

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

Seguro de Accidentes Personales Autoexpedible (Colones)

Código de producto: P16-33-A06-276

Fecha registro: 09-nov-2012

Oficio solicitud registro: sin número

ÍNDICE

- Cláusula 1: Definiciones
- Cláusula 2: Coberturas Básicas
- Cláusula 3: Exclusiones
- Cláusula 4: Edades de Contratación
- Cláusula 5: No Renovación y Fecha Efectiva del Seguro
- Cláusula 6: Beneficiarios
- Cláusula 7: Moneda del Contrato
- Cláusula 8: Primas
- Cláusula 9: Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en Caso de Siniestro y Proceso de Reclamo
- Cláusula 10: Prestación de Servicios (aplicable solamente a la cobertura de Servicio de Asistencia Dental)
- Cláusula 11: Terminación del Contrato de Seguro
- Cláusula 12: Responsabilidad
- Cláusula 13: Plazo para quejas (solamente para la cobertura de emergencia odontológica)
- Cláusula 14: Derecho de Retracto o Póliza no Tomada
- Cláusula 15: Coexistencia de Seguros
- Cláusula 16: Valoración
- Cláusula 17: Notificaciones
- Cláusula 18: Jurisdicción y Domicilio
- Cláusula 19: Prescripción



**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
AUTOEXPEDIBLE
CONDICIONES GENERALES
(COLONES)**

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A. (denominada aquí la Compañía de Seguros) en consideración a las Condiciones Particulares y al pago de primas como se estipula en la Póliza, por este medio

ACUERDA PAGAR:

Los beneficios de acuerdo con y sujetos a los términos de la Póliza.

La Póliza estará en vigor en la Fecha de la Póliza mostrada anteriormente. Las primas son pagaderas por el Contratante en cantidades determinadas como se estipula aquí. La primera prima vence en la Fecha de la Póliza y las siguientes primas vencerán en las Fechas de Vencimiento de las primas mostradas anteriormente. Las Secciones expuestas en las páginas siguientes de las Condiciones Generales y Addenda adjuntos, forman parte de la misma Póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el asegurado tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas 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 del asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A. ha dispuesto esta Póliza para ser ejecutada en la Fecha de la misma Póliza.

Serán causales de Terminación de este seguro las contenidas en este Contrato Póliza y de manera supletoria en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Firma Autorizada
**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE
COSTA RICA**

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 _____ de fecha _____.

CONDICIONES GENERALES

Forman parte de esta póliza como únicos documentos válidos para establecer los derechos y obligaciones del Asegurado: las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales.

CLÁUSULA 1 DEFINICIONES: Para los efectos de este seguro se entiende por:

1. **Accidente:** Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
2. **Asegurado:** Es la persona física sobre la cual recaen los riesgos objeto de cobertura por este seguro.
3. **Beneficiario:** Es la persona que recibe el pago de la indemnización en caso de fallecimiento del Asegurado.
4. **Contratante:** Es la persona física que contrata el seguro con la Compañía de Seguros y está obligado a pagar la prima. La figura de Contratante puede coincidir o no en la misma persona del Asegurado; en caso de no coincidir, se entiende que es un seguro tomado por cuenta de un tercero.
5. **Curas de reposo:** Descanso prescrito al Asegurado, por un médico, como consecuencia de alguna patología médica.
6. **Enfermedad:** Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente idóneo. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.
7. **Enfermedad preexistente:** Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al Asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura.
8. **Emergencia Odontológica:** Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por la Cobertura de Servicio de Asistencia Dental y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.
9. **Fallecimiento:** Se entenderá como fallecimiento aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.
10. **Monto Máximo:** Es el máximo monto de la Suma Asegurada para la cobertura de este seguro por los gastos provenientes de todos los accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, en conjunto. Dicho monto máximo, el cual deberá establecerse en las Condiciones Particulares de la póliza.
11. **Operador de Seguros Autoexpedibles:** En adelante como "OPERADOR", es la persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se compromete, frente a dicha entidad aseguradora, a realizar la distribución de los productos de seguros convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.
12. **Proveedor de Servicio o Red de Proveedores:** Proveedores de servicios odontológicos con los cuales El Asegurador ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.
13. **Solicitud-Certificado:** Es la carátula de la Póliza en la que se establecen las Condiciones Particulares tales como: Nombre del operador de seguros autoexpedibles; información sobre el tomador; número de solicitud;

datos del asegurado; cobertura del seguro y suma asegurada; costo de la prima; autorizaciones generales; lugar; fecha; vigencia y firma del asegurado.

CLÁUSULA 2 COBERTURAS BÁSICAS: La Compañía de Seguros pagará al Asegurado o a sus Beneficiarios, a consecuencia de la realización de cualquier evento amparado por esta póliza, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo con la definición de la Cobertura Básica que se indican en esta póliza.

A. MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía de Seguros pagará al fallecimiento del ASEGURADO, sea a los Beneficiarios designados, o bien, a la orden del albacea del proceso sucesorio respectivo, la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

B. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía de Seguros reembolsará al Asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de los recibos o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

Esta cobertura contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, y el cual será siempre responsabilidad del Asegurado.

C. SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL

La presente cobertura de servicio de asistencia, que será otorgada por la Compañía de Seguros a través de la Red de Proveedores, comprende los siguientes servicios:

EMERGENCIA ODONTOLÓGICA U ONDONTALGIA:

- **EMERGENCIAS:** Tratamiento inicial y medicación en los casos de:
 - **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
 - **EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
 - **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.
- **RADIOGRAFÍAS:** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

Se establece como límites para el uso de la presente cobertura:

- **Delimitación territorial:** Única y exclusivamente en el territorio de Costa Rica y en los lugares, ciudades y horarios que el proveedor de servicios pueda garantizar.
- **Límite de eventos:** No existe límite de eventos.

CLÁUSULA 3 EXCLUSIONES: No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las coberturas de este seguro, cuando el fallecimiento o lesiones del Asegurado se produzcan a consecuencia de:

- 1) Efectos de guerra civil o internacional, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- 2) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- 3) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- 4) Suicidio, intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- 5) Prestación de servicios del Asegurado en la Fuerza Pública o funciones policiales de cualquier tipo.
- 6) Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo.
- 7) Encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- 8) Desempeñarse el Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales.
- 9) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- 10) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el ente regulador correspondiente.
- 11) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

- 12) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- 13) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- 14) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- 15) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- 16) Exámenes médicos de rutina.
- 17) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- 18) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- 19) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- 20) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el Asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía de Seguros en San José, Costa Rica.
 - "Infección Oportunística" incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - "Neoplasma Maligno" incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia

Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

- 21) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
- 22) Enfermedades, lesiones o condiciones médicas preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura.
- 23) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este seguro.
- 24) Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como “obesidad mórbida”, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Copia de éstos se encuentran archivados en las oficinas principales de la Compañía de Seguros en San José, Costa Rica.
- 25) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- 26) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
- 27) Epidemias oficialmente declaradas.
- 28) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL:
La Cobertura de Servicio de Asistencia Dental no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una Emergencia Odontológica:

- a) Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la cláusula de cobertura.

- b) Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La Cobertura de Servicio de Asistencia Dental no cubren este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.**
- c) Anestesia general o sedación en niños y adultos.**
- d) Defectos físicos.**
- e) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f) Radioterapia o quimioterapia.**
- g) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula de Definiciones.**

CLÁUSULA 4 EDADES DE CONTRATACIÓN Y EDAD MÁXIMA DE COBERTURA: Las edades elegibles para la contratación de esta póliza para hombres y mujeres van entre las edades de 16 y 64 años de edad y trescientos sesenta y cuatro días. No obstante, la edad máxima de cobertura se extiende hasta los 65 años con trescientos sesenta y cuatro días.

Si el Operador de Seguros Autoexpedible emitiera pólizas para personas fuera de los límites de edad establecidos o que no reúnan alguna de las otras condiciones estipuladas en esta cláusula, la Compañía sólo será responsable de devolver las primas recibidas.

CLÁUSULA 5 NO RENOVACIÓN Y FECHA EFECTIVA DEL SEGURO: La cobertura bajo esta póliza se emite con una vigencia elegible por el asegurado sea MENSUAL, TRIMESTRAL, SEMESTRAL o ANUAL, la cual es NO RENOVABLE. La cobertura del Asegurado es efectiva en la fecha efectiva de la Póliza, siempre que haya pagado la prima estipulada.

Queda también establecido que las 00:01 horas de la República de Costa Rica del día siguiente, será considerada la hora efectiva en que entra en vigencia el seguro con respecto a cualquier fecha referida en la Póliza.

CLÁUSULA 6 BENEFICIARIOS: No existe la designación de beneficiarios. Se considerarán personas beneficiarias a los herederos legales del asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

CLÁUSULA 7 MONEDA DEL CONTRATO: Todos los pagos que deban hacerse entre la Compañía de Seguros y el Contratante bajo la Póliza, serán efectuados en Colones Costarricenses.

CLÁUSULA 8 PRIMAS: Pago de Primas: Todas las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Contratante sea en la oficina de la Compañía de Seguros, a través de un Operador de Seguros, o bien, a través de una Agencia de Seguros debidamente autorizada para recibir el pago de la prima. El pago de la prima realizado al Operador de Seguros o a la Agencia de Seguros, se entiende realizado directamente a la Compañía de Seguros.

CLÁUSULA 9 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO Y PROCESO DE RECLAMO: **Aviso de Siniestro:** Aviso por escrito de un evento sobre el cual pueda establecerse una reclamación, deberá ser entregado a la Compañía de Seguros dentro de los treinta (30) días calendario de dicho incidente.

Para la Cobertura de Servicio de Asistencia Dental, deberá llamarse al número telefónico detallado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Proceso de Reclamo: Presentado el aviso de siniestro por parte del Contratante o beneficiarios, deberá continuarse con los siguientes requisitos:

- A. **Prueba de Pérdida:** El Asegurado o el Beneficiario deberá, tan pronto sea posible, deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. **Si la prueba de la pérdida es recibida fuera de los límites de tiempo arriba indicados, y se comprueba que esta circunstancia afecta, de forma significativa, la posibilidad de la Compañía de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida, liberará a este de su obligación de indemnizar.**
- B. **Exámenes:** La Compañía de Seguros tendrá el derecho y oportunidad por medio de su representante médico en caso de muerte, de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, efectuar la autopsia, ya sea, antes o después del entierro. La Compañía de Seguros se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su coste, que efectúe una autopsia en caso de muerte del Asegurado. Si el Beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.
- C. **Pago de Reclamación:** Cualquier pago por pérdida de la vida del Asegurado es pagadera al Beneficiario de acuerdo con la Cláusula 2 "Cobertura Básicas" de las Condiciones Generales.
- D. **Procedimientos Legales:** Con el fin de cumplir el proceso de atención de reclamos dispuesto por la Compañía de Seguros para efectuar el pago de beneficios al amparo de este seguro, el Contratante o el Beneficiario presentará ante la Compañía de Seguros la respectiva prueba de la reclamación de acuerdo con los requisitos previstos en la póliza. La Compañía de Seguros efectuará el pago de beneficios dentro del plazo de treinta (30) días calendario una vez se haya recibido respuesta oportuna a todo requerimiento de información solicitada para el trámite de reclamo correspondiente.

Para la Cobertura de Servicio de Asistencia Dental:

- a) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El Asegurado es responsable de someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.

CLÁUSULA 10 PRESTACIÓN DE SERVICIOS (APLICABLE SOLAMENTE A LA COBERTURA DE SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL): Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios contratado por la Compañía. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios de común acuerdo con la Aseguradora. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.

- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la Red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
- d) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Proveedor de Servicios de Costa Rica, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.
- e) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- f) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Aseguradora) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CLÁUSULA 11 TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO: El contrato de seguro terminará en:

- 1) La fecha solicitada por el Asegurado de la Póliza; en caso de retracto, se devuelve la totalidad de la prima; en caso de terminación en fecha posterior al vencimiento de retracto, se procederá a devolver el porción de la prima por el plazo no transcurrido de la cobertura.**
- 2) La fecha en que la Póliza se diera por terminada.**
- 3) la fecha de vencimiento de la prima única, si la prima requerida no fuera pagada.**
- 4) la fecha en que el Asegurado alcance la edad de 66 años.**

Tal terminación será sin perjuicio de cualquier reclamo que se originara antes de la fecha de terminación.

CLÁUSULA 12 RESPONSABILIDAD: La Compañía no se hará responsable por la calidad del servicio recibido. Esta Póliza no da al individuo asegurado ningún derecho a reclamación o acción contra la Compañía, basado en un acto de omisión o comisión de un hospital, enfermera, médico proveedor. La Compañía es responsable, únicamente, por el pago de los beneficios elegibles bajo las Condiciones de esta Póliza.

CLÁUSULA 13 PLAZO PARA QUEJAS (SOLAMENTE PARA LA COBERTURA DE ASISTENCIA DENTAL): Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación al Proveedor de Servicios, con copia a la Compañía.

CLÁUSULA 14 DERECHO DE RETRACTO O PÓLIZA NO TOMADA: El Contratante tiene la facultad de revocar unilateralmente el seguro, amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura.

La notificación de retracto deberá ser dirigida a la Compañía de Seguros (directamente o a través del Operador de Seguros Autoexpedibles o de la Agencia de Seguros) por medio de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación. La referida comunicación deberá expedirse por el Contratante del seguro autoexpedible antes de que venza el plazo indicado en el párrafo anterior y se efectuará de acuerdo con la Cláusula de Notificaciones. Una vez recibida la notificación de retracto, la Compañía de Seguros dispondrá de un plazo

de diez (10) días hábiles a contar desde el día que reciba la notificación de retracto, para devolver la totalidad del monto de la prima pagada por el Contratante.

CLÁUSULA 15 COEXISTENCIA DE SEGUROS: Luego de ocurrido el siniestro, El Contratante tiene el deber de declarar durante el proceso de reclamación la existencia de otros contratos de seguro que puedan amparar los mismos riesgos objeto del presente contrato.

Habrá orden de prelación para el pago de cualquier indemnización cuando ocurran los siguientes supuestos:

- A) Que el siniestro haya ocurrido con ocasión al trabajo, caso en que opera en primera instancia el Seguro de Riesgos del Trabajo que cubre al Asegurado en su condición de trabajador.
- B) Que el siniestro haya ocurrido con ocasión de un accidente de tránsito, caso en que opera en prima instancia el Seguro Obligatorio de Automóviles.
- C) Que el siniestro esté cubierto por otros seguros voluntarios, caso en que responderán en forma proporcional independientemente de lo establecido en las condiciones generales de estos contratos de seguros.

En el caso de los incisos A) y B), el presente contrato de seguro operará en exceso de las coberturas otorgadas por esos seguros obligatorios.

En el caso del inciso C), si la Compañía de Seguros pagó en exceso de lo que le correspondía en nombre de las otras compañías de seguros, podrá recuperar esas sumas; en caso que haya pago en exceso y las otras compañías de seguros pagaron correctamente las sumas que les correspondían, la Compañía de Seguros podrá recuperar la suma en exceso en contra del mismo Asegurado. Estas recuperaciones podrán realizarse en aplicación de las reglas de pago con subrogación reguladas en el Código Civil costarricense y la Ley Reguladora del Contrato de Seguro para aquellos casos en que los pagos realizados por el asegurador tengan un carácter indemnizatorio.

CLÁUSULA 16 VALORACIÓN: Tomando como base el acuerdo previo con el Contratante sobre los costos razonables y acostumbrados utilizados para las coberturas y servicios del presente contrato; tanto la Compañía como el Contratante, Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, podrán convenir que se realice una valoración o tasación en caso que haya desacuerdo respecto al monto de la cobertura o del servicio incurrido, o bien, por el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro; esto de acuerdo con lo estipulado en el artículo 73 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. La valoración del desacuerdo será efectuada por un perito especialista en la materia o por dos peritos especialistas que son nombrados uno por cada parte, quienes en previsión de un dictamen suyo discrepante, designarán al inicio un tercer perito especialista. El dictamen del tercer perito se mantendrá dentro del ámbito de los criterios discrepantes que constan en los informes individuales de los otros dos especialistas. Las partes pagarán respectivamente los honorarios de sus propios peritos y compartirán en partes iguales los demás gastos para la valoración del desacuerdo y del tercer perito. 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 la cláusula 17 de las Condiciones Generales.

CLÁUSULA 17 NOTIFICACIONES: Cualquier notificación que deban hacerse entre las partes para efectos del presente Contrato de Seguro, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como correo certificado, fax, correo electrónico, definidos en las Condiciones Particulares. Cualquier notificación que deba realizar el Asegurado u otro interesado lo hará directamente a la Compañía, Operador de Seguros o Agencia de Seguros, estos dos últimos canalizarán cualquier comunicación hacia la Compañía. La notificación realizada ante el Operador de Seguros o Agencia de Seguros se tendrá como hecha a la Compañía en ese mismo momento.

CLÁUSULA 18 JURISDICCIÓN Y DOMICILIO: Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Contratante, con motivo del presente Contrato de Seguro, queda sometido a la jurisdicción de las leyes de Costa Rica.

Las partes y terceros interesados deberán resolver sus controversias en los Tribunales de Costa Rica o bien, podrán convenir la resolución mediante un arbitraje si así lo consideran pertinente.

Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta. Las acciones con el Contratante, en el domicilio del demandado.

CLAUSULA 19 PRESCRIPCIÓN: Las acciones derivadas de este Contrato de Seguro prescriben en el plazo de cuatro (4) años a partir de la fecha del suceso que motivara el ejercicio de ésta, según el artículo 17 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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

SOLICITUD - CERTIFICADO

“SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES AUTOEXPEDIBLE (COLONES)”

TOMADOR		SOLICITUD No.		
DATOS DEL ASEGURADO				
Nombre:	Apellido:	Sexo: Femenino	<input type="checkbox"/>	
		Masculino	<input type="checkbox"/>	
Nacionalidad:	No. Identidad:	Profesión y Oficio :		
Lugar y Fecha de Nacimiento:				
Dirección Residencial:				
Teléfonos y correo electrónico:		Beneficiarios: Los herederos legítimos establecidos en el Código Civil.		
TEXTO DE COBERTURA – EJ: UN (1) MES DE COBERTURA				
COBERTURAS	SUMAS ASEGURADA		EJEMPLO: IMPORTANTE: La cobertura inicia el día 1 a las 12 M. del mes siguiente a la fecha en que se toma la póliza	
Muerte Accidental	\$\$\$\$\$\$\$\$			
Reembolso por Gastos Médicos por Accidente	\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$			
Cobertura Dental: Emergencia Odontológica u Odontalgia				
En caso de contratar la cobertura de asistencia Dental comunicarse al número de teléfono XXXX, que es el proveedor de servicios.				
Prima:				
AUTORIZACIONES GENERALES				
Por la presente autorizo para que cualquier médico, clínica, hospital, Compañía de Seguros o cualquier Entidad de Salud ya sea que se encuentre en Costa Rica o en el exterior, suministre a Pan American Life Insurance de Costa Rica, S.A. la información que requieran, relacionada con mi estado de salud o historia clínica. Exproso que las declaraciones arriba son ciertas a mi juicio y creencia y estoy de acuerdo con que estas formen parte del contrato de seguro para el cual se aplica.				
Lugar y Fecha de Expedición:	Firma del Asegurado			
Vigencia de la Póliza:				