

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

**PAN-AMERICAN LIFEACCESS SEGURO
DE VIDA UNIVERSAL**

**Código de producto: P14-50-A06-440
(Versión 3)**

Fecha registro V3: 17-set-2015

 **PAN
AMERICAN LIFE**
INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

PAN-AMERICAN LIFE ACCESS SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., cédula de persona jurídica número 3-101-601884, Compañía aseguradora con Licencia A-06, en adelante llamada la Compañía, le pagará el BENEFICIO POR MUERTE al Beneficiario al recibo de pruebas legales satisfactorias de la muerte del ASEGURADO, de acuerdo con los términos de esta póliza y los ANEXOS de la misma.

Esta póliza se emite en consideración a la solicitud respectiva y al pago de la PRIMA INICIAL indicada en el Cuadro de Beneficios y Primas. Las condiciones, derechos y privilegios estipulados en las siguientes páginas forman parte de esta póliza.

El Beneficiario de esta póliza es el que aparece nombrado en la solicitud de la misma, copia de la cual forma parte de la póliza a no ser que dicho Beneficiario sea cambiado con posterioridad de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza.

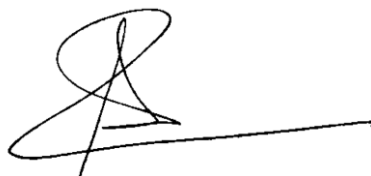
Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte de la Compañía o del TOMADOR, se verificarán en la ciudad de San José, Costa Rica, **en dólares estadounidenses o en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de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

**Póliza ajustable de seguro de vida con primas flexibles
BENEFICIO POR MUERTE ajustable
Póliza sin derecho de participación**

ESTA PÓLIZA TIENE UNA CLÁUSULA DE ARBITRAJE.

Derecho de retracto: El TOMADOR de la póliza puede 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 TOMADOR la prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la póliza quedará nula e inválida, como si nunca hubiese sido emitida.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., ha expedido la presente póliza, con vigencia a partir de la FECHA DE VIGENCIA mencionada en el Cuadro de Beneficios y Primas.



Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

ÍNDICE GENERAL

Página

I. Cuadro de Beneficios y Primas

II. Condiciones Generales

Cláusulas

1. Definiciones.....	1
2. El Contrato.....	2
3. Beneficio Básico de la Póliza: BENEFICIO POR MUERTE.....	3
4. El Pago de Primas y la Vigencia de la Póliza.....	3
5. Período de Gracia e Insuficiencia del VALOR DE RESCATE.....	3
6. EL VALOR EFECTIVO, el VALOR EFECTIVO AJUSTADO y el VALOR DE RESCATE.....	4
7. La RETENCIÓN DE PRIMA y las DEDUCCIONES MENSUALES.....	4
8. Los Intereses.....	5
9. DEDUCCIONES ADICIONALES.....	5
10. Préstamos.....	7
11. Rescates Totales y Parciales.....	7
12. Las Opciones de BENEFICIO POR MUERTE.....	8
13. Cambio de Opción de BENEFICIO POR MUERTE.....	9
14. Cambios al MONTO DE SEGURO.....	10
15. Moneda de Pago.....	10
16. Notificaciones, Comunicaciones y Estado de Cuenta Anual.....	10
17. Cambios y Modificaciones a la Póliza.....	11
18. Rehabilitación.....	11
19. Control de la Póliza.....	11
20. Indisputabilidad.....	11
21. Beneficiario o Beneficiarios.....	12
22. Cambio de Beneficiario.....	12
23. Edad, Sexo y Clasificación de Riesgo.....	12
24. Suicidio.....	13
25. Terminación de la Póliza.....	13
26. Cesión de Derechos.....	14
27. Dividendos.....	14
28. Aviso y Prueba de Muerte - Reclamación.....	14
29. Deber de Confidencialidad.....	15
30. Prevención de Legitimación de Capitales.....	15
31. Prescripción.....	15
32. Normas Supletorias.....	15
33. Conciliación y Arbitraje.....	15
34. Rectificación.....	16
35. Valoración.....	16

III. Tablas

Tabla 1: Tarifas Mensuales de Costo de Seguro Máximas Garantizadas

Tabla 2: Tarifas Iniciales de Cargo de Rescate

Tabla 3: Porcentajes para el Cálculo del Cargo de Rescate

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.
PAN-AMERICAN LIFEACCESS SEGURO DE VIDA UNIVERSAL
CONDICIONES GENERALES

1. Definiciones

Los siguientes términos tienen los significados que a continuación se indican, cuando figuren en el texto de la póliza impresos en letras mayúsculas.

ANEXO: documento que forma parte de la póliza y que modifica, explica, restringe y/o adiciona a sus Condiciones Generales, coberturas o algún elemento contractual. Se estipula que lo indicado en un ANEXO siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga a ellas. Cuando se use la expresión ANEXOS, ésta indicará que se trata de más de un ANEXO.

ASEGURADO: es la persona física residente legalmente en la República de Costa Rica, expuesta a los riesgos relacionados con las coberturas amparadas en ésta póliza y que se indica en el Cuadro de Beneficios y Primas.

BENEFICIO ADICIONAL: es una cobertura distinta del BENEFICIO POR MUERTE que el ASEGURADO puede comprar mediante una DEDUCCIÓN MENSUAL adicional. La existencia de alguna cobertura por dicho BENEFICIO ADICIONAL, si la hubiere, se incorpora a la póliza como un CONVENIO mediante un ANEXO según la Cláusula 17. Los términos de un BENEFICIO ADICIONAL se establecen en el texto de su CONVENIO respectivo y en el texto del Cuadro de Beneficios y Primas de esta póliza. Cuando se use la expresión BENEFICIOS ADICIONALES en esta póliza, ésta indicará que se trata de más de un BENEFICIO ADICIONAL.

BENEFICIO POR MUERTE: es el Beneficio Básico de la póliza que la Compañía pagará al o los Beneficiarios designados por el ASEGURADO, después de comprobarse la muerte del ASEGURADO y una vez que se hayan cumplido con todas las condiciones requeridas en la póliza, y que corresponda pagar de acuerdo con la Opción de BENEFICIO POR MUERTE vigente en la fecha de la muerte del ASEGURADO.

CARGO DE RESCATE: es la cantidad que se deduce del VALOR EFECTIVO AJUSTADO y/o del MONTO DE SEGURO de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 9.

CONVENIO: es todo acuerdo contractual entre la COMPAÑÍA y el TOMADOR que otorga y define las condiciones de algún BENEFICIO ADICIONAL y el cual se incorpora a la póliza mediante un ANEXO.

CONVENIO DE LIQUIDACIÓN: es el CONVENIO celebrado entre las partes, que consta en un ANEXO agregado a la póliza, en que el TOMADOR, con el consentimiento del ASEGURADO, y la Compañía acuerdan la forma y condiciones del pago de BENEFICIO POR MUERTE y las demás sumas pagaderas al Beneficiario cuando muera el ASEGURADO. A falta de un CONVENIO DE LIQUIDACIÓN expreso, el BENEFICIO POR MUERTE y las demás sumas pagaderas al Beneficiario se liquidarán en un solo pago.

DEDUCCIÓN MENSUAL: es la cantidad que se deduce del VALOR EFECTIVO AJUSTADO de la póliza cada DÍA DE PROCESAMIENTO de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 7. Cuando se use la expresión DEDUCCIONES MENSUALES en esta póliza, ésta indicará que se trata de más de una DEDUCCIÓN MENSUAL.

DEDUCCIÓN ADICIONAL: es la cantidad que se deduce del VALOR EFECTIVO AJUSTADO y/o del MONTO DE SEGURO de la póliza de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 9. Cuando se use la expresión DEDUCCIONES ADICIONALES en esta póliza, ésta indicará que se trata de más de una DEDUCCIÓN ADICIONAL.

DEUDA: es cualquier saldo de capital pendiente por razón de préstamo(s) más los intereses correspondientes.

DÍA DE PROCESAMIENTO: es el día del mes designado en el Cuadro de Beneficios y Primas para que se efectúen las DEDUCCIONES MENSUALES y se acrediten los intereses al VALOR EFECTIVO.

EDAD ALCANZADA: es la EDAD DE EMISIÓN más el número de años completos de la póliza desde la FECHA DE VIGENCIA.

EDAD DE EMISIÓN: es la edad cumplida del ASEGURADO a la FECHA DE VIGENCIA.

FECHA DE VIGENCIA: es la fecha a partir de la cual la cobertura de seguro genera las obligaciones provistas para la Compañía que se estipula en el Cuadro de Beneficios y Primas. Cada aumento posterior en el MONTO DE SEGURO, o cada BENEFICIO ADICIONAL que se agregue a la póliza con posterioridad a la FECHA DE VIGENCIA de la póliza, estará sujeto a su propia FECHA DE VIGENCIA.

MONTO DE SEGURO: es la cantidad contratada que se estipula en el Cuadro de Beneficios y Primas identificada como el MONTO DE SEGURO de la póliza, ajustada de acuerdo con los aumentos y disminuciones posteriores, y que forma parte del BENEFICIO POR MUERTE. No se incluye dentro del alcance del término MONTO DE SEGURO el VALOR EFECTIVO AJUSTADO que la Compañía pagaría de estar vigente, al fallecer el ASEGURADO, la Opción de BENEFICIO POR MUERTE de MONTO DE SEGURO más VALOR EFECTIVO AJUSTADO.

MONTO DE SEGURO MÍNIMO: Es el MONTO DE SEGURO debajo del cual la Compañía no emitirá una póliza y cuyo valor se estipula en el Cuadro de Beneficios y Primas. Tampoco podrá el ASEGURADO reducir el MONTO DE SEGURO vigente por debajo del MONTO DE SEGURO MÍNIMO, ni efectuar ningún cambio o transacción que reduzca el MONTO DE SEGURO vigente por debajo del MONTO DE SEGURO MÍNIMO.

PERÍODO DE PRIMA MÍNIMA: es el período durante el cual la Compañía garantiza que la póliza permanecerá vigente siempre y cuando se cumpla el pago de la PRIMA MÍNIMA y el cual se estipula en el Cuadro de Beneficios y Primas.

PRIMA INICIAL: es el primer pago de prima que debe efectuarse para la emisión de la póliza y cuyo monto se indica en el Cuadro de Beneficios y Primas.

PRIMA MÍNIMA: es la cantidad cuyo pago garantiza la vigencia de la póliza durante el PERÍODO DE PRIMA MÍNIMA, según se indica en el Cuadro de Beneficios y Primas.

PRIMA PERIÓDICA PLANEADA: es la prima que es igual o mayor a la PRIMA MÍNIMA y la cual es definida por el TOMADOR para efectos de cumplir con sus objetivos financieros y/o de protección de conformidad con la Cláusula 4 de la póliza y que se indica en el Cuadro de Beneficios y Primas.

RETENCIÓN DE PRIMA: es el porcentaje de cada prima que deduce la Compañía al recibir su pago, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 7. Cuando se use la expresión RETENCIONES DE PRIMAS, ésta indicará que se trata de más de una RETENCIÓN DE PRIMA.

TOMADOR: Es la persona física o jurídica que contrata la póliza. El TOMADOR y el ASEGURADO pueden coincidir en la misma persona (véase la Cláusula 2).

VALOR DE RESCATE: es igual al VALOR EFECTIVO AJUSTADO menos el CARGO DE RESCATE (véanse las Cláusulas 6 y 9).

VALOR EFECTIVO: es la acumulación de pagos de primas e intereses acreditados menos los cargos y deducciones (véanse las Cláusulas 6 y 9).

VALOR EFECTIVO AJUSTADO: es igual al VALOR EFECTIVO menos cualquier DEUDA pendiente sobre la póliza (véanse las Cláusulas 6 y 9).

2. El Contrato

Constituyen el contrato completo de seguro sobre la vida del ASEGURADO (en adelante la "póliza") entre el TOMADOR y la Compañía, la solicitud de seguro de la póliza, la propuesta de seguro aceptada por el TOMADOR con el consentimiento del ASEGURADO cuando corresponda, las presentes Condiciones Generales, sus ANEXOS, el Cuadro de Beneficios y Primas, la Tabla 1 de "Tarifas Mensuales de Costo de Seguro Máximas Garantizadas", la Tabla 2 de "Tarifas Iniciales de Cargo de Rescate," la Tabla 3 de "Porcentajes para el Cálculo de Cargo de Rescate," así como cualquier enmienda posterior de la misma.

Únicamente un representante legal autorizado de la Compañía está facultado para modificar la póliza, lo cual solo podrá ser hecho mediante un ANEXO, suscrito en doble ejemplar, por la Compañía y el TOMADOR de conformidad con la Cláusula 17 de la póliza. En consecuencia, los agentes, corredores o terceros a quienes la Compañía utilice en el cumplimiento de las obligaciones propias de su giro, no tienen facultad para hacer concesiones o modificaciones al

contrato. Todas las modificaciones deben estar formalizadas en los modelos de la Compañía, ya sean en la misma póliza o en los ANEXOS debidamente firmados y adheridos a la misma.

El texto de la póliza distingue entre el TOMADOR y el ASEGURADO. El TOMADOR de la póliza es distinto del ASEGURADO cuando la persona que tiene el dominio de la póliza no es la persona asegurada. Por el uso del término "TOMADOR" la póliza señala los derechos que éste tiene tanto como sus obligaciones ante la Compañía. Cuando el TOMADOR y el ASEGURADO sean la misma persona, los derechos y obligaciones del TOMADOR se reunirán en el mismo sujeto.

3. Beneficio Básico de la Póliza: BENEFICIO POR MUERTE

El BENEFICIO POR MUERTE es la cantidad de dinero que la Compañía pagará a los Beneficiarios designados por el ASEGURADO luego de presentadas las pruebas legales del fallecimiento del mismo. Al recibir pruebas legales satisfactorias para la Compañía de conformidad con la Cláusula 28 de esta póliza, la Compañía liquidará el BENEFICIO POR MUERTE al o los Beneficiarios de la póliza. El pago del BENEFICIO POR MUERTE se hará de acuerdo con los términos del CONVENIO DE LIQUIDACIÓN vigente, si lo hubiere. El monto del BENEFICIO POR MUERTE se fija con base a la Opción de BENEFICIO POR MUERTE vigente en la fecha de fallecimiento del ASEGURADO, más cualquier cantidad de dinero por cada BENEFICIO ADICIONAL a que se tenga derecho. Antes de hacer el pago del BENEFICIO POR MUERTE, la Compañía deducirá del mismo cualquier DEUDA y/o DEDUCCIONES MENSUALES que no se hayan podido efectuar. A falta de un CONVENIO DE LIQUIDACIÓN, el BENEFICIO POR MUERTE y las demás sumas pagaderas al Beneficiario se liquidarán en un solo pago.

4. El Pago de las Primas y la Vigencia de la Póliza

Todo pago de prima se efectuará exclusivamente en las oficinas de la Compañía en la dirección que se indica en el Cuadro de Beneficios y Primas.

Este contrato entrará en vigencia desde la FECHA DE VIGENCIA estipulada en el Cuadro de Beneficios y Primas.

La PRIMA MÍNIMA mensual vence todos los meses en el día correspondiente al día del mes de la FECHA DE VIGENCIA de la póliza que se indica en el Cuadro de Beneficio y Primas, y debe pagarse por adelantado. Las cantidades y la modalidad de los pagos de la PRIMA PERIÓDICA PLANEADA constan en el Cuadro de Beneficios y Primas de la póliza. Los aniversarios de la póliza ocurren anualmente y se calculan desde la FECHA DE VIGENCIA de la póliza.

El TOMADOR puede pagar su PRIMA PERIÓDICA PLANEADA anual según la modalidad que él prefiera. Con la aprobación previa de la Compañía, el TOMADOR está facultado para:

- (1) cambiar el monto de la PRIMA PERIÓDICA PLANEADA; y
- (2) hacer pagos en exceso del monto anual de la PRIMA PERIÓDICA PLANEADA durante la vigencia de la póliza.

Sin embargo, la Compañía no exigirá el pago periódico de primas para que la póliza se mantenga en vigencia siempre y cuando el VALOR DE RESCATE sea suficiente para cubrir las próximas DEDUCCIONES MENSUALES que establece la Cláusula 7.

La Compañía aplicará la prima para aumentar el VALOR EFECTIVO el próximo DÍA DE PROCESAMIENTO y de tal VALOR EFECTIVO efectuará las DEDUCCIONES MENSUALES. Además, de cada prima recibida, la Compañía efectuará la RETENCIÓN DE PRIMA que establece la Cláusula 7.

5. Período de Gracia e Insuficiencia del VALOR DE RESCATE

Período de Gracia – En caso de que el VALOR DE RESCATE sea insuficiente para cubrir las DEDUCCIONES MENSUALES según las Cláusulas 7 y 9, la Compañía concederá un Período de Gracia de dos (2) meses para el pago de una cantidad suficiente para cubrir las DEDUCCIONES MENSUALES. El Período de Gracia comenzará a partir del DÍA DE PROCESAMIENTO en que el VALOR DE RESCATE de la póliza sea insuficiente para cubrir las DEDUCCIONES MENSUALES. Durante el Período de Gracia, la póliza permanecerá vigente, a fin de que el TOMADOR tenga la oportunidad de pagar a la Compañía la cantidad indicada en el Aviso de Período de Gracia. **Si la cantidad indicada en el Aviso del Período de Gracia no fuere pagada dentro del Período de Gracia, la Compañía dará por terminado el contrato de póliza y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier**

siniestro ocurrido a partir de la mora. La Compañía notificará sobre la terminación del contrato de la póliza dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles a partir del vencimiento del Período de Gracia.

Si la muerte ocurriere durante el Período de Gracia, cualquier DEDUCCIÓN MENSUAL o DEUDA pendiente serán deducidas de los beneficios pagaderos bajo la póliza.

Insuficiencia del VALOR DE RESCATE – Durante el PERÍODO DE PRIMA MÍNIMA, el VALOR DE RESCATE no será considerado insuficiente para mantener la póliza en vigencia si la sumatoria de cada pago de prima que se efectúa antes del DÍA DE PROCESAMIENTO correspondiente, menos todos los Rescates Parciales hasta la fecha y menos cualquier DEUDA pendiente, es igual o excede a la PRIMA MÍNIMA MENSUAL multiplicada por el número de meses desde la FECHA DE VIGENCIA, incluyendo el mes en curso. En este caso la póliza permanecerá vigente. Si hubiere un cambio en el MONTO DE SEGURO o en algún CONVENIO durante el PERÍODO DE PRIMA MÍNIMA, la PRIMA MÍNIMA se calculará de nuevo. Después del PERÍODO DE PRIMA MÍNIMA, si el VALOR DE RESCATE en cualquier DÍA DE PROCESAMIENTO no fuere suficiente para cubrir las DEDUCCIONES MENSUALES, la póliza entrará en el Período de Gracia de acuerdo con lo estipulado en el párrafo anterior.

Cualquier pago efectuado después de haber caducado la póliza no dará lugar a la Rehabilitación de la póliza y el recibo de este pago por parte de la Compañía, no afectará su derecho a considerar la póliza caducada. Dicho pago será devuelto por la Compañía al TOMADOR en un plazo máximo de diez (10) días hábiles, a menos que la póliza sea rehabilitada por la Compañía de acuerdo con la Cláusula 18.

6. El VALOR EFECTIVO, el VALOR EFECTIVO AJUSTADO y el VALOR DE RESCATE

Esta póliza puede acumular valores durante la vigencia de la misma. Los valores son de tres tipos, los cuales se definen a continuación:

1. VALOR EFECTIVO: En el DÍA DE PROCESAMIENTO de la póliza, su VALOR EFECTIVO es igual a:
 - A. La suma de:
 - (1) todas las primas pagadas menos todas las RETENCIONES DE PRIMAS; y
 - (2) los intereses acreditados al VALOR EFECTIVO de la póliza a la fecha de hacer el cálculo;
 - B. Menos:
 - (1) el monto de todas las DEDUCCIONES MENSUALES;
 - (2) el monto de todos los Rescates Parciales efectuados a la fecha del cálculo, si los hubiere; y
 - (3) el monto de todas las DEDUCCIONES ADICIONALES, si estas fueren aplicables.
2. VALOR EFECTIVO AJUSTADO - Es igual al VALOR EFECTIVO menos cualquier DEUDA existente en la póliza.
3. VALOR DE RESCATE - Es igual al VALOR EFECTIVO AJUSTADO menos el CARGO DE RESCATE. El CARGO DE RESCATE se mantendrá calculado durante la vigencia de la póliza y se aplicará al VALOR EFECTIVO AJUSTADO en caso de que el TOMADOR efectuara un Rescate Total a la póliza.

7. La RETENCIÓN DE PRIMA y las DEDUCCIONES MENSUALES

Cada pago que reciba la Compañía que no sea en pago de un préstamo, se considerará un pago de prima. De toda prima pagada, la Compañía retendrá no más del ocho por ciento (8%) para cubrir los gastos de emisión y de administración de la póliza. El resto de la prima, después de hacer la RETENCIÓN DE PRIMA, se acreditará al VALOR EFECTIVO de la póliza en el próximo DÍA DE PROCESAMIENTO.

Las DEDUCCIONES MENSUALES se aplicarán al VALOR EFECTIVO de la póliza en forma automática en el DÍA DE PROCESAMIENTO durante la vigencia de la póliza y el TOMADOR autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para hacerlas. Estas DEDUCCIONES MENSUALES incluyen las siguientes:

- (1) El Costo de Seguro según la Opción de BENEFICIO POR MUERTE vigente;
- (2) El Costo de Seguro de los BENEFICIOS ADICIONALES, si los hubiere;
- (3) Un cargo administrativo de no más de US\$12.00 mensuales por los primeros diez años de vigencia de la póliza y de no más de US\$8.00 mensuales del undécimo año en adelante. Estos cargos cubren los gastos incurridos por la Compañía; y
- (4) Un cargo adicional mensual de no más de US\$0.40 por mil de MONTO DE SEGURO, el cual será aplicado solamente durante el primer año de vigencia de la póliza y será destinado a cubrir el costo de emisión de la póliza.

El Costo de Seguro (1) mencionado en esta Cláusula se describe en la Cláusula 12 más adelante, según la Opción de BENEFICIO POR MUERTE vigente.

La tarifa aplicable del Costo de Seguro (1) nunca excederá la tarifa del Costo de Seguro mensual correspondiente de la Tabla 1 de “Tarifas Mensuales del Costo de Seguro Máximas Garantizadas.”

El Costo de Seguro (2) mencionado en esta Cláusula se describe en el texto del ANEXO respectivo de cada BENEFICIO ADICIONAL.

8. Los Intereses

Mensualmente, en el DÍA DE PROCESAMIENTO, la Compañía acreditará al VALOR EFECTIVO existente de la póliza en el DÍA DE PROCESAMIENTO inmediatamente anterior, menos cualquier reducción al Valor Efectivo a partir de esa fecha, una suma de intereses calculada con base a la tasa mensual equivalente de la Tasa de Interés Mínima Garantizada. La tasa mensual equivalente es igual a $[1 + i]^{1/12} - 1$, donde i es la Tasa de Interés Mínima Garantizada cuyo valor anual se establece en el Cuadro de Beneficios y Primas de esta póliza.

La Compañía puede, sin embargo, acreditar al VALOR EFECTIVO sumas calculadas aplicando una tasa de interés que exceda la mínima garantizada basada en la tasa mensual equivalente calculada como se muestra en el párrafo anterior. Periódicamente, por lo menos una vez al año, la tasa será determinada por la Compañía de acuerdo a sus expectativas de rendimientos futuros sobre sus inversiones y en consideración de otros factores, tales como la estabilidad de las tasas de interés, factores económicos y factores del mercado en general. Esta tasa podrá variar en cualquier DÍA DE PROCESAMIENTO durante la vigencia de la póliza, pero nunca será menor a la Tasa de Interés Mínima Garantizada.

Cuando los intereses que acredite la Compañía sean calculados con base a una tasa que exceda la Tasa de Interés Mínima Garantizada, la tasa de interés que aplique a la parte del VALOR EFECTIVO que equivalga al saldo insoluto por cualquier DEUDA existente en la póliza, puede ser diferente a la tasa de interés aplicada al VALOR EFECTIVO, pero nunca puede ser inferior a la Tasa de Interés Mínima Garantizada que se señala en el Cuadro de Beneficios y Primas.

Los intereses acreditados al VALOR EFECTIVO nunca serán acreditados por adelantado.

La Compañía puede invertir en distintos tipos de activos pero siempre sometida a sus Políticas de Inversión. Estas inversiones también están sujetas a los respectivos requerimientos contenidos en las leyes y regulaciones de la materia, incluyendo, pero no limitados a, los establecidos por la SUGESE y a los establecidos en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros de Costa Rica. La Compañía somete a la SUGESE regularmente detalle de las inversiones efectuadas por la Compañía y esa información se hace pública para su referencia.

9. DEDUCCIONES ADICIONALES

Las DEDUCCIONES ADICIONALES de esta Cláusula se aplicarán al VALOR EFECTIVO AJUSTADO de la póliza cada vez que se efectúen cualesquier de las siguientes operaciones solicitadas por el TOMADOR:

- Operación 1 - Rescate Total de la póliza;
- Operación 2 - Rescate Parcial de la póliza;
- Operación 3 - Disminución del MONTO DE SEGURO;
- Operación 4 - Aumento del MONTO DE SEGURO; o

Operación 5 - Cambio en la Opción de BENEFICIO POR MUERTE.

Las DEDUCCIONES ADICIONALES para cada una de las operaciones previamente mencionadas se definen a continuación:

- Para la Operación 1, Rescate Total de la póliza, se aplicará un CARGO DE RESCATE por concepto de DEDUCCIÓN ADICIONAL, el cual se obtendrá multiplicando (a) por (b) por (c), donde:

- (a) es el MONTO DE SEGURO en millares;
- (b) es la tarifa inicial de CARGO DE RESCATE en la Tabla 2 de "Tarifas Iniciales de Cargo de Rescate" que corresponde a la EDAD DE EMISIÓN, sexo y clasificación de riesgo del ASEGURADO; y
- (c) es el factor en la Tabla 3 de "Porcentajes para el Cálculo del Cargo de Rescate" que corresponde a la duración de la póliza.

El CARGO DE RESCATE se aplicará directamente al VALOR EFECTIVO AJUSTADO antes de proceder con el pago del VALOR DE RESCATE de la póliza.

Cada aumento del MONTO DE SEGURO conservará su propia FECHA DE VIGENCIA para los efectos del cálculo del CARGO DE RESCATE.

- Para la Operación 2, Rescate Parcial de la póliza, las DEDUCCIONES ADICIONALES incluyen las siguientes:

- (1) un cargo administrativo de US\$25.00; y
- (2) un CARGO DE RESCATE parcial, el cual se obtendrá multiplicando (a) por (b) por (c), donde:
 - (a) es el monto del Rescate Parcial solicitado en millares;
 - (b) es la tarifa inicial de CARGO DE RESCATE en la Tabla 2 de "Tarifas Iniciales de Cargo de Rescate" que corresponde a la EDAD DE EMISIÓN, sexo y clasificación de riesgo del ASEGURADO; y
 - (c) es el factor en la Tabla 3 de "Porcentajes para el Cálculo del Cargo de Rescate" que corresponde a la duración de la póliza.

El Rescate Parcial, el CARGO DE RESCATE parcial anteriormente indicado y el cargo administrativo reducirán el VALOR EFECTIVO AJUSTADO por sus cantidades respectivas. Además, únicamente si la Opción de BENEFICIO POR MUERTE es la de Sólo el MONTO DE SEGURO, el Rescate Parcial y el CARGO DE RESCATE parcial anteriormente indicados reducirán el MONTO DE SEGURO por sus cantidades respectivas.

Cada aumento del MONTO DE SEGURO conservará su propia FECHA DE VIGENCIA para los efectos del cálculo del CARGO DE RESCATE.

- Para la Operación 3, Disminución del MONTO DE SEGURO, las DEDUCCIONES ADICIONALES serán las siguientes:

- (1) un cargo administrativo de US\$25.00; y
- (2) un CARGO DE RESCATE proporcional a la disminución al MONTO DE SEGURO, el cual se obtendrá multiplicando (a) por (b) por (c), donde:
 - (a) es la disminución al MONTO DE SEGURO en millares;
 - (b) es la tarifa inicial de CARGO DE RESCATE en la Tabla 2 de "Tarifas Iniciales de Cargo de Rescate" que corresponde a la EDAD DE EMISIÓN, sexo y clasificación de riesgo del ASEGURADO; y
 - (c) es el factor en la Tabla 3 de "Porcentajes para el Cálculo del Cargo de Rescate" que corresponde a la duración de la póliza.

El CARGO DE RESCATE proporcional a la disminución anteriormente indicado y el cargo administrativo reducirán el VALOR EFECTIVO AJUSTADO por sus cantidades respectivas.

- Tanto para la Operación 4, Aumento del MONTO DE SEGURO, como para la Operación 5, Cambio en la Opción de BENEFICIO POR MUERTE, se aplicará un cargo administrativo de US\$25.00 por concepto de DEDUCCIÓN ADICIONAL, el cual reducirá el VALOR EFECTIVO AJUSTADO por su cantidad respectiva.

Las DEDUCCIONES ADICIONALES se efectuarán en el momento de hacerse efectivas cualesquiera de las operaciones mencionadas en esta Cláusula.

Las operaciones de esta Cláusula no se podrán efectuar en caso de que el VALOR EFECTIVO AJUSTADO sea insuficiente para cubrir las DEDUCCIONES ADICIONALES.

10. Préstamos

El TOMADOR no podrá obtener préstamo alguno sobre la póliza antes de que la misma haya cumplido por lo menos un año de vigencia y la póliza continúe vigente después del primer año. Luego de cumplido el primer año de vigencia, si la póliza tiene un VALOR DE RESCATE positivo de acuerdo con los registros de la Compañía, el TOMADOR podrá solicitar un préstamo, el cual quedará automáticamente garantizado por el VALOR EFECTIVO AJUSTADO de la póliza, hasta el monto de la DEUDA. **El monto de cualquier préstamo más los intereses acumulados hasta el próximo aniversario de la póliza nunca podrán exceder el VALOR DE RESCATE.**

Si existe un préstamo en la póliza, mensualmente, en el DÍA DE PROCESAMIENTO, la Compañía calculará los intereses sobre el préstamo basándose en el principal del mismo y una tasa mensual equivalente de la tasa de interés sobre el préstamo. Esta tasa de interés sobre el préstamo será 3.0% mayor a la tasa de interés acreditada a la porción del VALOR EFECTIVO equivalente al saldo insoluto del préstamo como se describe en la Cláusula 8, pero nunca será mayor de 18%. La tasa mínima de interés sobre el préstamo será la Tasa de Interés Mínima Garantizada establecida en el Cuadro de Beneficio y Primas más 3.0%.

Los intereses sobre el préstamo serán pagaderos al final de cada período en el aniversario de la póliza y la DEUDA puede ser completamente saldada en cualquier momento. Si en cualquier aniversario de la póliza el VALOR DE RESCATE no fuere suficiente para cubrir los intereses del préstamo, la Compañía quedará autorizada irrevocablemente por el TOMADOR para efectuar un Rescate Parcial por la suma necesaria para pagar la DEUDA.

11. Rescates Totales y Parciales

El TOMADOR puede obtener el VALOR DE RESCATE de la póliza, sujeto a las limitaciones, condiciones y términos de esta Cláusula.

Cada rescate de los valores de la póliza, ya sea parcial o total, llevará consigo un CARGO DE RESCATE, el cual se determinará como se indica en la Cláusula 9.

El TOMADOR podrá, mediante solicitud escrita dirigida a la Compañía de conformidad con la Cláusula 17, obtener la totalidad del VALOR DE RESCATE de la póliza en cualquier momento. **Si el TOMADOR obtiene la totalidad del VALOR DE RESCATE de la póliza, la Compañía queda autorizada para deducir el CARGO DE RESCATE del VALOR EFECTIVO AJUSTADO como se indica en la Cláusula 9. Al recibir la Compañía la solicitud del TOMADOR para obtener la totalidad del VALOR DE RESCATE de la póliza, se producirá automáticamente la terminación del seguro.**

El TOMADOR no podrá efectuar Rescate Parcial alguno antes de que la póliza haya cumplido por lo menos un año de vigencia. Luego de cumplido el primer año de vigencia de la póliza, el ASEGURADO podrá efectuar un Rescate Parcial en cualquier momento mediante una solicitud escrita dirigida a la Compañía como se indica en la Cláusula 17. **Sin embargo, en ningún momento se podrán efectuar más de dos (2) Rescates Parciales en cualquier período de doce (12) meses consecutivos. Por cada Rescate Parcial se deducirán del VALOR EFECTIVO AJUSTADO, el monto del Rescate Parcial y las DEDUCCIONES ADICIONALES como se indica en la Cláusula 9.**

Cuando la Opción de BENEFICIO POR MUERTE vigente a la fecha del Rescate Parcial sea la Opción de BENEFICIO POR MUERTE de Sólo el MONTO DE SEGURO, cada Rescate Parcial del VALOR EFECTIVO AJUSTADO

disminuirá el MONTO DE SEGURO por una suma equivalente al monto del Rescate Parcial y las DEDUCCIONES ADICIONALES como se indica en la Cláusula 9.

No se permitirá un Rescate Parcial que reduzca el MONTO DE SEGURO a una cantidad inferior al MONTO DE SEGURO MÍNIMO indicado en el Cuadro de Beneficios y Primas.

12. Las Opciones de BENEFICIO POR MUERTE

Las Opciones de BENEFICIO POR MUERTE son dos:

1. la de Sólo el MONTO DE SEGURO (Opción 1); y
2. la de MONTO DE SEGURO más el VALOR EFECTIVO AJUSTADO (Opción 2).

Opción 1

El BENEFICIO POR MUERTE consistirá solamente en el MONTO DE SEGURO menos cualquier DEUDA. En el evento que la póliza estuviere en el Período de Gracia, de conformidad con la Cláusula 5 de este contrato, la Compañía deducirá la insuficiencia del VALOR EFECTIVO AJUSTADO del BENEFICIO POR MUERTE antes de proceder con el pago del mismo. **El pago del BENEFICIO POR MUERTE extinguirá cualquier derecho al VALOR EFECTIVO AJUSTADO de la póliza.**

No obstante a lo establecido en cualquier Cláusula de las Condiciones Generales de la póliza o de lo que se haya pactado o se pacte en cualquier adición, modificación o enmienda a la misma, el MONTO DE SEGURO tiene que exceder en por lo menos cinco mil dólares (US\$5,000.00) al VALOR EFECTIVO de la póliza mientras el ASEGURADO no haya cumplido la EDAD ALCANZADA de noventa y cinco (95) años. Después de haber cumplido esta edad, la diferencia entre el MONTO DE SEGURO vigente y el VALOR EFECTIVO será por lo menos igual a la cantidad que se señala en el cuadro a continuación, de acuerdo a la edad correspondiente del ASEGURADO:

EDAD	DIFERENCIA MÍNIMA
96	US\$ 4,000.00
97	US\$ 3,000.00
98	US\$ 2,000.00
99 +	US\$ 1,000.00

La aplicación de lo anteriormente indicado, cuando sea necesario, producirá automáticamente el aumento del MONTO DE SEGURO vigente (y del Costo de Seguro) a fin de obtener el incremento que proceda, con el propósito de que se mantenga la diferencia entre el MONTO DE SEGURO vigente y el VALOR EFECTIVO por la mínima que se ha señalado.

El MONTO DE SEGURO vigente disminuirá cada vez que se efectúe un Rescate Parcial contra el VALOR DE RESCATE de la póliza. El monto de la disminución variará de acuerdo con el monto del RESCATE PARCIAL y el CARGO DE RESCATE parcial correspondiente. En caso que el MONTO DE SEGURO vigente disminuya por medio de un Rescate Parcial, o por disminución al MONTO DE SEGURO o por cambio de Opción de BENEFICIO POR MUERTE que cause una disminución, todo aumento posterior que se quiera hacer al MONTO DE SEGURO será aceptado por la Compañía solamente cuando le sea plenamente satisfactoria la evidencia de asegurabilidad del ASEGURADO y según su EDAD ALCANZADA y clasificación de riesgo al momento en que se solicita un aumento al MONTO DE SEGURO.

Para determinar el Costo de Seguro, se multiplica (a) por el resultado de (b) menos (c), donde:

- (a) es la tarifa mensual aplicable de Costo de Seguro según se describe en el penúltimo párrafo de esta Cláusula;
- (b) es el MONTO DE SEGURO vigente en millares sujeto a su clasificación de riesgo correspondiente, según los registros de la Compañía, dividido por un factor que representa un descuento de un mes de interés basado en la Tasa de Interés Mínima Garantizada y cuyo valor se establece en el Cuadro de Beneficios y Primas de esta póliza;
- y

(c) es el VALOR EFECTIVO en millares de la póliza a la fecha de efectuar este cálculo, según los registros de la Compañía.

La tarifa mensual aplicable de Costo de Seguro en el literal (a) anterior que corresponde a la EDAD ALCANZADA, sexo y clasificación de riesgo del ASEGURADO será determinada periódicamente por la Compañía y se podrá ajustar por efectos de factores externos fuera del control de la misma, pero nunca excederá la tarifa mensual de Costo de Seguro correspondiente de la Tabla 1 de “Tarifas Mensuales de Costo de Seguro Máximas Garantizadas.”

Durante cualquier EDAD ALCANZADA, entre mayor sea el VALOR EFECTIVO, menor será el Costo de Seguro, siempre y cuando el MONTO DE SEGURO no haya sido aumentado a petición del TOMADOR.

Opción 2

El BENEFICIO POR MUERTE consistirá en el MONTO DE SEGURO más el VALOR EFECTIVO AJUSTADO, si lo hubiere. En el evento que la póliza estuviere en el Período de Gracia, la Compañía deducirá la insuficiencia del VALOR EFECTIVO AJUSTADO del BENEFICIO POR MUERTE antes de proceder con el pago del mismo de conformidad con la Cláusula 5.

Para determinar el Costo de Seguro, se multiplica (a) por (b), donde:

- (a) es la tarifa mensual aplicable de Costo de Seguro según se describe en el penúltimo párrafo de esta Cláusula; y
- (b) es el MONTO DE SEGURO vigente en millares sujeto a su clasificación de riesgo correspondiente, según los registros de la Compañía, dividido por un factor que representa un descuento de un mes de interés basado en la Tasa de Interés Mínima Garantizada y cuyo valor se establece en el Cuadro de Beneficios y Primas de esta póliza.

La tarifa mensual aplicable de Costo de Seguro en el literal (a) anterior que corresponde a la EDAD ALCANZADA, sexo y clasificación de riesgo del ASEGURADO será determinada periódicamente por la Compañía y se podrá ajustar por efectos de factores externos fuera del control de la misma, pero nunca excederá la tarifa mensual de Costo de Seguro correspondiente de la Tabla 1 de “Tarifas Mensuales de Costo de Seguro Máximas Garantizadas.”

El VALOR EFECTIVO de la póliza no se restará del MONTO DE SEGURO al momento de efectuar el cálculo, y por lo tanto no se reducirá el Costo de Seguro durante cualquier EDAD ALCANZADA.

13. Cambio de Opción de BENEFICIO POR MUERTE

Después del primer año de vigencia de la póliza, el TOMADOR podrá cambiar la Opción de BENEFICIO POR MUERTE mediante una solicitud escrita a la Compañía como se indica en la Cláusula 17. Este cambio de Opción será efectivo a partir del DIA DE PROCESAMIENTO siguiente a la FECHA DE VIGENCIA del ANEXO correspondiente adjuntado a la póliza.

El TOMADOR no podrá cambiar la Opción de BENEFICIO POR MUERTE más de una vez durante un período de doce (12) meses consecutivos.

Cuando se cambie la Opción 1 por la Opción 2, el MONTO DE SEGURO bajo la nueva Opción 2 disminuirá. Sin embargo, no se permitirá dicho cambio si éste causa que el MONTO DE SEGURO bajo la Opción 2 sea más bajo del MONTO DE SEGURO MÍNIMO establecido en el Cuadro de Beneficios y Primas. A la inversa, cuando se cambie la Opción 2 por la Opción 1, el MONTO DE SEGURO bajo la nueva Opción 1 aumentará. La magnitud de la disminución o del aumento, según el caso, por el cambio de Opción de BENEFICIO POR MUERTE será igual al VALOR EFECTIVO. Sin embargo, el TOMADOR puede pedir un cambio del nuevo MONTO DE SEGURO vigente, siempre y cuando cumpla con lo establecido en el ANEXO correspondiente a la Opción de BENEFICIO POR MUERTE vigente.

Las DEDUCCIONES ADICIONALES de la Cláusula 9 se aplicarán por el cambio del MONTO DE SEGURO solicitado por el TOMADOR.

14. Cambios al MONTO DE SEGURO

Después del primer año de vigencia de la póliza, se podrá cambiar el MONTO DE SEGURO de la póliza bajo las siguientes condiciones:

- (1) Para cada aumento, el ASEGURADO tendrá que suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía y cumplir todas las condiciones según se especifican en el ANEXO de la Opción de BENEFICIO POR MUERTE correspondiente;
- (2) Cada aumento conservará su propia FECHA DE VIGENCIA;
- (3) El MONTO DE SEGURO siempre tendrá que ser igual o mayor al MONTO DE SEGURO MÍNIMO indicado en el Cuadro de Beneficio y Primas;
- (4) En caso de aumentos al MONTO DE SEGURO de la póliza, cualquier disminución posterior al MONTO DE SEGURO se efectuará sobre el aumento más reciente, en el orden cronológico en que se efectuaron dichos aumentos.

A tal efecto, el TOMADOR podrá cambiar el MONTO DE SEGURO mediante una solicitud escrita a la Compañía como se indica en la Cláusula 17. La Compañía se reserva el derecho de limitar el número de cambios al MONTO DE SEGURO y las cantidades de dichos cambios durante cualquier período de doce (12) meses consecutivos. El cambio al MONTO DE SEGURO será efectivo a partir del próximo DÍA DE PROCESAMIENTO.

Las DEDUCCIONES ADICIONALES de la Cláusula 9 se aplicarán por el cambio al MONTO DE SEGURO así solicitado por el TOMADOR.

15. Moneda de Pago

Todos los pagos relativos a esta póliza, de cualquiera de las partes de la misma, se verificarán en las oficinas de la Compañía, **en dólares estadounidenses o en moneda nacional al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.**

16. Notificaciones, Comunicaciones y Estado de Cuenta Anual

Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el TOMADOR o entre la Compañía y el ASEGURADO deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas ubicadas en la dirección indicada en el Cuadro de Beneficios y Primas. Las comunicaciones que la Compañía dirija al TOMADOR o ASEGURADO serán efectuadas por los medios y en las direcciones consignadas en la Solicitud de Seguro.

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.

Una vez al año, la Compañía enviará al TOMADOR el Estado de Cuenta anual de la póliza mediante un informe que le será enviado por correo del modo como se indica en esta Cláusula de conformidad con el artículo 102 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Además, el TOMADOR puede, en cualquier momento, solicitar un informe sobre el Estado de Cuenta actual de su póliza. La Compañía, sin embargo, se reserva el derecho de cobrar un cargo razonable por cada informe proporcionado en forma escrita, con exclusión del informe anual mencionado en este párrafo.

La Compañía se compromete a notificar al TOMADOR en caso de que el VALOR DE RESCATE fuese insuficiente para cubrir las DEDUCCIONES MENSUALES de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 5. Se entenderá que la Compañía ha notificado al TOMADOR con respecto a lo que trata el presente párrafo si la Compañía le envía el Aviso de Período de Gracia por correo a la dirección indicada por el TOMADOR en su solicitud de póliza, o a la dirección que el TOMADOR le hubiese indicado a la Compañía en caso de que hubiere cambiado su dirección. La omisión o demora en efectuar tal aviso no ocasionará responsabilidad alguna a la Compañía.

17. Cambios y Modificaciones a la Póliza

El TOMADOR podrá solicitar mediante el formulario que para el efecto entrega la Compañía, Rescates Parciales, cambios en el MONTO DE SEGURO, cambios en la Opción de BENEFICIO POR MUERTE, cambios en los BENEFICIOS ADICIONALES o cualquier otro cambio a la póliza, para lo cual si la Compañía consintiere en hacerlo, se emitirá un ANEXO que será suscrito en doble ejemplar tanto por la Compañía como por el TOMADOR.

Las reclamaciones que se hagan a la Compañía no pueden desconocer la existencia de los ANEXOS y convenios suscritos por las partes que afecten los términos vigentes de la póliza. Cualquier reclamo en donde se ignore lo convenido en un ANEXO o convenio que afecte los términos de la póliza, será desestimado.

18. Rehabilitación

Dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de caducidad de la póliza, el TOMADOR podrá solicitar a la Compañía su Rehabilitación. La Rehabilitación solo será concedida por la Compañía si se le comprueba a su entera satisfacción, que el ASEGURADO continúa siendo un riesgo asegurable de acuerdo con las normas vigentes en la fecha en que se solicita la Rehabilitación. Para conceder la Rehabilitación, será necesario también que el TOMADOR pague una suma equivalente a la mayor de las siguientes cifras:

- (a) una cuarta parte de la PRIMA PERIÓDICA PLANEADA (Anual); o
- (b) la cantidad necesaria para que el VALOR DE RESCATE sea suficiente para cubrir las DEDUCCIONES MENSUALES correspondientes a por lo menos los cuatro meses siguientes a la fecha en que se efectúe la Rehabilitación.

En consideración al estado de salud del ASEGURADO al solicitar la Rehabilitación, la Compañía tendrá la facultad de negar la Rehabilitación o convenir condiciones distintas a las estipuladas en la póliza a la fecha en que se produjo la caducidad.

Todas las condiciones de esta Cláusula aplicarán a la Rehabilitación de cualesquiera de los BENEFICIOS ADICIONALES que formen parte de la póliza a la fecha de su caducidad.

La póliza no podrá ser restablecida después que el TOMADOR haya efectuado un Rescate Total de la misma o que ésta termine por resolución judicial.

19. Control de la Póliza

El TOMADOR puede ejercer todos los derechos, opciones y privilegios que la póliza confiere, salvo que en ella o mediante ANEXO o convenio posterior, se estipule expresamente lo contrario. **Si este convenio en contrario incluyere derechos irrevocables a favor del Beneficiario, será necesaria la autorización expresa del Beneficiario para cualquiera nueva modificación o cambio a la póliza.**

El ASEGURADO puede, salvo estipulación en contrario, modificar en cualquier momento la designación de Beneficiario, a menos que se trate de un Beneficiario irrevocable, en cuyo caso se requerirá el consentimiento del Beneficiario irrevocable.

20. Indisputabilidad

Esta póliza será indisputable, por omisiones o inexactas declaraciones del Solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del ASEGURADO, después de haber estado vigente, en vida del ASEGURADO, por un período de dos (2) años desde la FECHA DE VIGENCIA de la póliza, o la fecha de Rehabilitación, si la hubiere, o la FECHA DE VIGENCIA de cualquier aumento al MONTO DE SEGURO. Una vez transcurridos los dos años desde la FECHA DE VIGENCIA de la póliza, en caso de una Rehabilitación o un aumento al MONTO DE SEGURO, únicamente podrá ser disputado el pago respectivo de la Rehabilitación o del aumento en el MONTO DE SEGURO, según corresponda.

21. Beneficiario o 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 formulario correspondiente. 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.

Igualmente el Asegurado podrá designar un Beneficiario irrevocable, cuya designación no podrá variar salvo con el consentimiento del propio Beneficiario irrevocable.

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 solo 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.

22. Cambio de Beneficiario

El ASEGURADO podrá modificar en cualquier momento y durante la vigencia de la póliza, la designación de Beneficiarios o la clasificación de cualquier Beneficiario anterior o nuevo, a menos que el Beneficiario nombrado en la póliza tuviere la calidad de Beneficiario irrevocable por solicitud expresa del propio ASEGURADO.

Si el ASEGURADO hubiere designado a un Beneficiario irrevocable, el Beneficiario irrevocable, en su caso, deberá también firmar el formulario que para tal efecto otorgue la Compañía.

El cambio de Beneficiario será registrado en la póliza por medio de un ANEXO de conformidad con la Cláusula 17 de este contrato. La notificación de dicho cambio a la Compañía deberá respetar las formalidades que señala la Cláusula 16 y surtirá sus efectos desde la fecha en que se notifique efectivamente dicho cambio a la Compañía.

23. Edad, Sexo y Clasificación de Riesgo

Esta póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el TOMADOR y el ASEGURADO en las solicitudes las cuales forman parte integrante de la póliza, e igualmente la Compañía cumple con el pago de las indemnizaciones relacionadas con esta póliza en consideración a las declaraciones hechas por el o los Beneficiarios en los reclamos correspondientes.

En el caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el TOMADOR, el ASEGURADO o el o los Beneficiarios 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 hubiere algún error en la edad, sexo o clasificación de riesgo del ASEGURADO, y éste estuviere comprendido dentro de los parámetros elegibles de la póliza, el BENEFICIO POR MUERTE a pagar será ajustado fijando el nuevo BENEFICIO POR MUERTE en base a la edad, sexo o clasificación de riesgo del ASEGURADO y el efecto que esto causará a los cargos de mortalidad.

En caso de que un error no estuviere comprendido dentro de los parámetros elegibles de la póliza, la responsabilidad total de la Compañía estará limitada, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, a la devolución del monto total de las primas pagadas a partir de la FECHA DE VIGENCIA de la póliza o de la fecha de Rehabilitación, según fuere el caso, menos cualquier DEUDA pendiente, menos el monto de cualquier Rescate Parcial que se hubiese hecho con anterioridad y menos cualquier otro cargo que la Compañía tuviese derecho a efectuar por cualquier otro concepto. Con respecto a un aumento al MONTO DE SEGURO, la responsabilidad de la Compañía estará limitada en lo que respecta a ese aumento, únicamente a la devolución en un solo pago de la parte de las DEDUCCIONES MENSUALES correspondientes al costo de seguro de dicho aumento al MONTO DE SEGURO.

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

Cualquier información falsa, reticente o errónea suministrada sin dolo a la Compañía deviene indisputable una vez transcurridos dos (2) años desde la FECHA DE VIGENCIA 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 TOMADOR, el ASEGURADO, los Beneficiarios o sus sucesores por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido del TOMADOR o del ASEGURADO o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del TOMADOR, del ASEGURADO, de los Beneficiarios o de sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la póliza ya no se encontrare vigente.

24. Suicidio

El suicidio del ASEGURADO, cualquiera que sea su estado mental, no será cubierto por esta póliza si ocurre dentro de los dos (2) años siguientes a la FECHA DE VIGENCIA o de la fecha de su Rehabilitación. En caso que ese evento ocurriere, la responsabilidad total de la Compañía estará limitada a la devolución del monto total de las primas pagadas antes de la muerte a partir de la FECHA DE VIGENCIA o de la fecha de su Rehabilitación, según fuere el caso, menos cualquier DEUDA pendiente, menos el monto de cualquier Rescate Parcial que hubiese hecho con anterioridad al suicidio y menos cualquier otro cargo que la Compañía tuviese derecho a efectuar por cualquier otro concepto.

Si el ASEGURADO se suicida, cualquiera que sea su estado mental, dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha de un aumento en el MONTO DE SEGURO, la responsabilidad de la Compañía estará limitada en lo que respecta a ese aumento, únicamente a la devolución en un solo pago de la parte de las DEDUCCIONES MENSUALES correspondientes al costo del seguro de dicho aumento del MONTO DE SEGURO.

25. Terminación de la Póliza

Esta póliza permanecerá vigente hasta que ésta termine por cualquiera de las siguientes razones:

- (1) Por muerte del ASEGURADO;
- (2) Por vencimiento del Período de Gracia de la póliza;

- (3) Por solicitud del TOMADOR mediante el Rescate Total de la póliza;
- (4) Por resolución judicial.

26. Cesión de Derechos

Ninguna cesión de derechos será obligatoria para la Compañía, a menos que se haga por escrito en el formulario aprobado por la Compañía y sea entregada a ésta. La Compañía, al registrar una cesión de derechos no asumirá responsabilidad alguna por ella, ni podrá interpretarse que renuncia a derecho alguno que pueda afectar la validez o efectos de la póliza o de la cesión de derechos.

El ejercicio de las opciones y privilegios concedidos por esta póliza y el pago de los beneficios, estarán sujetos a los derechos de cualquier cesionario registrado.

27. Dividendos

Esta póliza no confiere participación en la distribución de las utilidades de la Compañía, ni devengará dividendo alguno.

28. Aviso y Prueba de Muerte - Reclamación

La notificación por escrito del fallecimiento del Asegurado debe ser presentada por escrito a la Compañía en sus oficinas, cuya ubicación se indica en el Cuadro de Beneficios y Primas, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de su fallecimiento, acompañada de los siguientes documentos:

- (1) Formulario de Reclamación por Muerte (que será proporcionado por la Compañía).
- (2) Certificación de la defunción emitida por el Registro Civil que incluya causas de la muerte. 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.
- (3) Fotocopia de la Cédula de Identidad Personal del fallecido.
- (4) Original del acta de Defunción.
- (5) 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 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.

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al ASEGURADO cuya muerte 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 según corresponda.

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 la Cláusula 33 de este contrato.

En caso de cualquier duda puede comunicarse con la Compañía al teléfono o al correo electrónico, indicados en el Cuadro de Beneficios y Primas.

29. Deber de Confidencialidad

En aplicación de la Ley 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, la información del TOMADOR del seguro, del ASEGURADO y del Beneficiario que haya sido suministrada a la Compañía en virtud del presente contrato, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad.

La información de carácter confidencial que el TOMADOR, el ASEGURADO o los Beneficiarios 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 TOMADOR, ASEGURADO o Beneficiario 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 del ASEGURADO y/o verificar las reclamaciones de los Beneficiarios. El TOMADOR, los ASEGURADOS o los Beneficiarios tendrán derecho a que dicha información sea rectificadora, 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.

30. Prevención de Legitimación de Capitales

El TOMADOR del seguro, el ASEGURADO y el o los Beneficiarios se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otros documentos que solicite la Compañía al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales Ley 8204.

31. 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 o los Beneficiarios, a menos que estuviere en trámite un reclamo o proceso judicial relacionado con el mismo.

32. Normas Supletorias

En todo lo que no este previsto en este contrato, se aplicaran las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguro Ley 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley 8956, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley 7472, la normativa dictada por la Superintendencia General de Seguros, el Código de Comercio, el Código Civil y cualquier otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.

33. 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, de 9 de diciembre de 1997, de Resolución Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social RAC.

34. Rectificación

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el TOMADOR o EL ASEGURADO tendrán un plazo de treinta (30) 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 VIGENCIA 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.

35. 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 33.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, se procederá de conformidad con la Cláusula 33.

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 P14-50-A06-440 de fecha 4 de junio de 2013.



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

PAN-AMERICAN LIFE ACCESS SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

AVISO IMPORTANTE

El día que usted cancele su Póliza de Seguro, renunciará a una valiosa inversión. Por lo tanto, cualquier persona que trate de persuadirlo a que abandone esta póliza para tomar otra en su lugar, lo está perjudicando con el fin de lucrarse ella misma. Usted debe insistirle a la persona que a esto lo induce, que le presente su oferta por escrito y en esta forma usted podrá enviarla a la Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., para ser analizada y luego darle a usted una explicación de la misma.

No hay necesidad de que el ASEGURADO ó el Beneficiario emplee a ninguna persona, firma o Compañía para cobrar el valor del seguro ni obtener los beneficios de la póliza. Solo tiene que escribir directamente a la dirección de correo electrónico de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. indicada en el Cuadro de Beneficios y Primas, o comunicarse con el Agente de la Compañía más cercano a usted, quien tiene la obligación de asistirle en forma gratuita.

**SOLICITUD
DATOS DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS
PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL**

1. a) Primer Apellido		Segundo Apellido		b) Nombre(s)			c) País de Nacimiento	
d) Número y Tipo de Documento de identidad		e) Nacionalidad	f) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	g) Fecha de Nac. DD MM AAAA	h) Edad Actuarial	i) Clasificación de Riesgos (Marque la que corresponda.) <input type="checkbox"/> No Consume Tabaco <input type="checkbox"/> Consume Tabaco		
j) Dirección Residencial (Calle, N° de Casa, Barrio)				k) Ciudad		l) Provincia		m) Apartado Postal
n) Correo Electrónico (E-Mail)		o) Teléfono (Código, ciudad y Número)		p) Países donde tiene residencia legal			q) Estado Civil	
2. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)				b) Naturaleza del(los) negocio(s)				
c) Dirección de la Empresa				d) Ciudad		e) Provincia		f) Apartado Postal
g) Teléfono del Negocio (Código, ciudad y Número)				h) Ingreso Anual US\$		i) Patrimonio Neto US\$		
3. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionadas a la Ocupación)				b) Antigüedad en la ocupación			Página Web	
c) ¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d) Otras ocupaciones o empleos en los últimos 3 años			e) Lugares donde viaja y total de tiempo que viaja anualmente				

BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

4. a) Nombre Completo de Beneficiarios Primarios	Edad	Parentesco	%	b) Nombre Completo de Beneficiarios Contingentes	Edad	Parentesco	%

5. ¿Se reserva el derecho a cambiar beneficiarios? (Indique "No" para Beneficiario Irrevocable) Sí No

6. Enviar Avisos de Prima a: <input type="checkbox"/> Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Dirección Comercial <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Otra (Proporcione la dirección completa en la sección 24)		7. Fecha de Póliza solicitada	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------	--

PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL

Dueño (Marque aquí si el dueño es el Asegurado Adicional)

8. Cobertura a) <input type="checkbox"/> Anexo para Cónyuge b) <input type="checkbox"/> Anexo para Asegurado Adicional		c) Relación con el Propuesto Asegurado					
9. a) Primer Apellido		Segundo Apellido		b) Nombre(s)			c) País de Nacimiento
d) Número y Tipo de Documento de identidad		e) Nacionalidad	f) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	g) Fecha de Nac. DD MM AAAA	h) Edad Actuarial	i) Clasificación de Riesgos (Marque la que corresponda.) <input type="checkbox"/> No Consume Tabaco <input type="checkbox"/> Consume Tabaco	
j) Dirección Residencial (Calle, N° de Casa, Barrio)				k) Ciudad		l) Estado/Provincia	m) Apartado Postal
n) Correo Electrónico (E-Mail)		o) Teléfono (Código, ciudad y Número)		p) Países donde tiene residencia legal			q) Estado Civil
10. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)				b) Naturaleza del(los) negocio(s)			
c) Dirección de la Empresa				d) Ciudad		e) Provincia	f) Apartado Postal
g) Teléfono del Negocio (Código, ciudad y Número)				h) Ingreso Anual US\$		i) Patrimonio Neto US\$	
11. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionado a la Ocupación)				b) Antigüedad en la ocupación			Página Web
c) ¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d) Otras ocupaciones o empleos en los últimos 3 años			e) Lugares donde viaja y total de tiempo que viaja anualmente			

BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL

12. a) Nombre Completo de Beneficiarios Primarios	Edad	Parentesco	%	b) Nombre Completo de Beneficiarios Contingentes	Edad	Parentesco	%

13. ¿Se reserva el derecho a cambiar beneficiarios? (Indique "No" para Beneficiario Irrevocable) Sí No

INFORMACIÓN DEL DUENO DE PÓLIZA (SI DIFIERE DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL O ADICIONAL)

14. a) Primer Apellido (o nombre de la persona jurídica)	Segundo Apellido	b) Nombre(s)	c) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	d) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA
e) Dirección Residencial (o comercial)	f) Ciudad	g) Apartado	h) Código Postal	i) País
j) Teléfono (Código país, ciudad y N°)		k) Relación con Propuesto Asegurado	l) Número y Tipo de Documento de identidad	m) Indique si es Empresa o Fideicomiso
n) Correo Electrónico				
o) Si el Propuesto Asegurado es menor de 15 años, indique la suma total de seguro sobre el padre, madre o tutor. US\$				

DETALLE DE COBERTURAS

15. PLANES Y CONVENIOS	<input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> Término		b) Beneficio por Fallecimiento:	<input type="checkbox"/> Opción 1 (Nivelada-Suma Asegurada solamente) <input type="checkbox"/> Opción 2 (Creciente-Suma Asegurada y Valor Efectivo)
a) Nombre del Plan Básico:			e) Suma Asegurada	f) Prima
c) Propuesto Asegurado Principal			US\$	f1) Prima a pagar (Término)
Monto Plan Básico de Seguros			US\$	US\$
<input type="checkbox"/> Convenio de Indemnización Adicional por Muerte y Desmembramiento por Causa Accidental <input type="checkbox"/> Convenio de Exención del Pago de Deducciones por Incapacidad (WP) <input type="checkbox"/> Convenio de Anticipo de Beneficio de Muerte por Enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Convenio de Seguro Adicional (CSA) para el Asegurado Principal <input type="checkbox"/> Convenio de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente			US\$	f2) Prima periódica planeada (Vida Universal)
			US\$	US\$ Cada
d) Otros Propuestos Asegurados			US\$	f3) Prima inicial pagada al Intermediario de Seguros
<input type="checkbox"/> Convenio para Cubrir al Cónyuge <input type="checkbox"/> Convenio de Seguro para Hijos Dependientes del Asegurado <input type="checkbox"/> Convenio de Asegurado Adicional (*)			US\$	f4) Pago Adicional
			US\$	US\$
g) Forma de Pago			h) Frecuencia de Pago	
<input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> Débito Automático Bancario (ACH) <input type="checkbox"/> Deducción por Nómina <input type="checkbox"/> Débito Automático por Tarjeta de Crédito Otro:			<input type="checkbox"/> Pago Único <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	
(*)Para otros Asegurados Adicionales o Hijos Dependientes, por favor complete el formulario de Solicitud Complementaria.			Si la suma asegurada total (Plan básico más Convenio CSA) excede US\$500,000 no se le deberá entregar ningún pago al Intermediario de Seguros.	

EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD

16. Esta sección debe ser completada para cada persona en todos los casos, con o sin examen médico	Prop. Aseg. Principal	Prop. Aseg. Adicional
Proporcione detalles para todas las respuestas afirmativas:	Sí No	Sí No
a) ¿Ha sido rechazada, cancelada, aplazada o modificada alguna vez una solicitud de seguro de vida, accidente o enfermedad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) ¿Tiene pendiente alguna solicitud de seguro de vida, salud o incapacidad, o su rehabilitación en alguna otra compañía?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) ¿Ha desarrollado o piensa hacer alguna actividad de aviación como piloto, estudiante o tripulante? (Complete form. B-1200-sp)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) ¿Ha participado o piensa hacerlo en carreras de autos, motos, buceo, paracaidismo, parapente, alas delta o cualquier otro deporte peligroso? (Complete form. B-1201-sp)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) ¿Ha sido arrestado por conducir un vehículo bajo la influencia de alcohol y/o drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) ¿Es fumador activo de cigarrillos, pipa, cigarras (puros, habanos) o consume alguna forma de tabaco. Indique cantidad y frecuencia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) ¿Dejó de fumar? Indique cuando: <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 10 años o más <input type="checkbox"/> Nunca Fumó	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) ¿Tiene o ha tenido un cargo político? Explique:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) ¿Está o ha estado en las Fuerzas Armadas? Explique:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) ¿Tiene o ha tenido algún cargo en el Gobierno elegido o nombrado? Explique:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) ¿Tiene dificultades personales o financieras? Explique:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l) ¿Ha participado alguna vez en algún pleito o riña armada? Indique cuándo: ¿Usted o un miembro de su familia han sido alguna vez víctimas de secuestro, amenazas o intento de asesinato o secuestro? Indique cuándo: ¿Ha sido arrestado(a) alguna vez por delitos comunes o por motivos políticos? Indique cuándo:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) ¿Tiene Ud. conocimiento de alguna circunstancia desfavorable anterior o actual relativa a su salud, costumbres, carácter, reputación o modo de vida que pueda afectar su asegurabilidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n) ¿Ha sido o es consumidor(a) habitual de bebidas alcohólicas o drogas? Indique cantidad y frecuencia ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo o uso de drogas? ¿Ha sufrido alguna vez "síndrome de abstinencia del alcohol" ("delirium tremens")?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Detalles a las respuestas afirmativas, identifique el numeral, nombre del propuesto asegurado y subraye el término correspondiente.

17. Seguro en vigencia para cada Propuesto Asegurado (Vida, Salud, Incapacidad, etc.) en cualquier compañía. <input type="checkbox"/> No Tiene							Reemplazo	
Nombre	Compañía de Seguros	N° de Póliza	Año de Emisión	Suma Asegurada	Mte. Accidental	Exención de Ded.	Sí	No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

18. Dentro de los últimos 12 meses, cualquiera de los Propuestos Asegurados:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a) ¿Ha sido diagnosticado o tratado por trastornos del corazón, derrame cerebral o cáncer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) ¿Ha consultado a un médico por presión arterial elevada que requiere tratamiento médico o le han hecho electrocardiograma por cualquier otro motivo que no sea un cheque o de rutina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) ¿Está contemplando un tratamiento médico, internación hospitalaria o cirugía en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si la respuesta a cualquiera de los Incisos 18 a, b y c es afirmativa, no se deberá entregar ningún pago al Intermediario de Seguros.

ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES							
19a) PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL		b) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte	c) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte
Estatura (Pies ó Cms)	Peso (Kgs ó Lbs)	Padre				Hermanos			
		Madre				Hermanas			
20a) PROPUESTO ASEGURADO ADICIONAL		b) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte	c) Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de muerte
Estatura (Pies ó Cms)	Peso (Kgs ó Lbs)	Padre				Hermanos			
		Madre				Hermanas			
21. a) Nombre de su médico o del que haya consultado recientemente				b) Dirección Completa			c) Teléfono		
d) Correo Electrónico		e) Fecha y motivo de la última consulta				f) Tratamiento administrado o medicamentos			

22. Cada Propuesto Asegurado a su leal saber y entender debe indicar si en los últimos 10 años ha tenido o le han informado tener o ha sido tratado por:

SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN	Prop. Aseg. Principal		Prop. Aseg. Adicional		SÍNTOMAS, PATOLOGÍA O CONDICIÓN	Prop. Aseg. Principal		Prop. Aseg. Adicional	
	Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
a) Trastornos de los ojos, glaucoma, cómea. No incluya corrección habitual de la visión por medio de lentes o anteojos, o chequeos periódicos de visión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) Anemia, leucemia, hemofilia, flebitis, tromboflebitis, o cualquier trastorno de la sangre, bazo o sistema vascular. Recibido una transfusión de sangre. Indique cuándo y circunstancias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Trastornos de los oídos, nariz y garganta, disfonía persistente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m) Cicatrices quirúrgicas y no quirúrgicas, cáncer de piel u otras lesiones o trastornos de la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Convulsiones, migraña severa, mareos, epilepsia, derrame o infarto cerebral, accidente cerebrovascular permanente o transitorio, aneurisma, parálisis, cuadriplegia, alteración mental o psicológica, mal de Alzheimer, esclerosis múltiple, adormecimiento, hormigueo, visión doble, traumatismo de cráneo, dolor de cabeza frecuente o sin razón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) Ha tenido una prueba con resultado positivo por haber estado expuesto a infección por el VIH o bien ha sido diagnosticado con SIDA o Complejos Relacionados causados por infección por el VIH u otra enfermedad o patología derivada de dicha infección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Neumonía, bronquitis, asma, enfisema, alergia, tos permanente, tuberculosis, hemoptisis, bronconeumonía, enfermedad pulmonar crónica o cualquier trastorno del sistema respiratorio o pulmones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) Le han practicado electrocardiograma, radiografías, tomografía, resonancia magnética u otros estudios de diagnóstico o tiene pendiente hospitalizarse o realizarse alguno en los próximos 12 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Trastornos urinarios o genitales Cálculos o piedras en el riñón, insuficiencia renal, infecciones urinarias, quistes, prostatitis, enfermedades venéreas o de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) En los últimos cinco años, ha estado hospitalizado por enfermedad, accidente o cirugía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hepatitis, cirrosis, cálculos biliares, colecistitis, abscesos, colecistectomía o cualquier otro trastorno del hígado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) Algún familiar inmediato ha sido diagnosticado y/o tratado por diabetes, cáncer, (especifique el tipo), enfermedad cardíaca incluyendo angina de pecho e infarto, trastornos mentales, hipertensión, insuficiencia renal, mal de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad neuro-matriz, enfermedad de Huntington, niño poliquístico o cualquier trastorno hereditario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hipertiroidismo, hipotiroidismo, bocio, diabetes mellitus tipo I o II, hipoglicemia, azúcar en la sangre lesiones en páncreas, paratiroides, o cualquier trastorno del sistema endocrino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) El servicio militar de cualquiera de los Propuestos Asegurados ha sido diferido, o ha sido rechazado o licenciado del mismo debido a condiciones físicas o mentales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cáncer, tumores benignos o malignos, quistes, lunares, verrugas, bultos u otros crecimientos, incluyendo aquellos por los que no haya consultado a un médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) Está actualmente bajo observación o tratamiento médico, farmacológico o institucional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Úlcera duodenal o gástrica, dispepsia, indigestión, gastritis, sangrado intestinal, divertículos, hemorroides, colitis, estreñimiento, esofagitis, hernia hiatal o cualquier trastorno del sistema digestivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t) Tratamiento por abuso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Presión arterial alta, infarto del miocardio, angina de pecho, dolor precordial, soplo, lesión valvular, várices, palpitaciones, enfermedad coronaria, fiebre reumática, enfermedad de Chagas, aneurisma o cualquier otro trastorno cardiovascular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u) Para hombres mayores de 50 años solamente: ¿Se ha efectuado un chequeo de próstata? Se ha realizado una prueba de Antígeno Prostático Específico? Indique fecha(s), nombre del médico y resultados.	N/A <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>	
k) Artritis, reumatismo, gota, ciática, trastornos de los músculos, huesos, espina dorsal región lumbar, articulaciones, hernia de disco, artritis reumatoide, osteoporosis o enfermedades inmunológicas o del colágeno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v) Para mujeres solamente: 1) ¿Trastornos del útero, ovarios, hemorragias, bultos en senos, quistes o cualquier otro trastorno ginecológico o de los senos? 2) ¿Se ha realizado recientemente una Mamografía, Papanicolaou o chequeo ginecológico? Indique fecha(s), nombre(s) del médico(s) y resultados. 3) Está embarazada? Indique cuántas semanas (o meses)	N/A <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>	

23. Proporcione detalles de las preguntas contestadas afirmativamente. Identifique la pregunta y el o los Propuesto(s) Asegurado(s), subraye los puntos correspondientes e indique diagnósticos y tratamientos, fecha, duración, nombre, dirección de médicos y hospitales y su correo electrónico.

Inciso	Prop. Asg.	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos.	Nombre/dirección/email/teléfono de médicos/hospitales	Fechas

24. Instrucciones Especiales

25. Endosos de la Aseguradora

El (los) Propuesto(s) Asegurado(s), Padre, Madre o Representante Legal (si el Propuesto Asegurado es menor de 15 años) y 1) el Dueño, si es una persona que no es el Propuesto Asegurado Principal, Padre, Madre o Tutor, declara que según su mejor saber y entender, las respuestas y declaraciones efectuadas en las Partes 1 y 2 (si la Parte 2 es requerida por la Compañía) de esta Solicitud son verdaderas y completas. El que suscribe acuerda que 1) ninguna exoneración o modificación de cualquiera de las cláusulas del contrato o cualquiera de los derechos o requisitos comprometerán a la compañía a menos que hayan sido emitidos por escrito y aprobados por la Compañía, y 2) la aceptación de todo contrato emitido ratificará cualquier cambio realizado por la Compañía en el espacio indicado como "Endosos de la Aseguradora". Sin embargo, cambios en el plan de seguro, suma asegurada, edad a la fecha de emisión, clasificación de riesgo o beneficios serán efectuados únicamente con el consentimiento por escrito del Dueño. 3) Si dentro de los 60 días de la fecha de la Solicitud, no se recibe ninguna póliza o se notifica de la aprobación o rechazo, esta Solicitud debe ser declarada nula. 4) La suma de US\$, _____ para ser aplicada al Seguro de Vida ha sido pagada en efectivo y la responsabilidad de la Compañía se indicará en el Recibo Condicional. Ningún otro recibo se considerará válido. 5) Si no se realiza ningún pago con esta Solicitud, no existirá cobertura de Seguro de Vida o responsabilidad alguna hasta que a) la póliza sea entregada, b) la prima inicial completa sea pagada durante la vida del asegurado y c) no haya ocurrido ningún cambio en la salud de cualquiera de las personas propuestas para seguro, que coloque a dicha persona en una clasificación de riesgo distinta a la que tenía al momento en que solicitó ésta póliza de seguro. 6) Cualquier contrato que resulte de esta Solicitud será constituido de acuerdo con las leyes, donde ésta Solicitud fue firmada.

El que suscribe, Propuesto Dueño manifiesta a su leal saber y entender que todas las declaraciones efectuadas por o con respecto a su persona, tanto como las hechas por los Propuesto(s) Asegurado(s) (o respecto a ellos) que se encuentran en este documento son completas y verdaderas.

ADVERTENCIA

Toda declaración falsa y/o tergiversación y/u omisión de información puede ser considerada como dolo u otro vicio del consentimiento y podría afectar la validez del contrato de seguro. Los párrafos siguientes se refieren a cada uno de los Propuestos Asegurados que firman en los lugares señalados a continuación.

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. 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. 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 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.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Cada uno de los Propuestos Asegurados que firma más abajo autorizan a cualquier médico, hospital, clínica o institución médica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica, Medical Information Bureau, Inc. ("MIB") o cualquier otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre su persona o sobre su salud, o la de sus hijos menores para que divulgue esa información a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores con el objeto de evaluar su solicitud para seguro de vida. **Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.**

Por este medio libero y relevo en mi nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier póliza emitida o modificación a una póliza existente en virtud de estas declaraciones, de toda restricción impuesta por la ley que prohíba a los médicos, centros asistenciales o de diagnósticos que me hayan atendido, revelar cualquier información que figure en la historia clínica archivo o registro nacional de las instituciones indicadas más arriba. La anterior declaración tiene como fin descartar cualquier negativa aduciendo la reserva contemplada en las normas que regulan o llegan a regular el suministro de información sobre mi estado de salud.

Cada uno de los Propuestos Asegurados asimismo autoriza a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A., sus compañías afiliadas o a sus reaseguradores a efectuar un breve informe sobre la información personal y protegida acerca de su salud al MIB. Cada Propuesto Asegurado entiende que puede solicitar una copia de esta autorización. Cada Propuesto Asegurado conviene que ha recibido el Aviso acerca del Medical Information Bureau.

Cada uno de los Propuestos Asegurados entiende que pueden ser entrevistados por un tercero, si la compañía solicita un informe de Inspección para seguro o investigación del consumidor con referencia a esta solicitud. Asimismo entienden que la compañía puede solicitarles que se sometan a determinadas pruebas que incluyan, pero no se limite a Análisis de Orina, Electrocardiogramas, Radiografías, Glucemia, Funciones Hepáticas y Renales, e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humano VIH.

FIRMAS

Firmado el _____ de _____ de 20____.

Firma del Propuesto Asegurado Principal (Padre, madre o Representante Legal, en caso de que sea menor de 15 años)

Firma del Propuesto Asegurado Adicional o Cónyuge (Padre, madre o Representante Legal, en caso de que sea menor de 15 años)

X _____

X _____

Nombre impreso y número de identificación

Nombre impreso y número de identificación

Firma del Dueño si es distinto del Propuesto Asegurado (Si es persona jurídica, deberá firmar un socio o representante legal que no sea el Propuesto Asegurado)

X _____

Nombre impreso

Número de identificación

Certifico que he registrado en esta solicitud de manera veraz y fiel la información proporcionada por el solicitante, y que he visto personalmente a cada persona para la cual se solicita seguro mediante esta solicitud. Hasta donde es de mi conocimiento, esta transacción implica no implica un reemplazo de seguro.

Firma del Intermediario de Seguros

Firma del Intermediario de Seguros

X _____

X _____

Nombre impreso y número de identificación

Nombre impreso y número de identificación

INFORME DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

1. Conozco al (los) Propuesto(s) Asegurado(s):

- Muy bien por _____ años
- Bien por _____ años
- Casualmente por _____ años
- Conocido con motivo de esta solicitud
- Familiar: Parentesco _____
- Ingresos correspondiente al año anterior del propuesto asegurado US\$ _____

2. Propósito del Seguro

- Protección familiar
- Continuation de Ingresos
- Persona Clave
- Bono para Ejecutivos
- Jubilación
- Obsequio a familiares cercanos
- Garantía de préstamo hipotecario
- Gastos de herencia y sucesión
- Acuerdo de compraventa
- Retroventa de Acciones (en caso de socios)
- Otro: _____
- Otro: _____

3. a) He visto personalmente a cada uno de los Propuestos Asegurados al momento de completar esta solicitud Sí No

b) (Si la respuesta es "No", por favor explique.)

4. Otros nombres por los cuales se conoce al (los) Propuesto(s) Asegurado(s). Incluya otros apellidos, sobrenombres o apellidos de soltera.

5. Requisitos para esta solicitud:

Adjunto Solicitado, por Enviarse

- | | | |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Examen Médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Análisis de Orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perfil de Química Sanguínea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Electrocardiograma de Reposo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ergometría (ECG de Esfuerzo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formulario Financiero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informe de Inspección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informe de Médico Tratante (IMT o APS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dr. _____ | | |
| Informe del Médico u Hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Si uno de los Propuesto Asegurados es menor de 15 años, indique:

- a) ¿Con quién vive? _____
- b) ¿Cuántos hermanos(as) tiene? _____
- c) ¿Están todos asegurados? Sí No
- ¿Por sumas iguales? Sí No
- ¿Con qué Compañía? _____
- d) ¿Tiene seguro el padre? Sí No
- Compañía _____
- Suma Asegurada US\$ _____
- e) Tiene seguro la madre? Sí No
- Compañía _____
- Suma Asegurada US\$ _____

7. Referencias

Proporcione el nombre completo de dos referencias personales o comerciales que puedan dar información sobre el (los) propuesto(s) asegurado(s) y que pueden ser contactados por la compañía de Informes de Inspección si es necesario.

Nombre completo _____

Relación _____ Teléfono(s) _____

Horario en que puede ser llamado _____

Nombre completo _____

Relación _____ Teléfono(s) _____

Horario en que puede ser llamado _____

8. Indique el teléfono celular personal del (los) Propuesto(s) Asegurado(s) y el horario o fecha en que pueden ser contactados por la compañía de Informes de Inspección si es necesario:

Teléfono 1 _____

Teléfono 2 _____

Fecha y hora solicitada _____

Fecha y hora alternativa _____

Permita un tiempo hasta que contactemos a la Compañía de Inspecciones.

9. Observaciones y comentarios
