstas, listadas en el Certificado de Cobertura;**
- 3. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus complicaciones durante los primeros dos (2) años del Seguro;**
- 4. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas médicamente;**
- 5. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, rodeo recreativo, esquí, tauromaquia y corridas de toros a la tica, boxeo, lucha libre y grecorromana, rafting, canopy, bungee jumping, rappel, jet-ski; carreras de caballos,**

automóviles, motocicletas y de lanchas, o la práctica de cualquier deporte extremo o radical;

6. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso así como la participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;

7. Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, actos de guerra o guerrilla, guerra civil o militar declarada o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, insurrección, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, duelos y riñas, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;

8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en la prestación de servicios en fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos.

9. Fallecimiento por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.

10. Prestación de servicios en Aeronaves y Barcos mientras ejecuten sus labores como tripulantes así como volar en avión excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía que flete aviones para proveer transporte regular con itinerario fijo entre aeropuertos y/o helipuertos autorizados comercialmente.

11. Suicidio, independientemente del estado mental del Asegurado, si éste ocurre dentro del primer año de vigencia de la Póliza;

12. Actos ilegales por parte del Asegurado o por los albaceas, herederos o representantes legales del Asegurado, que estén relacionados con la reclamación del beneficio.

13. El homicidio doloso.

14. Declaraciones falsas o inexactas de conformidad con la cláusula III.D.2. Declaraciones Falsas e Inexactas.

15. Eventos ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.

16. Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental, estado de ebriedad, o inhalación voluntaria de gas, o consumo de cualquier sustancia calificada como droga, de cualquier clase.

## **C.2. Exclusiones específicas para la cobertura de DESMEMBRAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR ACCIDENTE**

- 1. Afectaciones por causa de infecciones, cuando el evento que les dio origen sea o no sea un Accidente cubierto.**
- 2. Eventos atribuidos a cualquier enfermedad corporal o mental de cualquier especie.**

**C.3. Exclusiones específicas para la cobertura de RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE**

- 1. Cualquier intento de suicidio, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- 2. Eventos atribuidos a cualquier enfermedad corporal o mental de cualquier especie.**

**C.4. Exclusiones específicas para el SERVICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA**

- 1. Cuando el fallecimiento de las personas amparadas, suceda fuera de territorio Costarricense.**
- 2. Costos que excedan la suma definida para este servicio.**
- 3. La no utilización de los servicios ó alguno de los establecidos no dará lugar a reembolso alguno.**

**D. Cúmulo Máximo de Responsabilidad de la Compañía:** El Asegurado podrá tomar varios seguros autoexpedibles con LA COMPAÑÍA, no obstante la responsabilidad máxima de la Compañía por Asegurado no excederá la suma de Treinta y tres millones de colones (¢33.000.000,00). En lo correspondiente a la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, la responsabilidad máxima de la Compañía estará limitada a cien mil colones (¢100.000,00) diarios.

Si al ocurrir un siniestro el Asegurado presenta más de una póliza de Seguro Autoexpedible Familia Segura vigente, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA en ningún caso será superior a la suma establecida de conformidad con el límite definido.

LA COMPAÑÍA revisará la sumatoria de las Sumas Aseguradas tomadas por el Asegurado y en caso de verificarse el exceso de las Sumas Aseguradas, no se permitirá la emisión de nuevos contratos de seguro. En caso de emitirse una póliza de seguros en exceso del límite establecido, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de dar aviso al ASEGURADO para la aplicación de la Cancelación de la póliza y devolver la totalidad de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (5) días hábiles. Si ocurre un siniestro antes del aviso al ASEGURADO, la COMPAÑÍA se hace responsable por el pago de dicha póliza.

### **III. CLAUSULAS GENERALES**

#### **A. Del Asegurado:**

##### **1. Elegibilidad:**

**1.1. Del Asegurado Principal:** Serán elegibles para contratación bajo ésta Póliza, las personas físicas de cualquier género, residentes legalmente en Costa Rica, que se encuentren entre los dieciocho (18) años de edad y el cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad. En todos los casos la cobertura finalizará al cumplir el Asegurado los setenta (70) años de edad, por lo que no será posible renovar la Póliza si el Asegurado tiene más de sesenta y nueve (69) años de edad cumplidos.

**1.2. Cónyuge o Conviviente:** Es el cónyuge legítimo o compañero permanente del Asegurado Principal indicado en la Solicitud-Certificado de Cobertura, residente legalmente en Costa Rica, que se encuentre entre los dieciocho (18) años de edad y el cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad. En todos los casos la cobertura finalizará al cumplir el Cónyuge o Conviviente los setenta (70) años de edad, por lo que no será posible renovar la Cobertura Adicional del Grupo Familiar si el Cónyuge o Conviviente tiene más de sesenta y nueve (69) años de edad cumplidos.

**1.3. Hijos:** Serán elegibles como Hijos para ser incorporados a la Póliza exclusivamente en cuanto a los Servicios de Asistencia, dos hijos o hijastros, personas físicas de cualquier género, residentes legalmente en Costa Rica, menores de veinticinco (25) años de edad.

##### **2. Derecho de retracto del Asegurado:**

En caso que el Asegurado no estuviese satisfecho por cualquier motivo con su cobertura, podrá revocar unilateralmente el contrato sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el Evento dañoso objeto de la o las coberturas, mediante comunicación dirigida a la Compañía o al Operador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al día en que adquirió la Póliza. La comunicación por parte del Asegurado a la Compañía o al Operador de Seguros Autoexpedibles se deberá efectuar de conformidad con la cláusula **III.E.4. Comunicaciones** de este contrato a través de un soporte duradero, disponible y accesible para él y que permita dejar constancia de la notificación.

Una vez recibida la comunicación por parte de la Compañía o el Operador, la Compañía dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles para rembolsar el monto de la prima pagada por el Asegurado, quien lo podrá retirar en las oficinas de la Compañía o del Operador indicadas en este contrato y en el Certificado de Seguro respectivamente, según su conveniencia.

A partir de la fecha en que la Compañía o el Operador reciban la comunicación de la revocación unilateral del contrato de parte del Asegurado, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Compañía. Una vez superado el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes al día en que el Asegurado adquirió la Póliza sin haber notificado a la Compañía o al Operador, el contrato

solamente podrá revocarse en los términos y condiciones establecidas en la cláusula **III.D.1. Terminación del Seguro** de este contrato.

**3. Edad de Aceptación:** El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en la Solicitud-Certificado de Cobertura. No obstante la Compañía, podrá exigir en cualquier momento, en caso de ser necesario, 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 de la Póliza o 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 se encontrara fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía.

**4. Beneficiarios:** El Asegurado podrá designar Beneficiarios para la cobertura de esta Póliza. En caso de fallecimiento del Asegurado antes del pago de la indemnización correspondiente a la reclamación efectuada, ésta será pagada a los Beneficiarios designados en el Certificado de Cobertura. El Asegurado puede cambiar de Beneficiarios en cualquier momento, sin tener que notificar a dichos Beneficiarios ni obtener su consentimiento. El cambio de Beneficiarios 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 entregado a la Compañía.

En caso de que el Asegurado designe más de un Beneficiario sin especificar la proporción de los derechos respectivos, la Compañía distribuirá la eventual indemnización en partes iguales. Si alguno de los Beneficiarios designados hubiese fallecido antes que el Asegurado, su derecho quedará terminado y la cantidad que le hubiese correspondido será distribuida en partes iguales entre los otros Beneficiarios registrados en la Póliza. Cuando no se designe persona Beneficiaria o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin Beneficiario por cualquier causa, se considerarán personas Beneficiarias a los herederos legales del Asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente según resolución certificada por la autoridad judicial o notarial correspondiente que se presente a la Compañía.

#### **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.**

**5. Rectificación de la póliza:** Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, la persona asegurada 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 el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

**6. Vigencia y Renovación del Seguro Autoexpedible:** Este seguro se emite bajo la modalidad de seguro Autoexpedible, su vigencia es de un (1) año, renovable por períodos iguales, y estará vigente para el Asegurado desde la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza que se estipula en el Certificado de Cobertura, durante las veinticuatro (24) horas del día, en cualquier parte del mundo, siempre que la Póliza se mantenga al día mediante el pago de las primas. La cobertura otorgada por esta Póliza se renueva automáticamente con el pago de la Prima convenida en su fecha de vencimiento, sujeta a los términos y condiciones de esta Póliza. Salvo que existan modificaciones de cobertura o de monto de la Prima, no se emitirán documentos de renovación de ésta, ya que el pago da constancia de la renovación y de la validez de la cobertura.

**Se considerará la Fecha Efectiva de la Póliza el día en que fue emitida la Póliza, es decir al día en que fue suscrita y entregada al Operador la Solicitud – Certificado de Cobertura por parte del Asegurado. Las Coberturas serán efectivas el día de la Fecha Efectiva de la Póliza.**

## **B. De la Prima:**

**1. Pago de la Prima:** La Prima de esta Póliza podrá ser mensual, trimestral, semestral o anual, a partir de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza. El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza será responsabilidad del Asegurado.

En el caso de pagos trimestrales, semestrales o anuales se aplicarán los siguientes porcentajes de descuento sobre la tarifa mensual:

Mensual: No aplica descuento.

Trimestral: 1,06 %.

Semestral: 2,91 %.

Anual: 5,03 %.

Previo acuerdo entre las partes, las Primas convenidas podrán ser pagadas al Operador a través de los medios que se convengan, como por ejemplo deducción de planilla, tarjetas bancarias, depósito en cuenta, transferencias electrónicas. Si por causas imputables al Asegurado, no pudiera efectuarse el cargo pactado, la Prima correspondiente se considerará no pagada.

Para todos los efectos de esta cláusula, se entenderá que el Asegurado será responsable ante la Compañía de que se efectúen en tiempo y forma los pagos de la Prima pactados.

**2. Periodo de Gracia:** El Asegurado gozará a partir de la fecha de vencimiento de cada pago de un Período de Gracia de sesenta (60) días naturales para liquidar cada pago de prima, excepto para el primer pago en cuyo caso el período de gracia será de treinta (30) días, tiempo durante el cual ésta Póliza se mantendrá vigente. A las veinticuatro horas (24:00) del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Asegurado no ha cubierto el total de la Prima.

En caso de siniestro dentro del Periodo de Gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al período del seguro contratado.

**3. Modificación de la Prima:** La Compañía se reserva el derecho, en cualquier aniversario de la Póliza, de modificar el monto de la Prima según sea técnicamente determinada, para lo cual se dará aviso al Asegurado o al Tomador con al menos treinta y un (31) días naturales de anticipación al aniversario de la Póliza, con el fin de que el Asegurado acepte y renueve la póliza con el simple pago de la prima correspondiente o solicite la cancelación de la Póliza, en caso de que las nuevas condiciones no les resulten aceptables.

### **C. De la reclamación de siniestros:**

**1. Conocimiento del Siniestro:** El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer una reclamación bajo esta Póliza, debe darse por escrito a través del Operador de Seguros Autoexpedibles o directamente a la Compañía en sus oficinas, ubicadas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso, o al Operador dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado conozca su ocurrencia.

Dicho aviso puede ser efectuado por el Asegurado, los Beneficiarios o el Reclamante Sustituto, según sea el caso, y en él debe proporcionarse a la Compañía suficiente información para identificar al Asegurado, incluyendo su nombre completo y su número de identificación. La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La siguiente documentación deberá ser entregada dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha del siniestro:

En caso de fallecimiento:

- a. El respectivo formulario de reclamo suministrado por la Compañía debidamente cumplimentado,
- b. La boleta de autorización para la revisión de expedientes médicos debidamente cumplimentada,
- c. Fotocopias de las Cédulas de Identidad del Asegurado y de los Beneficiarios o del Reclamante Sustituto, si fueran éstos quienes gestionaran la reclamación.
- d. Certificado de defunción original, emitido por el Registro Civil, especificando la causa del fallecimiento,
- e. Para fallecimientos fuera del territorio Nacional, se debe aportar el acta de defunción apostillada o debidamente legalizada por el consulado correspondiente,
- f. Si el beneficiario es menor de edad: Presentar certificado de nacimiento y copia del documento de identidad del padre, madre o tutor.

En caso de desmembramiento u hospitalización por accidente se debe aportar lo siguiente:

- a. Certificación Médica debidamente emitida por el Médico tratante o el hospital correspondiente, incluyendo el Diagnóstico y los reportes de pruebas y exámenes médicos que sirvieron de respaldo a este Diagnóstico, y cantidad de días de hospitalización;
- b. Adicionalmente los puntos a, b y c de los requisitos para el caso de fallecimiento.

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado y/o terceros.

Para consultas sobre reclamación el Asegurado, el Reclamante Sustituto y/o el Beneficiario podrán comunicarse al correo electrónico: [familiasegura@palig.com](mailto:familiasegura@palig.com).

**Para los efectos de ésta Póliza y sus indemnizaciones no se aplican coaseguros ni copagos.**

**2. Reclamante Sustituto:** Cuando se demuestre fehacientemente mediante el aval de un dictamen médico, verificado por la Compañía, que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no pudiese reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación la persona denominada como Reclamante Sustituto.

El Asegurado tendrá en todo momento la opción de modificar la designación de Reclamante Sustituto y comunicar por escrito esta nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

La designación del Reclamante Sustituto le autoriza únicamente para realizar los trámites de indemnización, ya que el pago de las indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado o sus Beneficiarios, por lo que se establece que al efectuar el pago atribuible al Asegurado la Compañía ha satisfecho la indemnización correspondiente a ese reclamo en específico.

En caso de muerte del Asegurado, la designación del Reclamante Sustituto quedará revocada, por lo que los trámites de aviso de siniestro y reclamación únicamente podrán ser efectuados por los Beneficiarios y/o sus representantes legales.

**3. Pago de Indemnizaciones:** Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado con motivo de esta Póliza, se efectuarán en las Oficinas de La Compañía en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso.

Los beneficios convenidos en esta Póliza, sujeto a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días naturales después de haberse recibido toda la documentación requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caso de que la documentación aportada no estuviese completa o fuese defectuosa, la Compañía lo comunicará por escrito por una única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos, lo cual suspenderá el plazo de resolución del reclamo. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con el remanente del plazo original para resolver el reclamo y hacer pago de la indemnización. Los beneficios provenientes de esta Póliza son independientes y en adición de cualquier otro beneficio que el Asegurado tenga derecho a exigir de otra póliza de seguros, o de alguna institución de salud, pública o privada, sistema de bienestar u otro, cualquiera sea su origen o naturaleza.

Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviará por escrito una solicitud de revisión a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días naturales la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con la legislación costarricense y con la cláusula **III.E.3. Resolución de Controversias** de este contrato. Quedan a salvo en caso de desacuerdo las acciones administrativas que correspondan ante el órgano que la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica cree al efecto.

**4. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización:** Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas, si queda demostrado que el Asegurado, y/o el Reclamante Sustituto, los Beneficiarios o los representantes de cualquiera de ellos, con el fin de hacer incurrir en error a la

Compañía, han declarado en forma falsa e/o inexacta hechos que podrían excluir o restringir dichas obligaciones. En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado, sucesores o cesionarios por cualquier cantidad que haya pagado, basándose en todo o en parte en una información falsa, incompleta, engañosa o errónea que haya recibido por parte del Asegurado y/o el Reclamante Sustituto, los Beneficiarios o los representantes de cualquiera e ellos. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la presente póliza no se encuentre vigente.

**5. Valoración:** Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor del bien o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes. Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular. En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

#### **D. Terminación de la Póliza:**

**1.a. Terminación del Seguro:** Las coberturas indicadas en esta Póliza y reflejadas en el Certificado de Cobertura terminarán cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado Principal cumpla los setenta (70) años de edad.;
- b) Por falta de pago de la Prima por la cobertura de la Póliza al término del Período de Gracia;
- c) Cuando el Asegurado Principal fallezca o le ocurra un desmembramiento que genere un cien por ciento (100 %) de indemnización de acuerdo a la tabla de Escala de Indemnización por Desmembramiento y Pérdida de la Vista incluida en la cláusula **II.A.3. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRAMIENTO, INCLUYENDO PÉRDIDA DE LA VISTA, POR ACCIDENTE;**
- d) Cuando el Asegurado Principal deja de ser residente legal de la República de Costa Rica;
- e) Cuando sea así notificado, al menos con un mes de anticipación, por parte del Asegurado Principal a la Compañía o al Operador por los medios establecidos en la cláusula **III.E.4. Comunicaciones** de este contrato. En caso de que se aplique el derecho de retracto se devolverá al Asegurado la totalidad de la prima que éste hubiera pagado, y en caso de que sea solicitado una vez vencido el plazo del derecho de retracto la Compañía reembolsará al Asegurado la prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución;
- f) En cualquiera de los casos indicados en los apartes **III.D.2. Declaraciones Falsas e Inexactas** y **III.A.3. Edad de Aceptación**, así como en todos aquellos demás casos en que la legislación costarricense lo autorice.

**1.b. Terminación de la Cobertura Adicional Grupo Familiar:** En los siguientes casos terminará la cobertura adicional Grupo Familiar sin que implique la terminación de la Póliza:

- a) Cuando el Cónyuge cumpla los (70) setenta años de edad;
- b) Cuando el Cónyuge fallezca;
- c) Cuando el Cónyuge deja de ser residente legal de la República de Costa Rica;
- d) Cuando el Asegurado Principal así lo notifique, al menos con un mes de anticipación, a la Compañía o al Operador por los medios establecidos en la cláusula **III.E.4. Comunicaciones** de este contrato.

**2. Declaraciones Falsas e Inexactas:** Esta Póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Asegurado en las solicitudes o reclamos correspondientes. En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Asegurado 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. 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 Asegurado la prima no devengada al momento de dicha rescisión.

#### **E. Disposiciones Legales:**

**1. Moneda:** Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en colones (moneda de la República de Costa Rica).

**2. Prescripción:** Cumpliéndose 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 una reclamación o proceso judicial relacionados con la misma.

**3. Resolución de Controversias:** Las partes podrán acordar la posibilidad de resolver toda controversia relacionada con ésta póliza mediante cualquiera de los medios alternos de solución de controversias (mediación, conciliación y/o arbitraje) establecidos en la Ley N° 7727, del 9 de diciembre de 1997, de Resolución Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social RAC.

**4. Comunicaciones:** Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Asegurado, o entre el Operador y el Asegurado deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada a su domicilio en sus oficinas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Asegurado serán efectuadas por los medios y en las direcciones consignadas en la Solicitud – Certificado de Cobertura. El Operador de Seguros Autoexpedibles será notificado por los medios y en las direcciones consignadas en el Certificado de Cobertura.

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.

**5. Periodo de Disputabilidad:** Plazo de 2 años durante el cual la Compañía está legitimada para liberarse de la obligación de amparar un reclamo de esta Póliza con respecto a uno o varios Asegurados, en caso de que se compruebe falsedad o inexactitud de la información suministrada a la Compañía, y con base en la cual ésta aceptó incluir al Asegurado dentro de la Póliza.

**6. Confidencialidad:** La información de carácter confidencial que el Asegurado brinde a la Compañía, al Operador o al Administrador del servicio, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal, y únicamente podrá ser divulgada a las autoridades competentes que la soliciten legalmente. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá 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 del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

**7. Jurisdicción y Competencia:** El presente Contrato se rige por las Leyes de la República de Costa Rica.

---

**Alfredo J. Ramírez**  
**Cédula de residencia 184001076310**  
**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 por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-26-A06-379 de fecha 27 de agosto de 2012.



**SOLICITUD-CERTIFICADO DE COBERTURA**  
Seguro Autoexpedible "FAMILIA SEGURA"

CJ 3-101 - 601884  
Teléfono : (+506) 2 204-6300 San José, Santa Ana  
Forum 1, Torre 1, 2do piso

POLIZA No. 0 - 0 0 1  
CERTIFICADO No. 0 - 0 0 0 1

Fecha Efectiva de Vigencia. Desde :    Hasta :

Operador Autoexpedibles  Cédula Jurídica  Oficina  Ejecutivo

**I.- Plan de seguro**

Coberturas	Asegurado / Contratante			Asegurado adicional : Cónyuge / Conviviente		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Muerte No Accidental	¢2.500.000	¢5.000.000	¢10.000.000	¢2.500.000	¢5.000.000	¢10.000.000
Enfermedad Terminal : Anticipo 35 %	¢875.000	¢1.750.000	¢3.500.000	¢875.000	¢1.750.000	¢3.500.000
Muerte Accidental	¢5.000.000	¢10.000.000	¢20.000.000			
Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental	¢2.500.000	¢5.000.000	¢10.000.000			
Renta diaria Hospitalaria por Accidente	¢50.000	¢75.000	¢100.000			
Servicio de Orientación médica telefónica Servicio de Asistencia Funeraria	Incluida para Asegurado / Contratante y Cónyuge			Incluida para dos (2) hijos menores de 25 años		
Valor de la Prima Según forma de pago						
Mensual	¢6.300	¢9.100	¢14.600	¢5.800	¢7.200	¢9.900
Trimestral	¢18.700	¢26.900	¢43.200	¢17.000	¢21.100	¢29.300
Semestral	¢36.700	¢53.100	¢85.100	¢33.500	¢41.500	¢57.600
Anual	¢71.800	¢103.800	¢166.400	¢65.500	¢81.200	¢112.700

Asegurado/Tomador	Asegurado Adicional
(Primer/Segundo Nombre) <input type="text"/> (Apellidos) <input type="text"/> Fecha de Nacimiento : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Sexo <input type="text"/> M <input type="text"/> F Estado Civil : <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión de hecho Documento de Identidad : <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> Cedula Residencia <input type="checkbox"/> Otro # <input type="text"/> Nacionalidad : <input type="text"/> Ocupación : <input type="text"/> Teléfono(s) : <input type="text"/> Domicilio : <input type="text"/> Celular : <input type="text"/> Email : <input type="text"/>	(Primer/Segundo Nombre) <input type="text"/> (Apellidos) <input type="text"/> Fecha de Nacimiento : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Sexo <input type="text"/> M <input type="text"/> F Documento de Identidad : <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> Cedula Residencia <input type="checkbox"/> Otro # <input type="text"/> Nacionalidad : <input type="text"/> Ocupación : <input type="text"/> Teléfono(s) : <input type="text"/> Domicilio : <input type="text"/> Celular : <input type="text"/> Email : <input type="text"/>
Dirección : <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Oficina Provincia : <input type="text"/> Cantón : <input type="text"/> Distrito : <input type="text"/>	

**II.- Beneficiarios del Seguro:**

Asegurado /Tomador			Asegurado Adicional # 1 : Cónyuge/conviviente		
Nombres y Apellidos del Beneficiario	Parentesco	%	Nombres y Apellidos del Beneficiario	Parentesco	%

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.

**III.- Detalle de usuarios, para Cobertura de Asistencia :**

Nombre(s) y Apellido(s)	Parentesco	Edad	Nombre(s) y Apellido(s)	Parentesco	Edad
1.- Asegurado Principal (Nombre y Apellidos)	N.A		3.- Hijo < 25 años		
2.- Asegurado Adicional (Cónyuge Conviviente)			4.- Hijo < 25 años		

**IV.- Reclamante Sustituto:**

Nombres y Apellidos del Reclamante sustituto	Cédula Identificación
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**V.- Autorización pago de primas - con cargo automático**

Autorizo a la Asociación Solidarista :  efectuar el cargo de la prima con la siguiente forma de pago y a través del siguiente medio de recaudo automático :

Forma de Pago :	<input type="checkbox"/> Mensual (No Aplican descuentos)	Por deducción de salario, la suma total de : <input type="text"/> XXXX,00 Colones
	<input type="checkbox"/> Trimestral Aplica descuento de 1,06%	
	<input type="checkbox"/> Semestral Aplica descuento de 2,91%	
	<input type="checkbox"/> Anual Aplica descuento de 5,03%	

**VI.- Declaracion(es) de (los) Asegurado(s) :**

Por la presente manifiesto(amos) que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mi, es completa y verdadera y forma parte de la información sobre la cual La Compañía se fundamenta para emitir esta póliza. Cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma, de conformidad con la cláusula III.D.2. Declaraciones Falsas e Inexactas de las Condiciones Generales.

Declaro como Asegurado / Tomador: No padecer, haber padecido, haber sido diagnosticado o informado sobre el padecimiento de las siguientes enfermedades :  
1.-Enfermedad coronaria, 2.- Enfermedad cerebro vascular, 3.- Diabetes Mellitus 4.- Cáncer o tumores malignos 5.- VIH o SIDA 6.- Insuficiencia respiratoria aguda

Declaro como Asegurado Adicional: No padecer, haber padecido, haber sido diagnosticado o informado sobre el padecimiento de las siguientes enfermedades :  
1.-Enfermedad coronaria, 2.- Enfermedad cerebro vascular, 3.- Diabetes Mellitus 4.- Cáncer o tumores malignos 5.- VIH o SIDA 6.- Insuficiencia respiratoria aguda

En caso de estar o padecer alguna de las anteriores estados o enfermedades, no se podrá emitir esta modalidad de seguro.

**Manifestacion de LA COMPAÑÍA**

La emisión de este Certificado de Cobertura conlleva de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones arriba descritas por parte de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A.  
Por este medio hago constar que he recibido las Condiciones Generales de la póliza contratada.

Asegurado / Contratante  
Cédula :

Asegurado Adicional #1  
Cédula :

(Firma preimpresa)  
PAN AMERICAN Life Insurance Costa Rica S.A.  
Alfredo J. Ramirez  
Cédula de residencia 184001076310  
Gerente General

Para información adicional : Línea de servicio PALIC 2505-3600 ; e-mail: familiasegura@palig.com / ó con el Operador de Seguro Autoexpedible (Telefono y correo electrónico)

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-A06-379 de fecha 27 de agosto de 2012.